

UNIVERSITE DE MAHAJANGA.

ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE.
(FACULTE DE MEDECINE)

ANNEE 2008.

NUMERO : 1053

LE SCORE CLINICO-BIOLOGIQUE POUR LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MAHAJANGA



POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTORAT EN MEDECINE.
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/04/2008

PAR DANIEL Tombotiana Aymar
Né le 12 mars 1981 à ANTALAHA.

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur ZAFISAONA GABRIEL.

Juges : Professeur RALISON Andrianaivo.
Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel.

Directeur et Rapporteur : Docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste.

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE	Pr. RALISON Andrianaivo
VICE PRESIDENT	Dr. RAMAROSON Juvence
DIRECTEUR ADMISTRATIF ET FINANCIER	Mr. JEAN LOUIS
DIRECTEUR DU CABINET	Mme. RAZAFINIRINA Voahangy Lalao Emilie
DIRECTEUR DES ETUDES ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	Mme FARASOLO RALISON
DIRECTEUR DU MUSEE AKIBA	Mme RAMANIVOSOA Beby Victoire
<u>CHEFS DE SERVICE</u>	
*du personnel	Mme RRAKOTOARIMANANA Francine Lalaotiana
*du centre des œuvres universitaires de Mahajanga	Mr MAROROKA
*des activités sportives et socioculturelles	Mr RANJAKASON
*de la planification	Mme RAZANADRAIBE Christine
*financier	Mr RASAMBATRA Bénit
*Bourse	Mme BODOARIVO Ruffine Georgette
*Médecine préventive	Dr RABENANDRASANA Jean Noel
*des bourses extérieures	Mr RAMAROSON Gilbert
*Du baccalauréat	Mr RANDRIAMIALY Jean Dominique
<u>RESPONSABLES</u>	
*Protocole	Mr RANDRIAMANANJARA Soloherinjato
* Administratif et Financier	Mr RAKOTOVAO Bonne
*Secrétaire particulière à la Présidence	Mme RASOAZANAMARIA Fanja Claudette
*Du service de la Logistique et du Patrimoine	Mme SOAMARO Marie Celestine
*De la bibliothèque	Mme RAZANAMANITRA Justine Mme RAVAONINDRIANA Marie Jeanne M SAIDIBARY Edwige
*Sites de ressources	Dr RAMAROSON Juvence
<u>UNITES DE FORMATION</u>	
*ELCI (English Language and Cultural Institua)	M RASOAZANANORO Clarisse
*CATI (Centre Automatisé de Traitement de l'Information)	M. RAKOTOZARIVELO Philipien

**ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE**

=====

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN
SECRETAIRE PRINCIPAL
PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT
PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE
PRESIDENT DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS

Dr RAFARALALAO Lucienne

Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
Dr RAFARALALAO Lucienne
Dr JEREMIE Lehimena

RESPONSABLES

***du service de la Comptabilité**

***du service de la Documentation et de
Formation**

***du service de la Scolarité**

***d'examen**

***de Stage DCEM**

***de Stagiaires Internés**

***Thèse**

***Relations internationales**

***Thésards**

***Pédagogie**

***Examen Clinique**
COORDINATEURS
***du premier cycle**
***du deuxième cycle**
***du troisième cycle**

Mme RAHOBIVÉLO Andrianary

Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel

Pr RAHARIMANANA Rondro

Mme DOSITHEE Marie Michelle

Dr RANDRIANJOHANY Vololonarisoa

Dr TIANDAZA Odilon Dianaraly

Dr NANY Louise Yvette

Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin
Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana
Dr RANDRIANARININA Jean Baptiste

Dr RALISON Fidiarivony

Dr RABESANDRATANA Norotiana

Dr ANDRIANAIVO Fanjambolatiana
Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly
Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

SECRETIAT

- **Service Sclarité :**
 - *Chef Sclarité**
 - *Secrétariat**

- **Service Administratif :**
 - *Secrétaire de Direction**
 - *Secrétaire**
 - *Secrétaire au Site de Ressource :**

Mme RAKOTONDRAVOAVY Voahirana *Emma
Mme RAMINOARISOA Georgette

Mme RANDRIANANDRASANA Voahirana *Minosoa
Mme ZAVATSOA Claire
Mme RAHARIMBOLA Victorine

PERSONNELS ENSEIGNANTS

I-PROFESSEURS ASSOCIES

*BIOPHYSIQUE	Pr Jacques CHAMBRON (Strasbourg)
*ANATOMIE	Pr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
*BIOCHIMIE	Pr Simone WATTIAUX DE CONNICK Pr Robert WATTIAUX

II-PROFESSEURS TITULAIRES

*ANATOMIE PATHOLOGIE	Pr ZAFISAONA Gabriel
*ANESTHESIE REANIMATION et URGENCE	Pr FIDISON Augustin
*CYTOLOGIE-HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE	Pr RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA N. Soa
*GYNECOLOGIE	Pr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
*HEMATOLOGIE	Pr RAKOTOARIMANANA Denis Roland
*MEDECINE DE TRAVAIL	Pr RAHARIJAONA Vincent
*NUTRITION	Pr ANDRIANASOLO Roger
*PEDIATRIE	Pr RAKOTOARIMANANA Denis Roland
*PATHOLOGIE CHIRURGICALE	Pr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
*PHYSIOLOGIE	Pr Fidison Augustin
	Pr RALISON Andrianaivo
*PNEUMO-PHTISIOLOGIE	Pr RALISON Andrianaivo
*SEMEIOLOGIE MEDICALE	Pr RALISON Andrianaivo
	Pr RAKOTOARIMANANA Denis Roland
*SEMILOGIE CHIRURGICALE	Pr ANDIAMANANTSARA Lambosoa
*UROLOGIE	Pr RADESA François de Sales

III-PROFESSERS :

*ANATOMIE	Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
	Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel
*GYNECO OBSTETRIE	Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel
*SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE	Pr ANDRIAMAMONJY Clément
	Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
*SEMEIOLOGIE MEDICALE	Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin
	Pr RAKOTO ALSON Aimée Olivat
*NEURO-ANATOMIE	Pr ANDRIAMAMONJY Clément
*NEURO-CHIRURGIE	Pr ANDRIAMAMONJY Clément
*NEUROLOGIE MEDICALE	Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin
*ONCOLOGIE	Pr JOSOA Rafaramino Florine
*OPHTALMOLOGIE	Pr RASIINDRAHONA Erline
*PHYSIOLOGIE	Pr RAKOTOAMBININA Andriamahery B.
	Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin
	Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina
*PNEUMO-PHTISIOLOGIE	Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina
*PATHOLOGIE CHIRURGICALE	Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
*PEDIATRIE	Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana
*STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	Pr RAZAFINDRABE John Bam
*MALADIES INFECTIEUSES	Pr RANDRIA Mamy

IV- MAITRES DE CONFERENCES ET ASSIMILES :

***ANATOMIE**

***BACTERIOLOGIE**

***BIOCHIMIE**

***BIOPHYSIQUE**

***BIOSTATISTIQUE**

***CARDIOLOGIE**

***DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE**

***DEONTOLOGIE**

***ENDOCRINOLOGIE-NUTRITION**

***EPIDEMIOLOGIE**

***GYNECO-OBSTETRIQUE**

***HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**

***HISTOLOGIE**

***HYDROLOGIE**

***IMMUNOLOGIE**

***INFORMATION-EDUCATION COMMUNICATION**

***LEPROLOGIE**

***NEUROLOGIE MEDICALE**

***NEPHROLOGIE**

***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

***PARASITOLOGIE**

***PATHOLOGIE CHIRURGICALE**

***PEDIATRIE**

***PETITE CHIRURGIE**

***PHARMACOLOGIE GENERALE**

***PHARMACOLOGIE SPECIALE**

***PNEUMO-PHTYSIOLOGIE**

***REEDUCATION FONCTIONNELLE**

***PHYSIOLOGIE**

***Politique Nationale de la Santé (PNS)**

***RADIOLOGIE**

***REANIMATION MEDICALE**

***RHUMATOLOGIE**

***SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE**

***SEMEIOLOGIE RADIOLOGIE**

***SEMEIOLOGIE MEDICALE**

***VIROLOGIE**

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

Dr RAMANANTSOA Joseph

Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Zoé

Dr RAZAFINJATOVO William Colgate

Dr ANDRIANANDRAINA Gustave

Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina

Dr ANDRIANAIVO Fanjambolatiana

Dr Joseph BARUTHIO (Strasbourg)

Dr ZO ANDRIANIRINA Michel

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

Dr NANY Louise Yvette

Dr RAVAOMANARIVO A. M. Zoé

Dr RANIVONTSOARIVONY Martine

Dr IHANGY Pamphile

Dr ANDRIAMIANDRISOA Aristide

Dr MOREL Eugène

Dr RAVOHITRA Odile

Dr RANAIVONDRAMBOLA Michel

Dr RAKOTONDRAJAO Robert

Dr NANY Louise Yvette

Dr RASOLOFOMANANA Armand

Dr TSANGANDRAZANA Gibert

Dr RALISON Fidiarivony

Dr RAMANANTSOA Joseph

Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

Dr RAFARALALAO Lucienne

Dr RABESANDRATANA Norotiana

Dr RAZAFINJATOVO William Colgate

Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly

Dr RAJAONARISON Jean François

Dr RANDRIASAMIMANANA Jean René

Dr MAROTIA Guy

Pr ANDRIANABELA Sonia

Dr JEREMIE Lehimena

Dr RANIVONTSOARIVONY Martine

Dr MOREL Eugène

Dr RASAMIMANANA Giannie

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

Dr RALAIAVY Florette

Dr LAHADY René

Dr RASAMIMANANA Giannie

Dr RAHERIZAKA Naivosolo

Dr RALISON Fidiarivony

Dr RAZAFINJATOVO William Colgate

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

Dr RANDRIANIRINA Jean Baptiste de la Salle

Dr LAHADY René

Dr MOREL Eugène

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

Dr RAKOTOZANDRINDRAINNY Raphael

V- ASSISTANTS OU ASSIMILES :

***PSYCHOLOGIE**

Mme DOSITHEE Marie Michele

***HIDAOA (Hygiène et Inspection des Denrées Alimentaire d'Origine Animale)**

Dr SIKINA Pierre

ENCADREMENT DE STAGE

Médecins de CHU, CSB (Androva, Mahabibo, Tsararano, Antanimasaja, Sotema Tanambao, Amborovy)

Français

Mme KAHALA Soavita Jeannette

VI- IN MEMORIAM :

***Mr RAKOTOBÉ Alfred**

Professeur Titulaire

***Mr ANDRIAMIANDRA Aristide**

Professeur Titulaire

***Mr RANDRIAMBOLOLONA Robin**

Professeur Titulaire

***Mr RAMAROSON Benoit**

Professeur Titulaire

***Mr RAKOTONIAINA Patrice**

Professeur Titulaire

***Mr RASOLOARISON Jean Claude**

Maitre de Conférences

***Mr RANAIVOARISON Milson Jérôme**

Professeur Titulaire

***Mme RAMIALIARISOA Angeline**

Professeur Titulaire

***Mr RAPATSALAHY Auguste Lalatiana**

Maitre de Conférences

**** Misaotra an'IAVEH, ry fanahiko, ary Misaotra ny anarany Masina, ry
ato anatiko rehetra**.**

**** Misaotra an'IANAHY, ry fanahiko, ary aza manadino ny soa betsaka avy aminy****

(Salamo 103, 1-2)

Ho an'ny Papa sy Mama

Nahitana Masoandro, nandany ny hery rehetra ho fanondrotana anay, ho voninahitra sy reharenanareo.

“Ny hozo no vanon-kolakana, ny tany naniriany no tsara”

Isaorana manokana entoana,

Tolorana fisaorana sy fankatelemana fatratra koa.

Hto an'i RARARARA, fofom-badiko sy mamar-janako, nampahety hatrany

Ho an'i Dr Befinoana mivady, "Sitraka enti-matory ny nataonareo ka ho valiana raha mahatsiaro".

Hto an 'i Zanakō, Jean Delmar,

Jia be anao Dada!

Ho an'ireo iray Tampo,

Jaotiana, Florence, Hilaire, Evrard,

Mariky NY fifankatiavana, NY fifanampiana, ary fifankaherezana.

Ho an'ny namana rehetra

“TSY MISY MAFY TSY LAITRY NY ZOTO”

HO AN'NY FIANAKAVIANA MANONTOLO

"Mba ho reharehan'ny fianakaviana"

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MOSIEUR LE PROFESSEUR ZAFISAONA GABRIEL,

*Professeur titulaire de chaire d'anatomie et cytologie pathologique
Chef de service provincial de Laboratoire d'anatomie pathologique de Mahajanga
Enseignant à la Faculté de Médecine et à l'Institut d'Odontostomatologie Tropicale
de Madagascar, Université de Mahajanga*

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré
vos multiples obligations.*

Veillez recevoir notre profonde reconnaissance et nos vifs remerciements.

A NOS MAITRE ET HONORABLE JUGES

Monsieur le Professeur RALISON Andrianaivo,
Professeur titulaire
Spécialiste en Pneumo-phtisiologie
Maitre de conférences Agrégée
Chef de service de Pneumo-phtisiologies et de Réanimation médicale et également
Directeur du CHU de Mahajanga
Enseignant à la Faculté de Médecine de Mahajanga
Membre de l'UICTMR
Président de l'Université de Mahajanga

Monsieur le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel
Professeur agrégée en Gynécologie Obstétrique.
Ancien externe.
Ancien Chef de Clinique.
Formation en Chirurgie vaginale de Lyon.
Formation en microchirurgie Tubaire de Nice.
Formation approfondie en Gynécologie Obstétrique de Bordeaux (AFSA).
Maîtrise en science Biologiques et Médicales.
Diplôme de Formation Spécialisée complémentaires(DFSC).

*Vous avez accepté de Juger notre Travail, malgré vos lourdes tâches, veuillez vous
recevoir nos vifs remerciements.*

A NOTRE MAÎTRE DIRECTEUR ET RAPPORTEUR DE THÈSE

**Monsieur le Docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste de la
Salle**

Chirurgien

Chef de clinique en Chirurgie générale à la Faculté de Médecine de Mahajanga

Responsable cumulativement de l'UFR traumatologie et de l'UFR urgences

Chirurgicale au CHU Androva Majunga-Madagascar

Maître de conférences

Responsable des Thésards de la Faculté de Médecine de Mahajanga.

*Vous avez accepté avec gentillesse et simplicité de diriger et rapporter ce
travail.*

Avec ma profonde reconnaissance et mon respectueux attachement.

LISTE DES ABREVIATIONS :

CHU : centre Hospitalière Universitaire

Fig. : Figure

A. : Artère

NFS : Numération Formule Sanguin

CRP : C-Réactive Protéine

C.E. : Consultation Externe

R.A.U : Reçu au Urgence

J : jour, exemple : J1 : premier jour,...

Cp : Comprimé

Gél : gélule

IVDL : Intraveineuse Directe Lente

IV : Intraveineuse

IM : Intramusculaire

A.Cpl : Appendicite compliqué

A.inf : Appendicite non compliqué

A.NouP : Appendice non inflammatoire ou autre diagnostic

M : masculin

F : féminin

HGE : Service d'hépto-gastro-entérologie

SUSI : Service des urgences et de soins intensifs

LISTE DES FIGURES

- Figure. 1** : Variation de la position de l'appendice.Page 4
- Figure. 2** : Variation de la position caecale.....Page6
- Figure. 3** : Artères du caecum et de l'appendice vue antérieure.....Page7
- Figure. 4** : Artères du caecum et de l'appendice vu postérieure.....Page8
- Figure. 5** : Répartition selon l'âge des patients classé grâce au score comme
« à risque élevé d'appendicite »..... Page25
- Figure. 6** : Répartition selon le sexe des patients classé grâce au score comme
« à risque élevé d'appendicite ».....Page25
- Figure. 7** : Répartition selon l'âge des patients classé grâce au score comme
« à risque équitable d'appendicite ».....Page26
- Figure. 8** : Répartition selon le sexe des patients classé grâce au score comme
« à risque équitable d'appendicite ».....Page27
- Figure. 9** : Répartition selon l'âge des patients classé grâce au score comme
« à faible risque d'appendicite ».....Page27
- Figure. 10** : Répartition selon le sexe des patients classé grâce au score comme
« à faible risque d'appendicite »..... page28
- Figure. 11** : Organigramme Hiérarchisé à la recherche de diagnostic de
l'appendicite à propos de score.page36
- Figure. 12** : Arbre décisionnel devant une douleur de la FID..... Page86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : le score clinico-biologique selon Teicher et François. Page 18

Tableau n°2 : Tableau comparatif des niveaux de score et leur performance entre les patients diagnostiqués par les chirurgiens en C.E. et les patients R.A.U. page 24

Tableau n°3 : Tableau comparatif des niveaux de score et leur performance entre les patients diagnostiqués par les chirurgiens en C.E. et les patients R.A.U. page 24

Tableau n°4 : Etude de scores clinico-biologique prédictifs d'appendicite aigue dans la douleur de la fosse iliaque droite. Page 83

Tableau n°5 : Evaluation de la prévalence de l'appendicite aigue, des appendicectomies pour appendice sain, et du taux de complications dans 14 séries d'appendicectomie de la littérature. Page 84

Tableau n°6 : Extrait du Guide de bon usage des examens complémentaire du SAU de Haute pierre. Page 85

I- INTRODUCTION.....	1
II- PREMIERE PARTIE:	
LA REVUE DE LITTERATURE :	3
1- Historique et Définitions.....	3
2-Rappel Anatomique.....	3
3-Rappel Physiopathologique	9
4-Les moyens Diagnostics.....	10
5-Le Diagnostics.....	13
51- Diagnostic Positif	13
511- La forme typique.	
512- Les formes cliniques :	
52- Diagnostics Différentiels.....	16
6-Le Score clinico-biologique prédictif de l'Appendicite.....	18
III-DEUXIEME PARTIE	
1. MATERIELS ET METHODES.....	19
2. RESULTATS.....	21
IV-TROISIEME PARTIE	
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	29
V- SUGGESTION.....	35
VI-CONCLUSION.....	37
VII- ANNEXES.....	38
VIII- LES REFERENCES	
BIBLIOGRAPHIQUES.....	87

INTRODUCTION

I- Introduction :

L'appendice ou appendice vermiculaire ou appendice iléo-caecal est un prolongement atrophié du caecum dont la base est située sur la face interne du caecum, en dessous de la dernière anse iléale, à la jonction des trois bandelettes caecales.

Certains facteurs prédisposent l'appendice à une pathologie générant une douleur qui fait souffrir le sujet en question, autrefois les chercheurs employaient le terme de **Typhlite** pour l'exprimer, un peu plus tard et en ce moment **l'appendicite est devenue vulgaire** pour désigner la douleur de la fosse iliaque droite, malgré les diverses origines possibles, à part l'appendicite. Son diagnostic désigne des inflammations pures ou des complications sous forme d'abcès, des gangrènes, des thromboses vasculaires, des volvulus, des stercorolites,...

On estime qu'environ 7% de la population des pays industrialisés auront une appendicite aigue au cours de sa vie selon les Cliniciens (1) (2) (3). C'est une pathologie chirurgicale fréquente à Madagascar, particulièrement à Mahajanga où l'on a recensé plus de 631cas pour 100 000 habitants. Alors que dans d'autres pays africains, en l'occurrence à Bamako au Mali, 18 cas pour 100 000 habitants on été observés en 1994(4) (5), ...

L'appendicite aigue diagnostiquée nécessite une intervention chirurgicale précoce, si non, en urgence. Les laparotomies négatives sont fréquentes malgré l'évolution des connaissances et des moyens de diagnostic actuels. Habituellement, toute douleur de la fosse iliaque droite fait suspecter une appendicite dont le diagnostic est essentiellement clinique. Depuis des années les cliniciens proposent un score validé à partir d'une étude prospective pour un groupe de population bien déterminé. Un assemblage de certaines critères cliniques et biologiques chiffrés appelé score clinico-biologique est devenu une base de référence pour le diagnostic de l'appendicite. Ainsi, actuellement pour éviter les erreurs diagnostics devant toute douleur de la fosse iliaque droite et pour confirmer rapidement l'indication thérapeutique, **le score clinico-biologique** est considéré comme un élément décisif, dans les pays industrialisés. Telle méthode n'a jamais été pratiqué à Madagascar, en particulier à Mahajanga ; ce qui nous a motivé à effectuer cette étude. Ainsi notre travail s'intitule : « **LE SCORE CLINICO-BIOLOGIQUE POUR LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MAHAJANGA** »

Cette étude a pour objectif d'évaluer la performance de ce présent score dans le diagnostic des appendicites au CHU de Mahajanga.

Nous avons adopté le plan suivant pour atteindre cet objectif :

En premier lieu, nous allons voir La revue de la littérature,

La seconde partie sera consacrée à la méthodologie et aux résultats de notre étude.

La troisième partie traitera les commentaires et Discussions.

Avant de conclure, nous allons évoquer quelques suggestions.

PREMIERE PARTIE

I-La revue de la littérature :

1- HISTORIQUE ET DEFINITION :

a- Jusq'en 1886, on croyait qu'un engorgement du caecum par les matières fécales peut aboutir à une ulcération, à la perforation et à la péritonite. On employait ainsi le terme « **typhlite** ». Le terme appendicite fut créé en 1886 par le chirurgien Américain **Fitz (6) (7)**.

b- **L'appendicite (1) (2) (6) (7)** est l'inflammation aiguë ou chronique de l'appendice iléo-caecal qui est favorisée par : la présence des follicules lymphoïdes, l'obstruction avec rétention des matières dans la lumière appendiculaire. Elle évolue en règle vers la nécrose de l'organe.

2-RAPPEL ANATOMIQUE:

L'appendice est une portion borgne de l'intestin formée de toutes les couches intestinales normales. Il mesure de 5 à 12 centimètres de longueur avec 5 à 6 millimètres de diamètre. Il est attaché et s'ouvre à la base du caecum au point où les trois tæniae convergent. Si la base a une position relativement constante, son extrémité peut se retrouver n'importe où dans un rayon de 360° (**fig1.**) (8). Sa position la plus fréquente est à gauche du caecum, la position rétro caecale venant ensuite. Les positions pelviennes et sous- hépatiques sont aussi possibles. La base d'implantation, large à la naissance, se rétrécit à partir de deux ans, ce qui justifie sa rareté avant l'âge de trois ans.

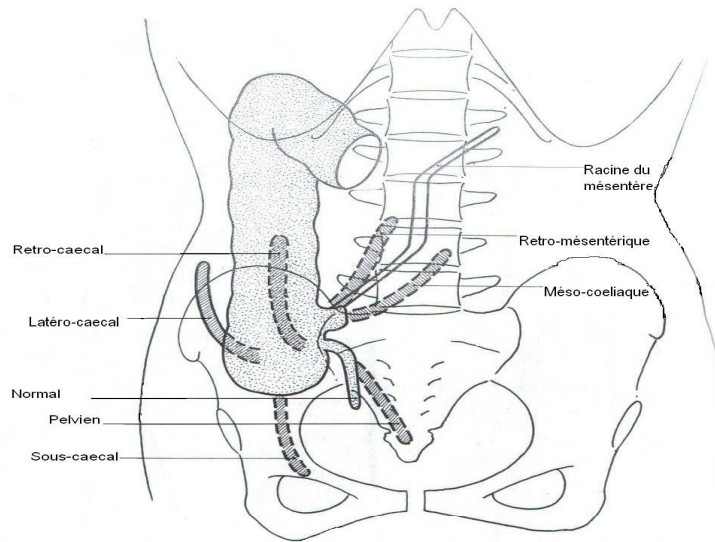


Figure 1. Variation de la position de l'appendice. (8)

a- Configuration (9) :

L'appendice a généralement la forme d'un tube cylindrique, plus ou moins flexueux. Sa cavité est, elle aussi, assez régulièrement cylindrique. Elle s'ouvre dans le caecum par un orifice muni parfois, mais rarement, d'un repli muqueux, connu sous le nom de valvule de GERLACH.

b- Variation de la position caecale (figure 2.):

Elle dépend de l'évolution de deux processus embryologiques. A la naissance, le colon ascendant est très court, le caecum aussi est très court et mobile, en position élevée, c'est seulement vers l'âge de deux ans que le caecum se fixe, et que l'appendice acquiert son individualité.

Trois éventualités peuvent se produire :

- Soit un défaut de rotation de l'anse intestinale primitive laissant le caecum dans la fosse iliaque gauche. (appendice à gauche)
- Soit un arrêt prématuré de la migration caecale, le caecum peut alors se trouver dans le creux épigastrique, en position sous hépatique, ou devant la fosse lombaire droite.
- Soit un excès de migration du bourgeon caecal amenant le caecum devant le détroit supérieur ou dans le pelvis.

Cette variation explique en partie le polymorphisme symptomatique de l'appendicite.

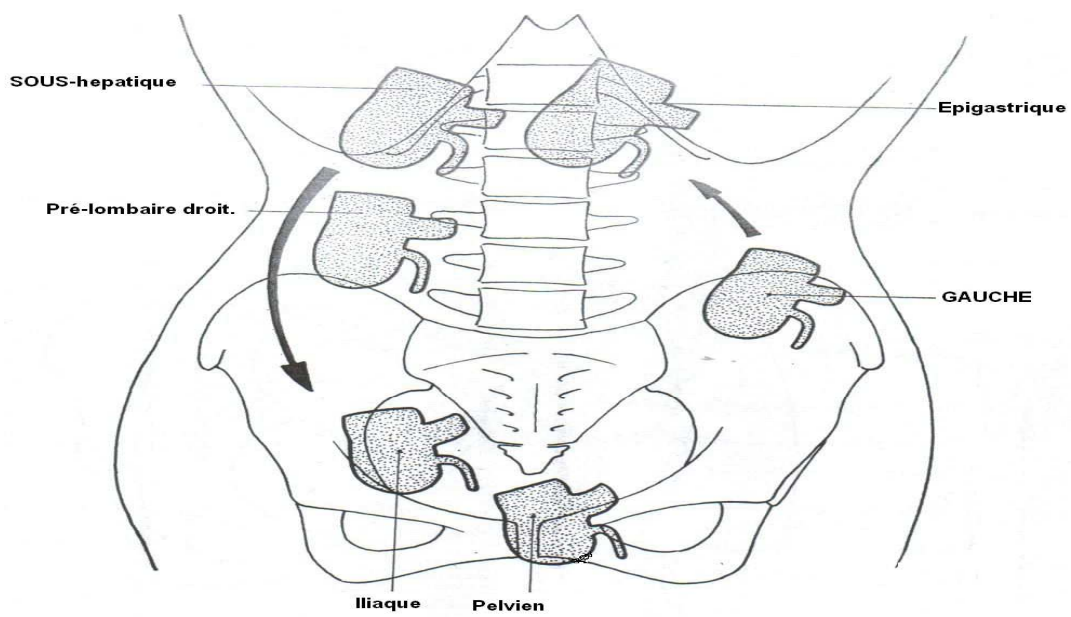


Figure 2- Variation de la position caecale (8) (9) (10)

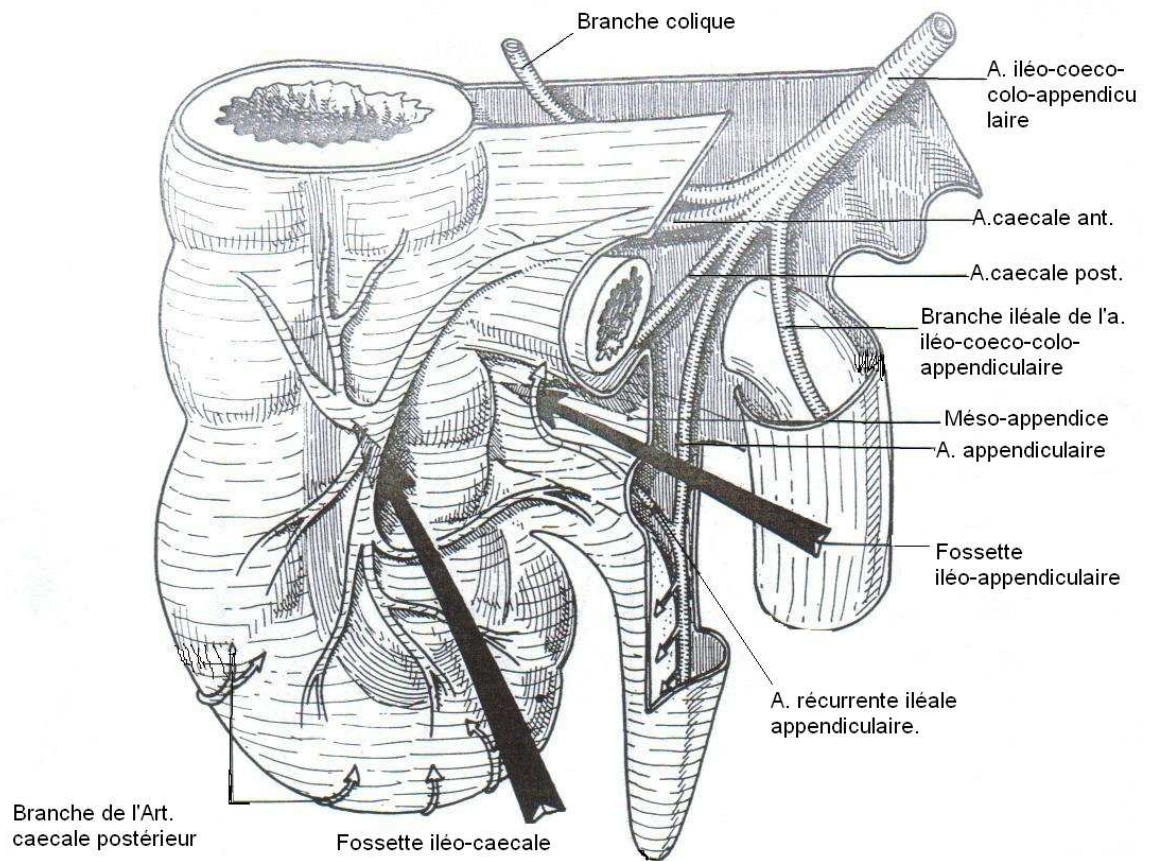


Figure 3- Artères du caecum et de l'appendice.
Vue antérieure (8) (9) (10)

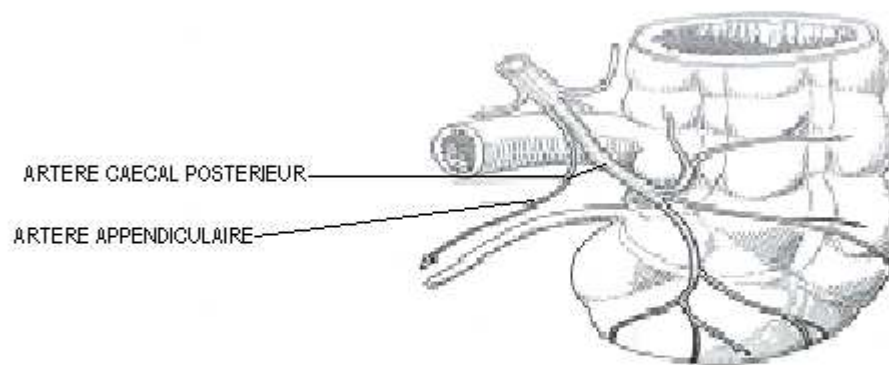


Figure 4_-Artère du caecum et de l'appendice vue postérieure. (8) (9) (10)

c- Vascularisation (figure3 et 4.) (8) (9) (10):

Il est irrigué par une artère appendiculaire terminale, branche de l'iléo colique, elle-même tributaire de la mésentérique supérieure. Il possède un méso appendice, mais celui-ci peut être absent lorsque l'appendice se trouve en position rétro caecale.

d- Innervation :

Les sensations douloureuses sont transmises par le plexus mésentérique supérieur et par les nerfs splanchniques. Les douleurs viscérales d'origine appendiculaire sont donc ressenties dans la région épigastrique, péri ombilicale.

L'innervation vagale est responsable des vomissements réflexes observés au début des appendicites aiguës.

e- Rapports anatomiques :

L'appendice peut se trouver en avant, en arrière, à gauche ou à droite du caecum. Selon les cas, il peut être en contact avec un ou plusieurs des organes ou structures suivantes :

- ➡ paroi abdominale antérieure,
- ➡ iléo psoas,
- ➡ uretère droit,
- ➡ vessie,
- ➡ iléon terminal,
- ➡ sigmoïde,
- ➡ rectum,
- ➡ ovaire droit ou gauche, trompe de Fallope, utérus.

f- Projection en surface :

Normalement, il se projette dans la fosse iliaque droite au point de McBurney. Celui-ci est situé à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure.

3 – PHYSIOPATHOLOGIE :

Elle peut se concevoir selon trois modalités :

- par voie hématogène : rarement, la porte d'entrée est située à distance et les germes atteignent l'appendice par voie sanguine. On peut la rencontrer au cours de certaines infections.
- par contiguïté : l'atteinte appendiculaire se fait de dehors en dedans à partir d'un foyer infectieux de voisinage, en particulier gynécologique.
- par voie endogène : c'est le mécanisme le plus fréquent. Les germes responsables de l'infection appendiculaire sont ceux qu'on trouve dans la lumière colique voisine. Ils sont de l'ordre de 10^6 à 10^9 par ml de fèces dont 90% sont des germes anaérobies (BACILLUS FLAGYLIS, ...).

Les causes mécaniques seraient l'hyperplasie lymphoïde de l'enfant et de l'adolescent, les stercorites, les corps étrangers et les parasites, les brides de Lane ou coudure de l'appendice, l'œdème consécutif à une colite, le cancer ou tumeur du bas fond caecal.

Les causes non mécaniques sont représentées par l'action des germes et leurs toxines, des ulcérations locales de colites non spécifiques ou des tumeurs, voir des thromboses vasculaires primitives ou secondaires à l'infection.

Ces lésions sont consécutives à :

- des transformations de l'organe en vase clos,
- des altérations de la vascularisation de l'appendice, en particulier une thrombose qui favorise l'ischémie et la pullulation des germes.

4- LES MOYENS DE DIAGNOSTICS :

a- La clinique(11) :

Elle occupe une place prépondérante dans le diagnostic (1) (2) ; devant tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ou abdominal aigu :

- l'interrogatoire précise l'état civil, la date et le mode de début de la maladie, le siège et le type de la douleur ainsi que ces irradiations ou non, les signes accompagnateurs, la date et heure de la première consultation, et,

ne pas oublier de demander les antécédent gynécologiques pour les sexes féminin surtout en âge de procréer.

-l'inspection doit être minutieuse en insistant sur l'état général, l'état d'hydratation du malade, l'aspect de la langue, l'abdomen pour voir l'existence ou non de la cicatrice ancienne, de la respiration abdominale.

-la palpation abdominale recherche surtout la défense, on terminera l'examen par les touchers pelviens. A ce titre :

- * le toucher vaginal est très intéressant surtout chez les femmes en âge de procréer pour éliminer les douleurs d'origine gynécologique.

- * le toucher rectal est obligatoire pour éliminer les douleurs d'autre origine surtout tumorale chez les personnes âgées.

Tout ça va permettre de poser le diagnostic. La variété des formes cliniques, surtout chez l'enfant et la personne âgée, l'existence de nombreux diagnostics différentiels ne permet pas toujours de conclure une appendicite dès le premier examen ; il faut savoir attendre et répéter l'examen clinique afin de juger l'évolution et les modifications à la palpation de l'abdomen pour affirmer le diagnostic avec plus de certitude. A noter qu'il n'y a pas de parallélisme entre les manifestations cliniques et les lésions anatomopathologiques.

b- La biologie(11) :

C'est un examen complémentaire contribuant parfois au diagnostic ; elle est souvent inflammatoire, mais une biologie normale ne permet pas d'exclure une appendicite :

- la numération formule sanguine (NFS) retrouve classiquement une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, supérieur à 10 000/mm³. Cette hyperleucocytose n'est en réalité, ni sensible, ni spécifique.

- La protéine C- Réactive (C.R.P.) est redevenue une donnée importante. Certains chirurgiens nordiques ou américains lui donnent une telle valeur qu'ils admettent la sortie de l'hôpital, si elle reste normale après 12 heures d'observation. Elle n'a paru fidèle que sur 24 heures au moins selon d'autres auteurs.

c- Les imageries(11) :

L'échographie et le scanner ont tous deux prouvé leur efficacité dans la mise au point de suspicion d'appendicite.

La littérature rapporte des sensibilités et spécificités, pour ces deux techniques, supérieures à 90% quand elles sont réalisées par des radiologues compétents.

- L'échographie** a l'avantage d'être non irradiante et de permettre un examen abdominal complet. Elle peut être limitée en cas d'obésité ou devant un patient très algique.

- La tomodensitométrie** est un examen irradiant. Elle n'est pas gênée par l'air ou la corpulence du patient et est moins opérateur dépendante que l'échographie. Il n'existe pas de consensus dans la littérature, quand à la façon de réaliser le scanner (à blanc ou injecter).

d- La coelioscopie diagnostique :

C'est le dernier recours pour avoir une précision au diagnostic, il n'est pas encore réalisable chez nous.

5- LES DIAGNOSTICS

51- Diagnostic positif

511-La Forme typique :

Dans la forme typique, le diagnostic est quasi clinique.

Un(e) patient(e) est admis(e) au service d'urgence chirurgicale avec un syndrome douloureux aigu de la fosse iliaque droite, typique, accompagné de fièvre de 37°5 à 38°c, d'anorexie, d'une langue saburrale, érythrose des pommettes, des douleurs et défenses localisées à la fosse iliaque droite, une attitude en psoitis, une douleur de la fosse iliaque droite à la décompression brusque de la fosse iliaque gauche (signe de Blum Berg), douleur de la fosse iliaque droite lors de la palpation de la fosse iliaque gauche (signe de Rowsing), douleur à droite lors du Toucher Vaginal ou du Toucher Rectal, avec absence de masse latéro-utérine, ou rectale, pas de signe génital évident, leucocytose avec polynucléaire autour de 10000/mm³. Le diagnostic est posé et l'intervention suit. **Il n'y a aucune place pour les autres examens complémentaires, quand le diagnostic clinique semble assuré (12) (13).**

512- Les Formes cliniques de l'appendicite:

Dès que la forme typique de l'appendicite est absente, c'est-à-dire douleur abdominale aiguë, sans spécificité, l'**échographie** et la **tomodensitométrie** sont nécessaires pour affirmer le diagnostic et surtout pour éliminer les diagnostics différentiels.

a- Forme selon le terrain :

En fonction du terrain, il est nécessaire de distinguer différentes formes cliniques.

- L'appendicite du vieillard (14) :

L'appendicite de la personne âgée évolue volontiers sur un mode torpide. Il existe alors un retard de diagnostic fréquent. Une douleur chronique de la fosse iliaque droite associée à des troubles du transit peut en imposer un autre diagnostic (Tumeur du colon droit, occlusion intestinale aiguë, ...), impliquant une intervention chirurgicale, et le diagnostic est souvent en per opératoire.

- L'appendicite de l'enfant et du nourrisson :

L'appendicite est exceptionnelle avant deux ans. Elle peut être alors gravissime en raison de son évolution rapide. L'âge habituel de survenue de l'appendicite dans l'enfance est entre 7 et 10 ans et le diagnostic séméiologique sera identique à celui de l'adulte jeune.

- L'appendicite de la femme enceinte (14) :

Le diagnostic d'appendicite de la femme enceinte est rendu difficile en raison de la modification de la position du caecum liée à l'utérus gravide qui le refoule vers le haut.

- Les formes atypiques :

Chez le patient diabétique ou le patient insuffisant rénal, les manifestations cliniques peuvent être abâtardies et le diagnostic retardé. L'intervention s'impose au moindre doute.

b- Forme selon la topographie (4) (11) (14) :

La mobilité du caecum et de l'appendice peut être responsable de formes topographiques variées.

L'appendicite retro-caecale est une forme topographique fréquente.

L'appendice est collé à la partie postérieure du caecum. Le développement de l'infection se fait dans le retro-péritoine et la symptomatologie évoque une pyélonéphrite, avec un psoitis fréquemment associé.

L'appendicite méso-cœliaque : l'appendice peut être fixé aux milieux des anses grêles. Dans ce cas, son inflammation est responsable d'un tableau d'occlusion fébrile de l'intestin grêle. L'examen clinique ne trouve pas de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite qui est libre.

L'appendicite herniaire : dans certains cas l'appendice peut avoir migré dans une hernie inguinale droite et simuler un étranglement

herniaire. Le diagnostic est alors posé lors de l'intervention chirurgicale pour hernie étranglée.

L'appendicite pelvienne : l'appendice fixé au cul de sac de Douglas peut être responsable d'une symptomatologie atypique associant une dysurie, une pollakiurie, ou un globe vésical réactionnel. En cas d'irritation rectale, on peut observer des ténesmes ou des épreintes. Les touchers pelviens sont alors très douloureux.

L'appendicite sous-hépatique : l'inflammation de l'extrémité de l'appendice placée en position sous-hépatique peut engendrer une confusion avec le diagnostic de cholécystite aiguë.

L'appendicite à Gauche : exceptionnellement, la symptomatologie peut être inversée en cas de situs in versus.

c-Forme décapitée par les antibiotiques et sous antalgique :

Il n'est pas rare que des douleurs atypiques soient traitées de façon systématique par des antalgiques ou des antibiotiques. Il existe alors des formes abâtardies d'appendicites dont le diagnostic est difficile et souvent au stade de complication.

d-Formes évolutives :

- **L'appendicite chronique :** c'est une forme fréquente et peut prendre siège d'un poussé aiguë. L'anamnèse permet de retrouver des épisodes antérieurs spontanément résolutifs. La température est normale et le trouble de transit n'existe pas, les examens biologiques semblent normaux.
- **L'appendicite gangreneuse :** C'est la plus rare des appendicites aiguës. Les signes en faveur sont proches de ceux de l'abcès :
 - ◇ Un syndrome infectieux
 - ◇ Des signes locaux plus marqués débordant la fosse iliaque droite
 - ◇ Un syndrome de masse ; la masse palpable étant cependant exceptionnelle
 - ◇ Une réaction péritonéale semblable à celle de l'abcès mais contrastant avec un toucher rectal volontiers indolore.

- **Le plastron appendiculaire** : est le plus souvent lié à une appendicite aigue évoluant depuis plusieurs jours. Il existe une agglutination des anses avec une diminution progressive des douleurs. L'examen clinique constate un empatement de la fosse iliaque droite. Il existe souvent des troubles du transit associés. L'évolution sous traitement médical est souvent favorable et on opère à froid.
- **L'abcès appendiculaire** : signe l'évolution vers la perforation cloisonnée de l'appendicite en fosse iliaque droite : il existe des douleurs violentes associées à une défense franche de la fosse iliaque droite. La fièvre est constante. On note une altération de l'état général.
- **La péritonite aigue généralisée** : elle peut découler d'une rupture intra péritonéale d'un abcès appendiculaire, ou être liée à une perforation d'emblée de l'appendice. Dans ce cas il existe une douleur intense et généralisée associée à une contracture de l'abdomen. La température peut être supérieure à 39°C, associée à une hyperleucocytose franche de 13 000 à 15 000/mm³ ou plus.

52-Diagnostics différentiels :

Le plus souvent ils sont faits au cours de l'intervention chirurgicale, ce qui justifie la difficulté de diagnostic.

Chez l'enfant : elle peut être différenciée à une diverticulose caecale, à une adénolymphite mésentérique.

Chez la femme : il faut savoir distinguer les affections annexielles : annexite droite, kyste ou tumeur ovarienne avec ou sans torsion, Kyste de l'ovaire suppuré et prolabé dans le Douglass, une grossesse extra-utérine, les douleurs cyclique c'est-à-dire syndrome prémenstruel, dysménorrhée, douleur ovulatoire.

Les affections digestives : il faut éliminer en premier une Typhlite (inflammation du caecum), puis savoir éliminer les autres diagnostics comme : les infections intestinales, une indigestion, un embarras gastrique, une iléite terminale, la tuberculose iléo-caecale, néoplasme du caecum, la maladie de crown, parasitose intestinale.

Les affections rénales : une pyélonéphrite droite, les coliques néphrétiques, l'hydronéphrose intermittente.

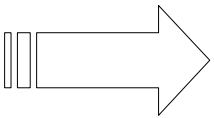
Les affections hépatiques : les coliques hépatiques, cholécystite aigue.

Autres pathologies : comme un étranglement herniaire, une pneumonie, une pleurésie.

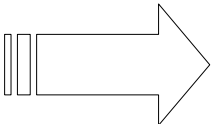
6-LE SCORE CLINICO-BIOLOGIQUE DE L'APPENDICITE(15) :

Tableau.n° 1. – **Score clinico-biologique de l'appendicite selon TEICHER 1983 et François 1991.**

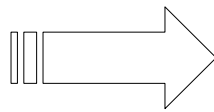
Score global = Somme arithmétique des signes.



Score supérieur ou égal à +2 : Appendicite probable.



Score de -5 à +1 : doute.



Score inférieur ou égal a -6 : Appendicite non probable.

Source :

(SAU ADULTE HAUTE PIERRE-MAI 2004 D'APRES TEICHER 1983 ET FRANCOIS 1991).

DEUXIEME PARTIE

1-MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service de chirurgie et des urgences chirurgicales au **CHU Androva MAHAJANGA**, dans une période de six mois consécutifs, allant du mois d'avril au mois de novembre 2007.

Les observations consistaient à effectuer un interrogatoire, des examens cliniques des malades à l'entrée, Nous avons utilisé le score clinico- biologique, pour chaque patient, à fin de déterminer le diagnostic de l'appendicite, selon Teicher et François (15).

Dans cette étude, les malades sont divisés en deux groupes : il y a des malades admis en urgence au service des urgences chirurgicales pour suspicion d'appendicite aigue (R.A.U), d'autres sont des malades diagnostiqués par les chirurgiens en consultation externe et qui sont marqués (C.E.).

Pour la démarche diagnostique, nous avons effectué un examen clinique complet, suivi de prescriptions des examens complémentaires. Nous avons utilisé scrupuleusement le score clinico biologique pour pouvoir poser un diagnostic d'appendicite et d'en décider les indications thérapeutiques. Nous assistions aux interventions chirurgicales pour vérifier la correspondance entre le diagnostic pré opératoire et l'état de l'appendice en question.

2-CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :

a- Critères d'inclusion :

- Motifs d'admission : nous avons inclus dans notre étude les malades ayant comme motifs d'admission appendicite, ou douleurs au niveau de la fosse iliaque droite avec suspicion d'appendicite.

b- Critères d'exclusion :

- Nous avons exclus dans notre étude les malades admis pour d'autres motifs accompagnés de douleur au niveau de la fosse iliaque droite.
- Appendicectomie fortuite.

3-IMPORTANCE DU SCORE DANS LE DIAGNOSTIC ET SA SIGNIFICATION DANS NOTRE ETUDE :

Dans les pays développés ce score est utilisé comme une démarche diagnostic obligatoire et décisive devant toute douleur de la fosse iliaque droite pour diagnostiquer une appendicite (voir annexes). Selon la littérature, il joue un rôle important dans la diminution du taux d'appendicectomie abusive et d'éviter tout retard diagnostic.

4- RESULTATS :

Nous avons colligé 110 patients dont 39 sont des malades diagnostiqués par les chirurgiens en consultation externe, qui n'attendaient que l'intervention et 71 autres patients ont été reçus aux services des urgences pour suspicion d'appendicite aigue.
(Tableau N° 2)

Pour le diagnostic de l'appendicite selon le score ;

- 35 patients ont un score supérieur ou égal à 2 ; l'appendicite est probable.
- 65 malades dont l'appendicite est peu probable ou douteux ont un score entre -5 à +1
- 16 autres ont un score inférieur ou égal à - 6 dont le diagnostic d'appendicite est à écarter.

106 patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale parmi les quelles 13 (12.26%) sont des laparotomies blanches. Le reste a présenté des appendicites aux divers stades d'évolution.

Quatre patients n'ont pas été opérés. 1 cas de plastron appendiculaire et 3 cas de problèmes gynécologiques ont été recensés (Tableau N° 3)

Appendicite probable :

♪. 31 % ont un score défini attribué à un diagnostic d'appendicite.

♪. L'âge variait de 5 à 50 ans ; dont 15 de ces patients étaient âgés de 5 à 20ans ; 16 âgés de 20 à 39 ans ; 2 entre 40 et 50 ans et 1 seulement de 50 ans ou plus. (Figure N° 5)

♪. Plus de 29 % des patients sont de sexe féminin contre 70% de sexe masculin.

Ils sont tous classés comme à risque d'avoir une appendicite aiguë. (Figure N° 6)

♪. Le diagnostic per opératoire présente 19 cas d'appendices très enflammés et 14 cas abcédés.

Appendicite douteux :

♪. 54,50 % des patients ont un diagnostic d'appendicite douteux, mais ils sont classés comme à risque équitable d'avoir une appendicite aiguë.

♪. L'âge varie de 10 à 44 ans dont : (Figure N° 7)

- 30 avaient moins de 20 ans.
- 27 étaient compris entre 20 et 39 ans.

- 03 avaient l'âge de 40 à 49 ans.

♪. Selon le sexe, on note une prédominance masculine avec :
10 patients (16,66%) de sexe masculin contre 50 (83,34%) de sexe féminin.(Figure N° 8)

♪. Après l'opération :
4 (5.17%) sont déjà au stade d'abcédassions.

47 (82.76%) appendices inflammatoires.

4 (6.90%) Appendices sont macroscopiquement normaux.

2 (3.45%) grossesse extra-utérine dont une tubaire et une ovarienne.

Appendicite non probable :

Ils représentent 16 patients dont 4 sont reçus au service des urgences et 12 autres diagnostiqués en consultation externe.

♪. Selon l'âge : (Tableau N° 9)
il varie entre 15 à 46 ans :
- 8 patients sont âgés de moins de 20ans (15 à 19 ans).
- 7 sont âgés de 20 à 39 ans.

- 1 patient entre 40 à 50 ans.

♪. Selon le sexe : 10 sont de sexe féminin et 6 masculins (Figure N° 10).

♪. Au moment de l'intervention, 9 appendices étaient inflammatoires (60%), 5 sont macroscopiquement normaux (33,33%) et un cas de grossesse extra-utérine avec appendice normal a été observé (6,67%).

Tableau. N° 2 Tableau comparatif des niveaux de score et leur performance entre les patients diagnostiqués par les chirurgiens en C.E. et les patients R.A.U.

	Score supérieur ou égal +2			Score de -5 à +1			Score inférieur ou égal -6		
	A.cpl.	A.inf.	A.NouP.	A.cpl.	A.inf.	A.NouP.	A.cpl.	A.inf.	A.NouP.
C.E.	01	02	00	00	23	01	00	08	04
R.A.U.	14	17	00	04	24	08	00	01	03

A.cpl. : appendicite compliquée,

A.inf. : appendicite non compliquée,

A.NouP. : appendice non inflammatoire ou autre diagnostic.

Tableau. n°03. Etude de score clinico- biologique au Centre Hospitalière Universitaire de Mahajanga

SCORE	Nombres des patients Etudiés	Appendicites compliquées	Appendices inflammatoire compliquées	non	Laparotomie blanche	Malades opérés	non opérés	Malades opérés
≥ à +2	34	15	19		00	01		33
-5 à +2	60	03	48		07	02		58
≤ à -5	16	00	09		06	01		15
TOTAL	110	18	78		13	04		106
	100%	16,36%	70,91%		12,26%	3,64%		96,36%

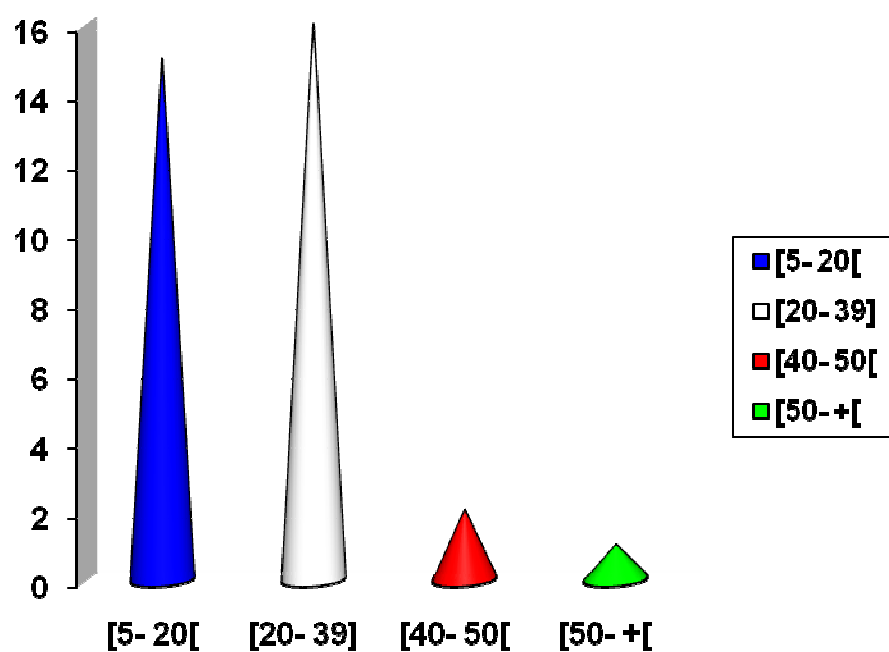


Figure N°.05. – Répartition selon l'âge des patients classé grâce au score comme « à risque élevé d'appendicite »

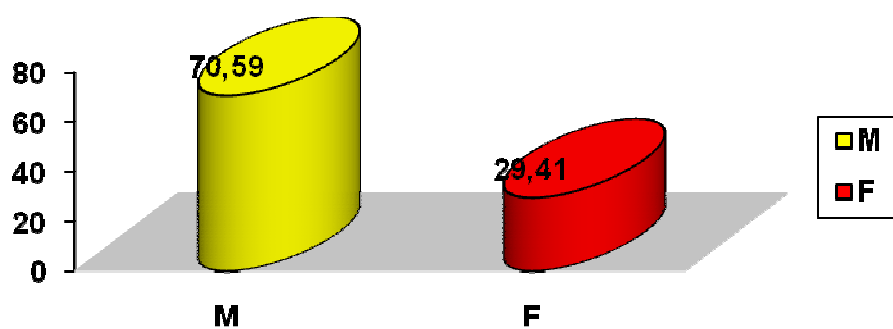


Figure N°.06. – Répartition selon le sexe des patients classé grâce au score comme « à risque élevé d'appendicite »



Figure N°.07. – Répartition selon l'âge des patients classé grâce au score comme à risque équitale d'appendicite ».

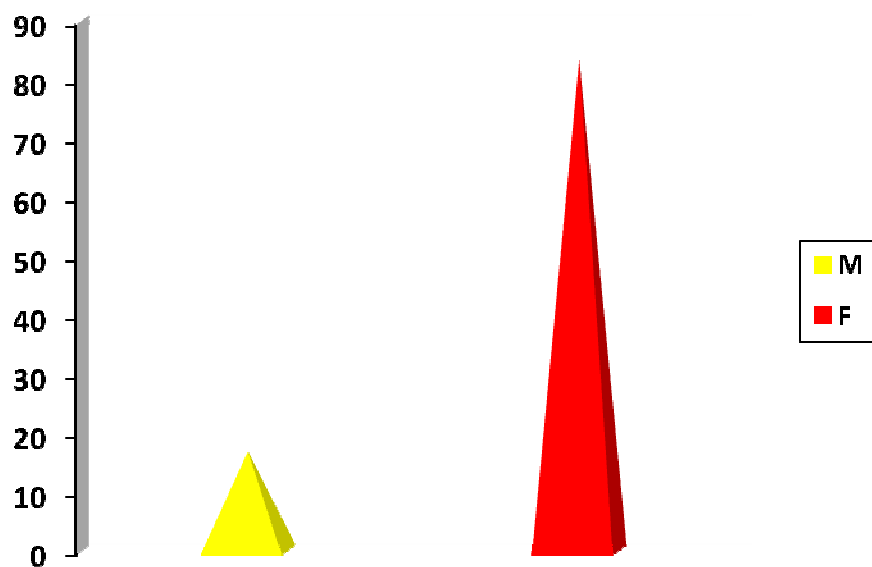


Figure N° .08._—Répartition selon le sexe des patients classé grâce au score comme« à risque équitable d'appendicite »

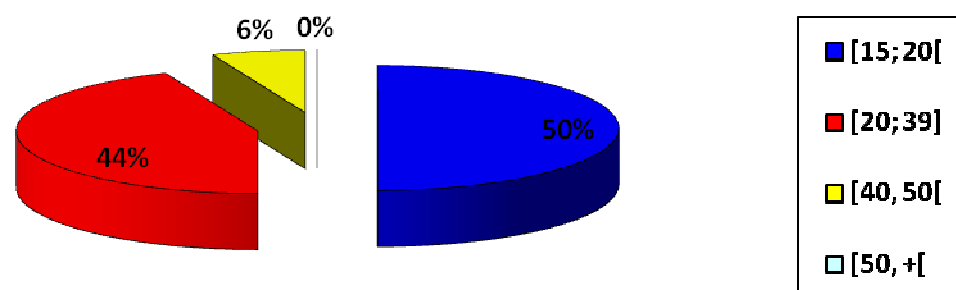


Figure N°.09. – Répartition selon l'âge des patients classé grâce au score comme à faible risque d'appendicite ».

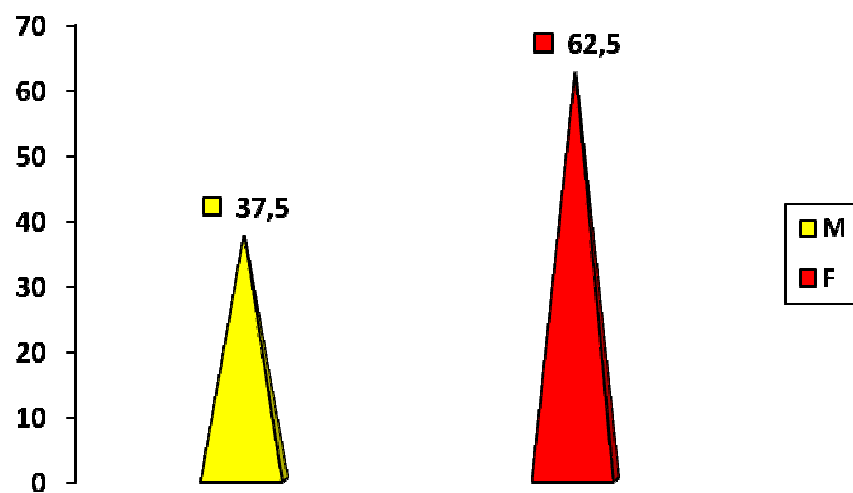


Figure N°.10. – Répartition selon le sexe des patients classé grâce au score comme « à faible risque d'appendicite ».

TROISIEME PARTIE

1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1-1- Les patients qui avaient un score supérieur ou égal à deux ont une « appendicite probable » :

31 % ont un score supérieur ou égal à 2 ce qui confirme un diagnostic d'appendicite aiguë.

Pour cette catégorie de patient, le score clinico biologique est performant pour prendre en charge les appendicites.

En d'autres termes, le diagnostic est confirmé nécessitant une intervention chirurgicale en urgence.

1-1-1 -Répartition selon l'âge :

Le score confirme le diagnostic chez les patients de moins de 40 ans. Pourtant, ce critère ne suffit pas pour justifier que la prévalence de l'appendicite chez les sujets plus jeunes est plus élevée car chez les sujets âgés, le tableau clinique de simple appendicite est souvent dépassé au moment de la consultation. La confirmation du diagnostic est souvent en per opératoire avec un tableau clinique de péritonite aigue généralisée, ou d'un syndrome occlusif. Cette catégorie ne rentre pas dans le cadre de notre étude, néanmoins le même constat a été fait par Dombal FT et Leaper DJ en 1974 dans leur travaux intitulés « **Further report with emphasis on performance of clinicians** ».(14).

1-1-2- Répartition selon le sexe :

Il existe une nette prédominance masculine pour cette catégorie, avec 70,59% contre 29,41% de femmes. Il semble que le score élevé est lié au sexe masculin, qui peut être due au fait que les hommes opposent souvent une certaine résistance vis-à-vis de la douleur ; tandis que les femmes malgaches se précipitent en consultation dès la moindre manifestation, alors que le tableau ne réunirait pas encore les critères suffisants pour un score de diagnostic indiscutable. Ce résultat est contraire à celui de l'étude de Khan Ikramullah et Ata Rehman à Pakistan, où ils avaient une prédominance féminine à 61,5% contre 38,5% pour les mêmes catégories. Cette différence pourrait être expliquée en partie par l'inégalité des paramètres étudiés dans le score (ils employaient le score d'Alvarado) (16).

1-1-3 – Aspect de l'appendice en per opératoire :

Un de ces patients n'était pas opéré, car il était diagnostiqué comme plastron .appendiculaire (2.94%).

14 patients étaient déjà au stade d'abcédassions (41.18%).

19, très inflammatoire, hyper vascularisé (55.88%).

Suivant la variation de la position : 24 appendices en position typique, 7 cas en position rétro-caecale, 1 hypogastrique, et 1 appendicite pelvienne.

A noter qu'il n'y avait pas de laparotomie blanche pour cette catégorie. Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude de Flamant Yve en France en 1992, et à l'étude de RAMIREZ en Espagne en 1994 (16). Ceci pourrait s'expliquer par la fiabilité de ce score dans les groupes de population étudiés. Par contre Khan Ikramullah et Ata Rehman observaient 7 cas d'appendices normaux sur 52 malades classés à haut risque d'appendicite qui est expliqué par le mal ajustement du score employé aux populations étudiées (17).

1-2-Les patients qui ont le score de moins cinq à plus deux ou dit « Appendicite douteux » :

1-2-1- Répartition selon l'âge (Figure 7):

La nette prédominance chez les moins de 40 ans pour cette catégorie peut être expliquée par la prévalence des étiologies de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite chez les femmes à l'âge de procréer, comme il a été signalé dans l'étude de MARESCEAUX et MUTTER en 2002 à Strasbourg.

1-2-2- Répartition selon le sexe (Figure 8) :

Il existe une nette prédominance féminine, comme dans les travaux de Khan Ikramullah et Ata Rehman où ils avaient trouvé 54,8% de sexe féminin contre 45,2% au Pakistan, ce qui plaide encore en faveur de la

prévalence de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite chez les femmes et qui n'est pas toujours de l'appendicite comme d'habitude (17).

1-2-3- confrontation en per opératoire :

58 patients ont été opérés.

4 (5.17%) patients ont présentés des abcès appendiculaires.

47 (82.76%) des appendices opérés sont inflammatoires.

4 (6.90%) des appendices sont macroscopiquement normaux.

2 (3.45%) ont présenté des grossesses extra-utérines dont un tubaire et un ovarienne.

En ce qui concerne la variation de la position caecale : 47 appendices sont en position normale, 8 en position retro-caecale.

Au total 7 laparotomies sont Blanches (12.08%). Ces résultats sont très proche de l'étude d'OWEN au Royaume-Unis en 1992 avec 14% mais diffère beaucoup de ceux de l'étude de Khan Ikramullah et Ata Rahman à Pakistan en 2005, où ils avaient trouvé 33% pour les mêmes catégories de malades.

1-3- les patients qui ont le score inférieur ou égal à moins six dits :

« Appendicite non probable » :

1-3-1- Répartition selon l'âge (Figure 9.) :

Comme dans les deux catégories précédentes, d'une part les sujets âgés tolèrent mieux la douleur ainsi, ils ne se présentent au médecin qu'avec un tableau de péritonite, ou d'occlusion intestinale aigue, ... d'autre part les étiologies de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite sont fréquentes chez les femmes en âge de procréer, en l'occurrence, jeunes (11) (14).

1-3-2- Répartition selon le sexe (Figure 10.) :

10 sont de sexe féminin et 06 de sexe masculin ; très similaire aux résultats de Khan Ikramullah et Ata Rehman, où ils avaient 10 féminins et 7 masculins (18).

1-3-3-confrontation en per opératoire :

15 patients ont été opérés et une patiente non opérée pour des raisons gynécologiques. Par contre Khan Ikramullah et Ata Rehman avaient opéré 3 seulement des malades de cette catégorie après une réévaluation du score (18).

Il n'y avait pas, dans notre étude, d'appendicite en stade de complication pour cette catégorie. Par contre, il y en avait 9 appendices inflammatoires (60%), 5 appendices macroscopiquement normaux (33,33%) et une grossesse extra-utérine (6,67%).

Concernant la variation de la position caecale : 13 appendices sont en position typique, et 1 en position pelvienne.

6 (40%) laparotomies blanches.

La plupart des appendicites diagnostiquées et opérées sont des cas vus en consultation externe, ce qui n'est pas le cas dans l'étude d'Ikramullah (18).

1-4- Le score clinico-biologique au CHU de Mahajanga et leur niveaux de performance du mois d'avril au début du mois de novembre 2007 :

Dans notre étude, les performances de ce score sont très différentes d'un patient à l'autre. Pour les patients vus en C.E, les scores étaient bas; ils se trouvent dans les groupes classés « à faible risque d'appendicite »; ce qui ne signifie pourtant pas une faible performance, car dans la littérature, le score était utilisé pour les cas de suspicion d'appendicite aigue admis en urgence, pour éviter les erreurs de diagnostic, mais non pas pour dévier les diagnostics évidents posés par les chirurgiens. Par contre les patients vus S.A.U. avaient des scores très élevés et répondaient à une faible prévalence d'appendicite. Ils sont classés grâce au score comme « à faible risque d'appendicite ». Le score élevé était observé surtout chez les patients de sexe masculin de moins de 40ans. Zierysen l'a confirmé dans ses études car « les scores cliniques apparaissent fiables chez les grands garçons mais le sont beaucoup moins chez les jeunes patients ou chez les filles pubères (19) ». Ce qui correspond exactement à l'arbre décisionnel devant une douleur de la fosse iliaque droite : comme quoi, le tableau typique de l'appendicite est observé chez les hommes jeunes, par contre le tableau

difficile l'est surtout chez les femmes de 15 à 50 ans, ainsi que chez l'homme ou la femme supérieure à 50 ans d'âge (20).

La fréquence de laparotomie blanche rencontrée était de 12,26% contre 6,5% à 25,4%, observés dans les autres séries d'étude de la littérature (voir annexe).

Le pourcentage des appendicites observées dans le groupe classé grâce au score comme « à faible risque d'appendicite » était très élevés dans notre étude, avec 60%, contre nul pour trois des études de la littérature ; alors qu'il était de 3,7% (21) (22) dans l'étude Y. Flamant dans la Revue du Praticien en 1992. Si on ne considère que les patients reçus à l'urgence, le taux des appendicites observés pour les patients classé grâce au score comme à faible risque est de 6,25% soit 1/16 contre 50% pour les patients diagnostiqués par les chirurgiens en consultation externe soit 1/2. On peut dire que la fréquence élevée d'appendicite pour les groupes de patients classés grâce au score comme à faible risque dans notre étude est due surtout aux patients diagnostiqués par les chirurgiens en consultation externe.

Malgré cette prévalence très élevée, aucun de patient de ce groupe n'avait d'appendicite aigue grave, contrairement à celle observée par d'Y. Flamant dans ses études dans la Revue du Praticien en 1992(21).

Dans notre étude, la prévalence de laparotomies négatives était nul dans le groupe classé grâce au score comme « à risque élevé ».

Les résultats de notre étude ont été très encourageants ; d'après certains auteurs, les scores décrits doivent être utilisés comme aides à la décision, et ne sauraient donner une indication opératoire formelle à eux seuls (22)

1-5-Les patients qui ont pratiqué une échographie :

Sept patients ont bénéficiés un examen échographique dont :

- Un cas est en faveur d'une inflammation appendiculaire au service de HGE d'où son transfert au SUSI.
- Cinq patients avaient un aspect échographique abdomino -pelvien normal.
- Un autre présente un épanchement dans le douglas sans autre signe de spécificité.
Tous les malades ayant bénéficiés d'échographie ont été opérés ; seul un malade avait un appendice macroscopiquement normal. Les autres étaient inflammatoires. La littérature rapporte que la fiabilité de l'échographie est dépendante de la qualité du matériel et de l'opérateur (11).

SUGGESTION

Devant le problème diagnostique d'appendicite au Centre Hospitalier Universitaire à MAHAJANGA, nous apportons quelques suggestions.

Le CHU de Mahajanga nécessite la réactualisation d'équipements; un recyclage ou des formations qualifiées du personnel disponible dans les différents services techniques, surtout le service de radiologie, les urgences et la chirurgie.

1-Service Radiologie

Transformation du service de radiologie en centre d'imagerie médicale dotée d'équipement moderne suivant les nouvelles technologies, tel que Scanner ou tomodensitométrie, et IRM ou imagerie par résonance magnétique pour poser des diagnostics dans les cas douteux.

2-Service des urgences

Devant toute suspicion d'appendicite, il ne faut pas omettre d'évaluer le score, comme les autres examens complémentaires utiles, prescrire une échographie en urgence en cas de discordance. : voici un algorithme

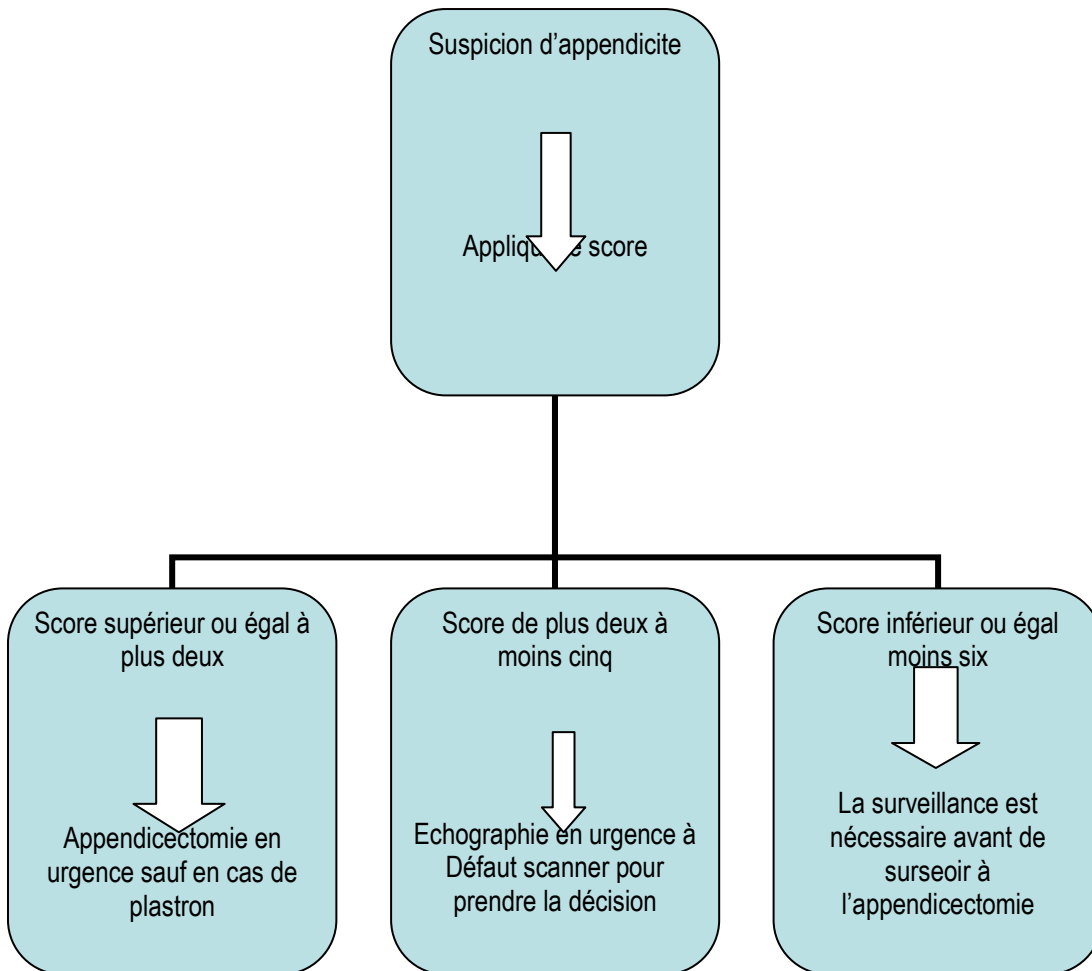


Figure N°.11- Organigramme Hiérarchisé à la recherche de diagnostic de l'appendicite à propos de score.

3-Service de chirurgie et bloc opératoire

Promouvoir la chirurgie laparoscopique ou du moins la coelioscopie pour établir et poser le diagnostic positif d'une appendicite, ceci en vue de prendre la décision thérapeutique adéquate et pour éviter une appendicectomie de travers ou au contraire de méconnaître une urgence devant une appendicite aiguë.

CONCLUSION

Le diagnostic de l'appendicite reste un problème commun pour les nouveaux chirurgiens dans le monde entier, même dans les pays où les outils diagnostics sont considérés comme suffisants le taux de laparotomie blanche était rarement nul ce qui justifie la difficulté de diagnostic. Le score clinico-biologique n'est pas une nouvelle méthode de diagnostic. Les cliniciens prouvent qu'un score validé à partir d'une étude prospective pour un groupe de population bien déterminé est un parfait moyen de diagnostic et très supérieur aux autres outils.

Dans cette série de 110 cas, de patients au CHU de MAHAJANGA pendant une période de six mois, nous avons constaté que :

****Le score utilisé est performant et meilleur pour les groupes de patient reçus à l'urgence qui permet même de poser le diagnostic des appendicites.**

****Par contre il n'était pas performant pour les groupes de patient diagnostiqué en consultation externe comme appendicite.**

Les différents types de performance de ce score dans notre étude permettent-nous de conclure que le score clinico-biologique est prédictif pour mettre au point la suspicion d'appendicite aiguë devant une douleur au niveau de la fosse iliaque droite admis en urgence au CHU de MAHAJANGA, même avant d'appeler le Chirurgien.

La mise en marche d'une recommandation spéciale et efficace pour la meilleure indication opératoire vis-à-vis d'une suspicion d'appendicite au CHU de MAHAJANGA est nécessaire, car une laparotomie blanche revient très chère, non seulement pour le malade mais aussi pour le Chirurgien.

ANNEXE

PATIENT N°01(C .E.)Sexe masculin : +2Age 21 ans :-1Durée des symptômes 3 jours :-3Absence de défense :-3Leucocytes 6 300/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droite. ;Pas de signe génito-urinaire ;SCORE : -8Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice long très inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le 10 avril 2007.Date de sortie le 13 avril 2007 : J3 postopératoire (suite opératoire simple).**PATIENT N°02(C.E.)**Sexe féminin :-1Age 34 ans :-1Durée des symptômes un mois : -3Absence de défense :-3Leucocytes 3800 /mm3 :-3Pas de Masse Rectale droiteSigne génito-urinaire présent :-3SCORE : -14Diagnostic préopératoire : Appendicite non probableDiagnostic per-opératoire : Appendice macroscopiquement sain en position normale ;Appendicectomie le 10 avril 2007Date de sortie le 13 avril 2007 : J3 post- opératoire (suite opératoire simple).

PATIENT N°03(C.E.)Sexe féminin : -1Age 15 ans :Durée des symptômes quatre jours :-3Absence de défense :-3Leucocytes 4700/mm³ :-3Pas de Masse Rectale droite :Pas de Signe génito-urinaire :SCORE :-10Diagnostic préopératoire : Appendicite non probableDiagnostic per-opératoire : Appendice macroscopiquement sain en position normale ;Appendicectomie le 12 avril 2007Date de sortie 15 avril 2007, J3 postopératoire. (Avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite).**PATIENT N°04(R.A.U.)**Sexe masculin : +2Age 26 ans :-1Durée des symptômes 48 heures : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 4800/mm³ :-3Pas de Masse Rectale droitePas Signe génito-urinaireSCORE : +2Diagnostic préopératoire : Appendicite probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice long catarrhale en position normale ;Appendicectomie le 13 avril 2007 ;Date de sortie le 17 avril 2007 ; (J4 post-opératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite).

PATIENT N°05(R.A.U)Sexe masculin : +2Age 17 ans ;Durée des symptômes 48heures : +1Absence de défense : -3Leucocytes 4300 /mm³ :-3Pas de Masse Rectale droite ;Signe génito-urinaire présent (tuméfaction du testicule droite) :-3SCORE :-6Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice long très inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le13 avril 2007 ;Date de sortie : 20 avril 2007, J7 post-opératoire, (avec persistance de la douleur de la fosse iliaque droite, sous l'effet de l'antibiotique : amoxicilline 500, 2 gel fois 2 ; metronidazole 250, 2 Cp fois 2 par jour, la douleur disparu peu à peu d'où le prolongement d'hospitalisation.**PATIENT N°06(C.E.)**Sexe féminin : -1Age18ans ;Durée des symptômes5jours :-3Absence de défense :-3Leucocytes6000/mm³Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE :-10Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice en position typique catarrhale ;Appendicectomie le16avril2007.Date de sortie le 20 avril 2007 ; J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°07 (C .E.)Sexe féminin :-1Age17ans ;Durée des symptômes6jours :-3Absence d'une défense :-3Leucocytes6300/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE :-10Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice en position typique catarrhale ;Appendicectomie le16 avril 2007 ;Date de sortie le 20 avril 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°08(R.A.U)**Sexe féminin :-1Age24ans :-1Durée des symptômes36heures :+2Existence d'une défense : +3Leucocytes 6600/mm3 :-3Pas Masse Rectale droite ;Signe génito-urinaire présent (perte de sang rouge) :-3SCORE :-3Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Grossesse Extra-utérine tubaire droite.Appendicectomie non fait ; Salpingectomie droite le18 avril 2007Date de sortie le23 avril 2007 (J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;**PATIENT N°09(R.A.U)**Sexe féminin :-1Age17ans ;Durée des symptômes 3jours :-3Existence d'une défense : +3Leucocytes4600/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE :-4Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le17 avril 2007 ;Date de sortie le20 avril 2007 ; J3 postopératoire avec disparition complète de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°10(R .A.U.)Sexe féminin:-1Age15ans ;Durée des symptômes36heures:+2Existence d'une défense: +3Leucocytes7200/mm3:-3Pas de Masse Rectale droite,Pas de Signe génito-urinaire,SCORE : +1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice long inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le23 avril 2007Date de sortie le27 avril 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°11(C.E.)**Sexe féminin :-1Age17ans,Durée des symptômes24heures :+2Absence de défense :-3Leucocytes4500/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE :-5Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice très inflammatoire long en position retro-caecale ;Appendicectomie le20 avril 2007Date de sortie le25 avril 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°12(R.A.U)**Sexe féminin :-1Age15ans ;Durée des symptômes36heures :+2Absence de défense :-3Leucocytes8500/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droite.Pas de Signe génito-urinaire.SCORE :-5Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le21 avril 2007Date de sortie le25 avril 2007 ; J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°13(C.E.) _Sexe féminin : -1Age 35ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 7800/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : 0Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice macroscopiquement normale en position typique ;Appendicectomie le 21 avril 2007Date de sortie le 25 avril 2007 ; J4 post-opératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°14(R.A.U)**Sexe féminin : -1Age 17ans ;Durée des symptômes 36 heures : +2Absence de défense : -3Leucocytes 6500/mm³ : -3Pas Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : -5Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice gros très inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le 23 avril 2007Date de sortie le 27 avril 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite. Suite opératoire simple.**PATIENT N°15(R.A.U)**Sexe féminin : -1Age 15ansDurée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 6000/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : +1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Appendicectomie, n'est pas réalisée, on procède à la consultation Gynécologique.Diagnostic après consultation : douleur d'origine Gynécologique (douleur à la cour de l'ovulation)Sortie après traitement antalgique.

PATIENT N°16(R.A.U)Sexe masculin : +2Age 10ans :Durée des symptômes 36heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 16700/mm³Masse Rectale droite présent : -3Pas de Signe génito-urinaireSCORE : +6Diagnostic : Appendicite probable, avec diagnostic retenue comme plastron Appendiculaire :Appendicectomie a différé :Traité médicalement par des antibiotiques : du 24 avril au 28 avril 2007: -ampicilline 1gr fois 2 en IVDL, Genta 40mg fois 2 en IM, Metris 250mg fois 2 en IV. Du 28 avril jusqu'à trois mois de traitement médical : Bristopen 500mg 1gel fois 2 par jour.Date de sortie 07 mai 2007, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite et de la masse.**PATIENT N°17(C.E.)**Sexe masculin : +2Age 23ans : -1Durée des symptômes 3jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes 6960/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : -2Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic :Diagnostic per-opératoire Appendice gros inflammatoire en position normale :Appendicectomie le 26 avril 2007Date de sortie le 30 avril 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°18(C.E.)**Sexe masculin : +2Age 5ans :Durée des symptômes 3jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes 10400/mm³ :Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : +2Diagnostic préopératoire : Appendicite probableDiagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique :Appendicectomie le 24 avril 2007Date de sortie 03 mai 2007, J9 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°19(C.E.)Sexe masculin : +2Age 18ansDurée des symptômes 3 jours : -3Absence de défense : -3Leucocytes 6400/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : -7Diagnostic préopératoire Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire Appendice macroscopiquement normal en position typique ;Appendicectomie le 27 avril 2007Date de sortie 02 mai 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N° 20(R.A.U)**Sexe féminin : -1Age 20ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2Absence de défense : -3Leucocytes 7000/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droiteSigne génito-urinaire présent (leucorrhée) : -3SCORE : -9Diagnostic préopératoire Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice macroscopiquement normal, en position typique ;Appendicectomie le 30 avril 2007Date de sortie le 04 mai 2007, J4 postopératoire, avec disparition partielle de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°21(R.A.U)**Sexe féminin : -1Age 36ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense +3Leucocytes 6300/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : 0Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice gros, long, très inflammatoire en position retro-caecale sous séreux ;Appendicectomie le 01 mai 2007Date de sortie : 04 mai 2007, J3 postopératoire.

PATIENT N°22(C.E.)Sexe masculin : +2Age 36ans : -1Durée des symptômes 4 jours : -3Absence de défense : -3Leucocytes 6100/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droiteSigne génito-urinaire présent : dysurie : -3SCORE : -11Diagnostic préopératoire Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position pelvienne ;Appendicectomie le 01 mai 2007Date de sortie : 05 mai 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°23(R.A.U)**Sexe féminin : -1Age 14ans ;Durée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 17800/mm³ : +2Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : +6Diagnostic préopératoire : Appendicite probableDiagnostic per-opératoire : Appendice abcédé en position typique ;Appendicectomie le 04 mai 2007Date de sortie le 10 mai 2007 ; J6 post-opératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°24(R.A.U)**Sexe féminin : -1Age 33ans : -1Durée des symptômes 3 jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes 4100/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : -4Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice suppurée en position typique ;Appendicectomie le 02 mai 2007 ;Date de sortie le 07 mai 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°25(R.A.U)Sexe féminin :-1Age35ans :-1Durée des symptômes48heures :+1Absence de défense :-3Leucocytes9400/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droiteSigne génito-urinaire présent (Utérus gros) :-3SCORE :-10Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable, malade envoyé en consultation Gynéco obstétrique, résultat : Grossesse Extra Utérine ;Diagnostic per-opératoire : Grossesse Extra Utérine droite ;Appendicectomie n'est pas réalisée. Salpingectomie droite le03 mai 2007.Date de sortie 09 mai 2007, J6 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°26(C.E.)**Sexe masculin : +2Age34ans :-1Durée des symptômes 3jours :-3Absence de défense :-3Leucocytes3200/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : -7Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire Appendice long et très inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le05 mai 2007 ;Date de sortie le10 mai 2007, J5 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°27(R.A.U)Sexe masculin : +2Age 20ans : -1Durée des symptômes 48 heures : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 6500/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : +2Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice long abcdé en position hypogastrique ;Appendicectomie le 06 mai 2007Date de sortie le 10 mai 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°28(C.E.)**Sexe masculin : +2Age 24ans : -1Durée des symptômes 3 jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes 4400/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : -2Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le 08 mai 2007Date de sortie le 11 mai 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°29(R.A.U)**Sexe masculin : +2Age 20ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 8700/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE : +3Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;Diagnostic per-opératoire Abcès Appendiculaire, en position retro-caecale ;Appendicectomie le 10 mai 2007Date de sortie 17 mai 2007, J7 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°30(R.A.U)Sexe féminin :-1Age15ans ;Durée des symptômes48heures : +1Absence d'une défense : -3Leucocytes5400/mm3 :-3Pas de Masse Rectale droitePas de Signe génito-urinaireSCORE :-6Diagnostic : Appendicite non probable, très fortement un syndrome prémenstruel.Appendicectomie n'est pas réalisé, on procède au traitement médical d'urgence, puis elle va rentrer immédiatement.**PATIENT N°31(C.E.)**Sexe féminin : -1Age15ans ;Durée des symptômes36heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes7800/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice très long, très inflammatoire en position normale.Appendicectomie le17 mai 2007 ;Date de sortie le22 mai 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°32(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age24ans : -1Durée des symptômes36heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes5600/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : 0Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position normaleAppendicectomie le17 mai 2007 ;Date de sortie le22 mai 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°33(R.A.U)Sexe féminin :-1Age16ans :Durée des symptômes plus de 3jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes12400/mm3 :Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le21 mai 2007.Date de sortie le24 mai 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°34(C.E.)**Sexe féminin :-1Age30ans : -1Durée des symptômes3jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes8900/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -5Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice long, très inflammatoire en position normale ;Appendicectomie le21 mai 2007 ;Date de sortie le24 mai 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°35(R.A.U)**Sexe masculin : +2Age11ans.Durée des symptômes36heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes15200/mm3 : +3Pas de Masse Rectale droite ;Signe génito-urinaire présent : hernie inguno-scrotale droite :-3SCORE : +7Diagnostic préopératoire : Appendicite probable, plus hernie inguno-scrotale droite ;Diagnostic per-opératoire Abscès Appendiculaire en position typique;Appendicectomie le 21 mai 2007.Date de sortie le27 mai 2007, J6 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°36(R.AU)Sexe féminin : -1Age 22ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 9400/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Signe génito-urinaire présent : brûlure mictionnelle : -3SCORE : -4Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé adhérent au caecum ;Appendicectomie le 18 mai 2007 ;Date de sortie le 24 mai 2007, J6 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°37(R.A.U)**Sexe masculin : +2Age 26ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 10000/mm³ ;Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +6Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;Diagnostic per-opératoire Appendice Abcédé en position typique ;Appendicectomie le 20 mai 2007 ;Date de sortie le 24 mai 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°38 (C.E.)**Sexe féminin : -1Age 15ans ;Durée des symptômes +3 jours : -3Absence de défense : -3Leucocytes 5200/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -8Diagnostic préopératoire : Appendicite non probable ;Diagnostic per-opératoire : Appendice inflammatoire, long en position typique ;Appendicectomie le 25 mai 2007.Date de sortie 29 mai 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°39(R.A.U.)Sexe féminin : -1Age 16ans :Durée des symptômes 4 jours : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes 3400/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -4Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Appendice inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le 25 mai 2007 ;Date de sortie 29 mai 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°40(R.A.U.)**Sexe masculin : +2Age 32ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2Absence de défense : -3Leucocytes 5200/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -3Diagnostic : Appendicite douteux ;Appendicectomie n'est pas réalisée,Date de sortie : 27 mai 2007, le même jour d'entrée après un traitement anti-inflammatoire, la douleur disparaît complètement.**PATIENT N°41(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age 10ans :Durée des symptômes 36 heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 7200/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire : Abscès Appendiculaire en position normale ;Appendicectomie le 05 juin 2007 ;Date de sortie le 09 juin 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°42(R.A.U.)Sexe féminin : -1Age 15ans :Durée des symptômes 48 heures : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 5600/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite :Pas de Signe génito-urinaire :SCORE : 0Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice macroscopiquement normal en position typique ;Appendicectomie 07 juin 2007 ;Date de sortie le 12 juin 2007, J5 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.**PATIENT N°43(R.A.U.)**Sexe masculin : +2Age 16ans :Durée des symptômes 36 heures : +3Existence d'une défense : +3Leucocytes 7100/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +5Diagnostic préopératoire appendicite probable.Diagnostic per-opératoire appendice très inflammatoire, très long en position pelvienne ;.Appendicectomie le 07 juin 2007 ;Date de sortie le 11 juin 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;**PATIENT N°44(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age 21ans : -1Durée des symptômes 36 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6200/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice long et inflammatoire en position normale ;

Appendicectomie le 05 juin 2007 ;

Date de sortie le 08 juin 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°45(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 18ans,

Durée des symptômes 3 jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6500/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -4

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire appendice en position normale long et très inflammatoire ;

Appendicectomie le 14 juin 2007 ;

Date de sortie le 18 juin 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°46(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 26ans : -1

Durée des symptômes 48 heures : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 11500/mm³ ;

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +2

Diagnostic préopératoire Appendicite probable;

Diagnostic per-opératoire : appendice boudiné abcédé court en position retro-caecale ;

Appendicectomie le 10 juin 2007 ;

Date de sortie le 19 juin 2007, J9 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°47(C.E)

Sexe féminin : -1

Age 16ans ;

Durée des symptômes 5 jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7500/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -4

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire appendice très inflammatoire et long en position normale ;

Appendicectomie le 19 juin 2007 ;

Date de sortie le 23 juin 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°48(C.E)

Sexe féminin : -1

Age 18ans ;

Durée des symptômes 4 jours : -3

Absence de défense : -3

Leucocytes 5500/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -10

Diagnostic préopératoire Appendicite non probable ;

Diagnostic per-opératoire appendice très inflammatoire en position typique.

Appendicectomie le 19 juin 2007 ;

Date de sortie le 25 juin 2007, J6 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°49(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 20ans : -1

Durée des symptômes 12heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 16000/mm3 : +3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +6

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position retro-caecale ;

Appendicectomie le 28 juin 2007 ;

Date de sortie le 02 juin 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°50(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 18ans ;

Durée des symptômes : 48heures : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7000/mm3 : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 29 juin 2007 ;

Date de sortie le 02 juillet 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°51(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 32ans : -1

Durée des symptômes 24heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 15800/mm³ : +3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +9

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice abcdé en position retro-caecale ;

Appendicectomie le 03 juillet 2007 ;

Date de sortie le 06 juillet 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°52 (R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 24ans : -1

Durée des symptômes : 6 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +3

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 02 juillet 2007 ;

Date de sortie le 05 juillet 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°53 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 20ans : -1

Durée des symptômes 24 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6200/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 02 juillet 2007 ;

Date de sortie le 05 juillet 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°54 (R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 28ans : -1

Durée des symptômes : 24heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 14400/mm3 : +3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +9

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position normale ;

Appendicectomie le 25 juin 2007 ;

Date de sortie le 28 juin 2007, J3 postopératoire ;

PATIENT N°55(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 42ans ;

Durée des symptômes 12heures : +2

Absence de défense : -3

Leucocytes 4500/mm3 : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -2

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position normale ;

Appendicectomie le 05 juillet 2007 ;

Date de sortie le 08 juillet 2007, J3 postopératoire, avec disparition de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°56(C.E)

Sexe masculin : +2

Age 34ans : -1

Durée des symptômes deux semaines : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 8000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -2

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique.

Appendicectomie, le 02 juillet 2007 ;

Date de sortie, le 05 juillet 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°57(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 23ans : -1

Durée des symptômes : 48heures : +1

Absence de défense : -3

Leucocytes 7900/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -7

Diagnostic préopératoire Appendicite non probable;

Diagnostic per-opératoire Appendice macroscopiquement normale.

Appendicectomie le 11 juillet 2007 ;

Date de sortie le 15 juillet 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°58 (C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 18ans : -1

Durée des symptômes trois mois : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 3000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -5

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position normale ;

Appendicectomie le 13 juillet 2007

Date de sortie le 17 juillet 2007, J4 postopératoire ;

PATIENT N°59(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 50 ans : +3

Durée des symptômes un mois : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 4800/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +2

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice suppurée en position normale ;

Appendicectomie le 12 juillet 2007 ;

Date de sortie le 16 juillet 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°60(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 10 ans ;

Durée des symptômes une semaine : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 14700/mm³ : +3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +2

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position normale ;

Appendicectomie le 12 juillet 2007 ;

Date de sortie le 15 juillet 2007, J3 postopératoire ;

PATIENT N°61 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 17 ans ;

Durée des symptômes 12 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Grossesse extra-utérine ovarienne droite ;

Appendicectomie non fait, Salpingectomie droite plus ovariectomie droite le 14 juillet 2007 ;

Date de sortie le 18 juillet 2007, J4 postopératoire, bonne évolution ;

PATIENT N°62(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 15ans ;

Durée des symptômes six heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 17700/mm³ : +3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +7

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position retro-caecale,

Appendicectomie le 14 juillet 2007 ;

Date de sortie le 18 juillet 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°63(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 19ans ;

Durée des symptômes six heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 8500/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 16 juillet 2007 ;

Date de sortie le 20 juillet 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°64 (C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 17ans ;

Durée des symptômes six jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6200/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -4

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 16 juillet 2007 ;

Date de sortie le 20 juillet 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°65(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 19ans ;

Durée des symptômes vingt jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 5300/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice enflammé en position retro-caecale.

Appendicectomie le 23 juillet 2007

Date de sortie le 26 juillet 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°66 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 28ans : -1

Durée des symptômes trois semaines : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 3800/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -5

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice macroscopiquement normale en position typique.

Appendicectomie le 21 juillet 2007 ;

Date de sortie le 26 juillet 2007, J5 postopératoire.

PATIENT N°67(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 18ans : -1

Durée des symptômes deux jours : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6200/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique.

Appendicectomie le 23 juillet 2007 ;

Date de sortie le 26 juillet 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°68 (R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 27ans : -1

Durée des symptômes 24heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7600/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +3

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position normale ;

Appendicectomie le 23 juillet 2007 ;

Date de sortie le 26 juillet 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°69(R.A.U)

Sexe masculin : +2

Age 24ans : -1

Durée des symptômes 48 heures : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6400/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +2

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position typique ;

Appendicectomie le 26 juillet 2007 ;

Date de sortie le 30 juillet 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°70(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 18ans ;

Durée des symptômes 24 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 14100/mm³ : +3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +7

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 28 juillet 2007 ;

Date de sortie le 30 juillet 2007, J2 postopératoire avec une bonne évolution ;

PATIENT N°71(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 30 ans : -1

Durée des symptômes six heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 10900/mm³ ;

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +6

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 28 juillet 2007 ;

Date de sortie le 31 juillet 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°72(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 45 ans ;

Durée des symptômes un jour : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6800/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 31 juillet 2007 ;

Date de sortie le 03 septembre 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°73(C.E.)

Sexe masculin : +2

Age 28 ans : -1

Durée des symptômes deux mois : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 10000/mm³ :

Pas de Masse Rectale droite :

Pas de Signe génito-urinaire :

SCORE : +1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position retro-caecale ;

Appendicectomie le 03 Aout 2007 ;

Date de sortie le 06 Aout 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°74(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 18ans :

Durée des symptômes dix jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7100/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite :

Pas de Signe génito-urinaire :

SCORE : -1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position normale.

Appendicectomie le 08 Aout 2007 ;

Date de sortie le 12 Aout 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°75(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 24ans : -1

Durée des symptômes deux jours : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position normale.

Appendicectomie le 08 Aout 2007 ;

Date de sortie le 12 Aout 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°76(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 44 ans ;

Durée des symptômes deux jours : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 6000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position retro-caecale.

Appendicectomie le 08 Aout 2007 ;

Date de sortie le 14 Aout 2007, J6 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°77(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 23 ans : -1

Durée des symptômes 24 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 4900/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position typique.

Appendicectomie le 12 Aout 2007 ;

Date de sortie 16 Aout 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite.

PATIENT N°78(R.A.U.)Sexe masculin : +2Age 31ans : -1Durée des symptômes 8heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 3600/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +3Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le 13 Aout 2007 ;Date de sortie le 16 Aout 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;**PATIENT N°79(R.A.U.)**Sexe masculin : +2Age 34ans : -1Durée des symptômes 48heures : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 6500/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +2Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le 15 Aout 2007 ;Date de sortie le 20 Aout 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;**PATIENT N°80(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age 25ans : -1Durée des symptômes une semaine : -3

Existence d'une défense : +3
Leucocytes 9800/mm³ : -3
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -5

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 15 Aout 2007 ;
Date de sortie le 20 Aout 2007, J5 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°81 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1
Age 25ans : -1
Durée des symptômes 24 heures : +2
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 7000/mm³ : -3
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 12 Aout 2007 ;
Date de sortie le 16 Aout 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°82 (R.A.U.)

Sexe masculin : +2
Age 43ans ;

Durée des symptômes 8 heures : +2
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 5500/mm³ : -3
Masse Rectale droite ;
Pas Signe génito-urinaire ;

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;
Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position typique ;
Appendicectomie le 15 Aout 2007 ;

Date de sortie le 20 Aout 2007, J5 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°83(R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 26ans : -1

Durée des symptômes un mois : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 5400/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -2

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position retro-caecale ;

Appendicectomie le 18 Aout 2007 ;

Date de sortie le 22 Aout 2007, J2 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°84 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 26ans : -1

Durée des symptômes un jour : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 5400/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice peu inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 21 Aout 2007 ;

Date de sortie le 25 Aout 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°85(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 16ans ;

Durée des symptômes un jour : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 12700/mm³ :

Pas de Masse Rectale droite :

Pas de Signe génito-urinaire :

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable :

Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position typique :

Appendicectomie le 24 Aout 2007 :

Date de sortie le 28 Aout 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite :

PATIENT N°86 (R.A.U)

Sexe masculin : +2

Age 15ans :

Durée des symptômes 24 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7500/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite :

Pas de Signe génito-urinaire :

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable :

Diagnostic per-opératoire Appendice abcédé en position typique :

Appendicectomie le 26 juillet 2007 :

Date de sortie le 30 juillet 2007, J4 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite :

PATIENT N°87 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 17ans :

Durée des symptômes 12 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 11100/mm³ :

Pas de Masse Rectale droite :

Pas de Signe génito-urinaire :

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position retro-caecale ;

Appendicectomie le22 Aout 2007 ;

Date de sortie le25 Aout 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°88(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age16ans ;

Durée des symptômes deux jours : +1

Existence d'une défense : +3

Leucocytes7200/mm3 : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 23 Aout 2007 ;

Date de sortie le26 Aout 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°89(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age20ans : -1

Durée des symptômes dix jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes7500/mm3 : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -5

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice long et très inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le06 octobre 2007 ;

Date de sortie le09 octobre 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°90(C.E.)

Sexe féminin : -1

Age 20ans : -1

Durée des symptômes quinze jours : -3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7000/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -5

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice long et inflammatoire en position typique,

Appendicectomie le 06 octobre 2007 ;

Date de sortie le 09 octobre 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°91 (R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 26ans : -1

Durée des symptômes 24 heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 5700/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +3

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice peu inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 08 octobre 2007 ;

Date de sortie le 11 octobre 2007, J3 postopératoire avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°92 (R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 17ans ;

Durée des symptômes 6heures : +3

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 3200/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +2

Diagnostic préopératoire Appendicite probable;

Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position retro-caecale.

Appendicectomie le 09 octobre 2007,

Date de sortie le 12 octobre 2007, J3 postopératoire.

PATIENT N°93 (R.A.U.)

Sexe masculin : +2

Age 15ans ;

Durée des symptômes six heures : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 4800/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable,

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 04 octobre 2007 ;

Date de sortie le 08 octobre 2007, J4 postopératoire,

PATIENT N°94 (C.E.)

Sexe masculin : +2

Age 46ans ;

Durée des symptômes vingt jours : -3

Absence de défense : -3

Leucocytes 7360/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite ;

Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -7

Diagnostic préopératoire Appendicite non probable ;

Diagnostic per-opératoire Appendice gros, et très inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 01 octobre 2007 ;
Date de sortie le 05 octobre 2007, J4 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°95 (C.E.)

Sexe féminin : -1
Age 22ans : -1
Durée des symptômes deux mois : -3
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 10700/mm³ :
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -2

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice très inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 01 octobre 2007 ;
Date de sortie le 04 octobre 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°96 (C.E.)

Sexe féminin : -1
Age 16ans ;
Durée des symptômes 24heures : +2
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 6700/mm³ : -3
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;

Appendicectomie le 30 septembre 2007 ;
Date de sortie le 03 octobre 2007, J3 postopératoire, avec disparition complète de la douleur de la fosse iliaque droite ;

PATIENT N°97(R.A.U.)Sexe féminin : -1Age15ans :Durée des symptômes deux jours : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 4600/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : 0Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice non inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le10 octobre 2007Date de sortie le 13 octobre 2007, J3 postopératoire.**PATIENT N°98(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age10ans :Durée des symptômes six heures : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes7800/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice inflammé en position typique,Appendicectomie le10 octobre 2007,Date de sortie le 15 octobre 2007, J5 postopératoire.**PATIENT N°99(C.E.)**Sexe féminin : -1Age24ans : -1Durée des symptômes deux mois : -3Existence d'une défense : +3

Leucocytes 7400/mm3 : -3
Pas de Masse Rectale droite
Pas de Signe génito-urinaire

SCORE : -5

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice inflammé en position typique ;
Appendicectomie le 11 octobre 2007 ;
Date de sortie le 14 octobre 2007, J3 postopératoire.

PATIENT N°100(R.A.U.)

Sexe féminin : -1
Age 17ans ;
Durée des symptômes 24 heures : +2
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 7100/mm3 : -3
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 11 octobre 2007 ;
Date de sortie le 14 octobre 2007, J3 postopératoire.

PATIENT N°101(R.A.U.)

Sexe féminin : -1
Age 18ans ;
Durée des symptômes huit heures : +2
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 11000/mm3 ;
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : +4

Diagnostic préopératoire Appendicite probable ;
Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 11 octobre 2007
Date de sortie le 14 octobre 2007, J3 postopératoire.

PATIENT N°102(R.A.U.)

Sexe masculin : +2Age 36ans : -1Durée des symptômes deux jours : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 7500/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +2Diagnostic préopératoire Appendicite probable;Diagnostic per-opératoire Appendice gros long, très inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le 11 octobre 2007 ;Date de sortie le 14 octobre 2007, J3 postopératoire.**PATIENT N°103(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age 16ans ;Durée des symptômes un jour : +2Existence d'une défense : +3Leucocytes 6600/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : +1Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position typique ;Appendicectomie le 14 octobre 2007 ;Date de sortie le 19 octobre 2007, J5 postopératoire.**PATIENT N°104(R.A.U.)**Sexe féminin : -1Age 16ans ;Durée des symptômes deux jours : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 6000/mm3 : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice long, inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 15 octobre 2007,
Date de sortie le 20 octobre 2007, J5 postopératoire.

PATIENT N°105(R.A.U.)

Sexe féminin : -1
Age 16 ans ;
Durée des symptômes deux jours : +1
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 7000/mm³ : -3
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice long, gros, en stade pré-nécrotique en position retro-caecale ;
Appendicectomie le 15 octobre 2007 ;
Date de sortie le 20 octobre 2007, J5 postopératoire.

PATIENT N°106(C.E.)

Sexe masculin : +2
Age 42 ans ;
Durée des symptômes deux mois : -3
Existence d'une défense : +3
Leucocytes 4660/mm³ : -3
Pas de Masse Rectale droite ;
Pas de Signe génito-urinaire ;

SCORE : -1

Diagnostic préopératoire : Doute entre appendicite et autre diagnostic ;
Diagnostic per-opératoire Appendice gros, long, inflammatoire en position typique ;
Appendicectomie le 17 octobre 2007 ;
Date de sortie le 21 octobre 2007, J4 postopératoire.

PATIENT N°107(C.E.)Sexe féminin : -1Age 19ans ;Durée des symptômes deux jours : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 5200/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : 0Diagnostic préopératoire doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice œdémateux long et très inflammatoire en position normale.Appendicectomie le 07 novembre 2007.Date de sortie le 10 novembre 2007, J3 postopératoire.**PATIENT N°108(C.E.)**Sexe féminin : -1Age 18ans ;Durée des symptômes une semaine : -3Existence d'une défense : +3Leucocytes 7300/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -4Diagnostic préopératoire doute entre appendicite et autre diagnostic ;Diagnostic per-opératoire Appendice long et inflammatoire en position normale.Appendicectomie le 07 novembre 2007.Date de sortie le 10 novembre 2007, J3 postopératoire.**PATIENT N°109(C.E.)**Sexe féminin : -1Age 23ans : -1Durée des symptômes deux jours : +1Existence d'une défense : +3Leucocytes 4300/mm³ : -3Pas de Masse Rectale droite ;Pas de Signe génito-urinaire ;SCORE : -1Diagnostic préopératoire doute entre appendicite et autre diagnostic ;

Diagnostic per-opératoire Appendice inflammatoire en position normale.

Appendicectomie le 08 novembre 2007.

Date de sortie le 12 novembre 2007, J4 postopératoire.

PATIENT N°110(R.A.U.)

Sexe féminin : -1

Age 36 ans : -1

Durée des symptômes un jour : +2

Existence d'une défense : +3

Leucocytes 4600/mm³ : -3

Pas de Masse Rectale droite :

Pas de Signe génito-urinaire :

SCORE : 0

Diagnostic préopératoire doute entre appendicite et autre diagnostic :

Diagnostic per-opératoire pas d'appendice inflammatoire, Adhérence +++ des viscères à la paroi, poly adénopathies mésentérique (suspicion de Tuberculose Iléo-caecale)

Intervention : Prélèvement biopsique du ganglion mésentérique du 08 novembre 2007.

Date de sortie le 12 novembre 2007, J4 postopératoire.

Tableau n°4 : Etude de scores clinico-biologique prédictifs d'appendicite aiguë dans les douleur de la fosse iliaque droite.

Étude	Pays	Établissement du score	Nombre de patients ayant servi à la validation prospective	Âge des patients	Nombre d'appendicectomies	Nombre de critères du score	Appendices sains	Appendicectomies compliquées	Appendicites dans le groupe à faible risque
Fenyo, 1987 (29)	Suède	Étude rétrospective sur 259 patients à partir de la même étude	830	Adultes	310	19	17,4 %	14 %	55 % (25/45)
François, 191 (30)	France	Étude rétrospective sur 182 patients à partir d'une autre étude*	492	Adultes + Enfants	208	7	18,75 %	22,5 %	0 % (0/196)
Christian, 1992 (31)	Inde	Étude rétrospective sur 59 patients avec groupe contrôle	58	Adultes + Enfants	46	5	6,5 %	6,9 %	0 % (0/12)
Owen, 1992 (32)	Royaume-Uni	Non validé, à partir d'une autre étude**	215	Adultes + Enfants	145	8	14,5 %	18 %	7,5 % (6/80)
Flamant, 1992 (18)	France	Étude rétrospective sur 2 315 patients, à partir de la même étude	499	Adultes + Enfants	381	3	25,4 %	25 %	3,7 % (2/54)
Ramirez, 1994 (33)	Espagne	Étude rétrospective sur 360 patients à partir de la même étude	166	Adultes	166	15	19,3 %	–	0 % (0/15)

* Teicher, 1983 (145) ; ** Alvarado, 1986 (146) ; – – non précisé. La dernière colonne du tableau correspond au nombre d'appendicites observées dans le groupe déterminé comme « à faible risque d'appendicite » à partir du score.

Tableau n°05. - Evaluation de la prévalence de l'appendicite aigue, des appendicectomies pour appendice sain, et du taux de complications dans 14 séries d'appendicectomie de la littérature

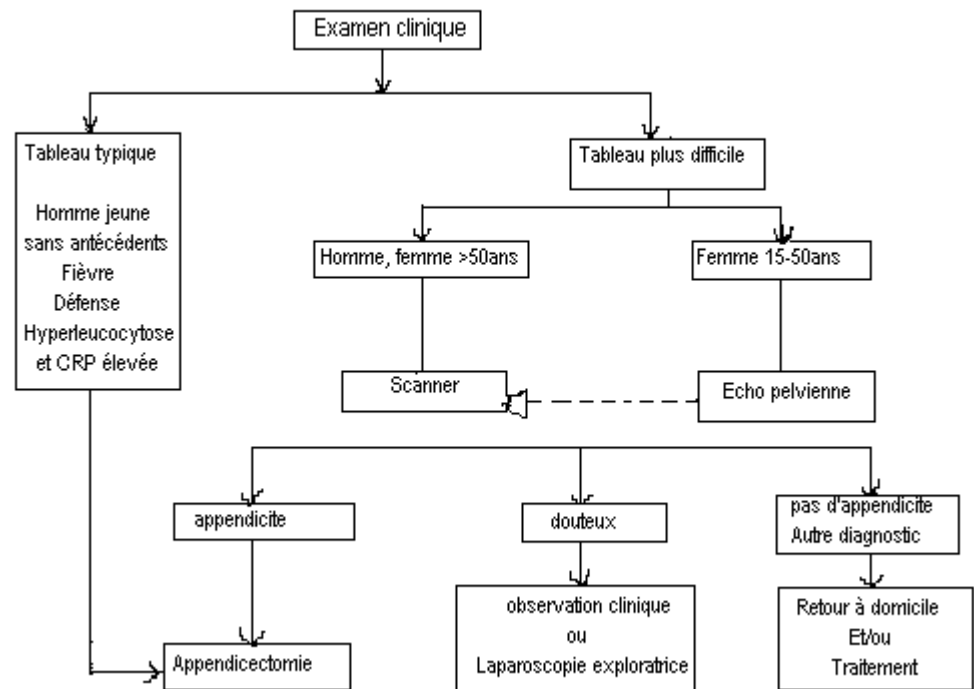
Étude	Type de l'étude	Nombre de patients	Âge des patients	Appendicites	Appendices sains	Appendicites simples	Appendicites perforées	Laporo- mies négatives	Complica- tions post- opératoires (CPO)	CPO si appendice sain	CPO si appendice perforé
Lewis, 1975 (3)	R	1 000	A + E	79,9 % (799)	20,1 % (201)	56,1 % (561)	21,1 % (211)	–	8,5 %	4 %	17,5 %
Jess, 1981 (4)	P	202	A + E	70 % (142)	30 % (60)	84 % (119)	16 % (23)	27 % (54)	11 %	4 %	39 %
Pleper, 1982 (5)	R	1 018	A + E	67,6 % (688)	32,4 % (330)	80,5 % (554)	19,5 % (134)	28,3 % (288)	17,8 %	14,5 %	48,4 %
Lau, 1984 (6)	P	938	A + E	88,6 % (831)	11,4 % (107)	81 % (673)	19 % (158)	11,3 % (94)	–	–	–
Stringel, 1987 (7)	P	414	E	85,8 % (355)	14,2 % (59)	78 % (278)	22 % (77)	7,8 % (28)	0,3 %	–	–
Young, 1989 (8)	R	196	A + E	94 % (183)	6 % (12)	37 % (67)	36 % (51)	–	–	0 %	15,4 %
Thompson, 1992 (9)	P	54	A + E	67 % (36)	33 % (18)	72 % (26)	19,5 % (7)	11 % (6)	–	–	–
Dolgin, 1992 (10)	P	100	E	93 % (93)	7 % (7)	78,5 % (73)	21,5 % (20)	–	–	–	–
Groebli, 1993 (11)	P	73	A + E	68 % (50)	32 % (23)	86 % (43)	14 % (7)	23,2 % (17)	–	–	–
McLean, 1993 (12)	R	578	–	73 % (420)	27 % (158)	83 % (347)	17 % (73)	25 % (144)	–	–	–
Surana, 1993 (13)	P	695	E	86 % (600)	14 % (95)	82 % (494)	18 % (106)	–	4,3 %	–	–
Linz, 1993 (14)	R	119/107*	–	90 % (107)/ 84 % (90)	10 % (12)/ 16 % (17)	66 % (71)/ 58 % (52)	34 % (36)/ 42 % (38)	7,6 %/ 12,1 %	–	–	–
Andersson, 1994 (15)	R	3 029	–	69 % (2 100)	31 % (929)	84 % (1 770)	16 % (330)	27 % (824)	–	–	–
Temple, 1995 (16)	P	95	A	86,3 % (82)	13,6 % (13)	82 % (67)	18 % (15)	–	–	–	–

P – prospective ; R – rétrospective ; A – adultes ; E – enfants ; – – non précisé. Les valeurs entre parenthèses correspondent au nombre de cas. * Dans cette étude, deux séries successives sont évaluées. Les laparotomies négatives correspondent aux appendicectomies dans lesquelles l'appendice n'est pas inflammatoire, sans autre cause chirurgicale retrouvée. Le taux de perforations est calculé par rapport au nombre d'appendicites (et non d'appendicectomies) dans chaque série.

Tableau n°06. – Extrait du Guide de bon usage des examens complémentaire du SAU de Haute pierre

SITUATION CLINIQUE	BIOLOGIE	IMAGERIE	DELAI	COMMENTAIRES
Appendicite ?	NFP, CRP	ASP	non	NB : le Dg d'appendicite est le plus souvent clinique (cf. score clinico-biologique) Imagerie inutile si Dg évident chez l'homme jeune
		ECHO	4h	De 1^{ère} intention chez femme 15-50ans, ou si doute avec pathologie gynéco et chez sujet maigre
		Scanner AI	4h, si	Signe de gravité (masse à la palpation, empâtement, etc....) ou terrain fragile (corticothérapie, diabète...)avec les résultats biologiques (GB, CRP) sur le bon de Rx
			24h, si	..doute de diagnostic persistant [cf. arbre décisionnel AFP 2004]

Figure 12. Arbre décisionnel devant une douleur de la fosse iliaque droite, Bresler, AFC, 2004



LES REFEEENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 01-Hay JM, Flamant Y, ARC, AURC
Appendicite. *Rev Prat* : 1992; 42669, 715.
- 02-Alexandre P
Maladies de l'appendice, Résumé et Références ; 1998 Elsevier Masson
Traité de Médecine Akos [4-0565]
- 03- Luis G L., Philippe D, Le défi est de taille!
Le diagnostic de l'appendicite par l'omnipraticien,
LE CLINICIEN, octobre 2002, P107-112.
- 04-Andrianarijaona B.
Contribution à l'étude épidémiologique des appendicites à Mahajanga,
Janvier 1996, P.1-36.
THESE de Médecine MAHAJANGA
- 05-Koumare A, Traore I, Ongoiba N, Trare A, Simpara D, Dialloa
Les appendicites à BAMAKO (Mali)
MEDECINE D'AFRIQUE NOIRE 40, 4, P.259-262, 1993
- 06-Adolf M. et Schloegel M. –Appendicite-EMC Estomac-Intestin,
9066A10, 1989; 10, 1.
- 07-Simpson J, Humes D, Acute Appendicitis, BMJ 2006, 333 : 530-534.
- 08-Perlemuter L, Walligora J ;
Caecum et appendice, anatomie descriptive et rapports
CAHIER D'ANATOMIE, ABDOMEN II, MASSON, 3è Edition, 1970, P7-13.
- 09- Rouviere H, Delmas A.
Anatomie Humaine, TRONC, Tome 2, 1992, P.106-112.
- 10- Monod C L et DUHAMEL B.
Schémas d'anatomie, ABDOMEN (6), 1967, P.111-112.
- 11- Mutter D, Maresceaux J,
Chirurgie A, Hôpital Civil, 1, Place de l'hôpital, 67091 STRASBURG (280 à 286).
Appendicites agues
ITEM 224. MODULE 14. 2002.
- 12-Baesley SW. Can we improve diagnosis of acute appendicitis? BMJ. 2000; 321: 907-8
- 13-Hoffmann J, Rasmussen oo. Aids in the diagnosis of acute appendicitis. Br J Surg 1989;
76: 697-700.
- 14-Dombal FT de, Leaper DJ, Horrocks JC, Staniland JR, MC Cann AP. Human and
computer-aided diagnosis of abdominal pain:
Further report with emphasis on performance of clinicians. BMJ 1974; 1: 376-380.
- 15- Teicher, François. Score prédictif clinico-biologique de l'appendicite aiguë.
Guide des examens complémentaires aux urgences adultes, SAU Hôpital de
Hautepierre. 2004; 34 – 35

- 16-Flamant Y, Langlois Z, Barge J.
Appendicectomies discutables. Rev Prat 1992 ; 42 : 697-700.
- 17- Fingerhut E et al. Appendicite ou douleur non spécifique de la fosse iliaque droite ?
LA REVUE DU PRATITIEN 2001 ; 51 : 1654-56.
- 18- Khan I, Ata R,
Candidature d'Alvarado scoring system.
J AYUB MED COLL ABBOTTABAD 2005; 17(3)
- 19- Zierysen F, Gauquier N, Dassonville M, Avni F,
L'appendicite : Quelle imagerie ? ZIEBRU, juin 2002 ; P1-2
- 20- Jean BSR,
TRANSPPOSITION DU GUIDE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DU SAU-URGENCES ADULTES DE HAUTEPIERRE
(STRASBOURS) A UN GUIDE DE PRISE EN CHARGE OPTIMISEE DES URGENCES DE MAJUNGA (MADAGASCAR)
MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE
PEDAGOGIE MEDICALE, 2006, p24.
- 21- Flamant Y, Langlois Z O, Barge J.
Appendicectomies discutables.
REVUE DU PRATITIEN 1992 ; 42 :697-700.
- 22- Fagniez P L,
Recommandations et Références médicale ; supplément n°39 du novembre 2006, P4-5.
LE CONCOURS MEDICAL

VELIRANO

Eto anatrehan'ireo Mpampianatra ahy eto amin'ny toeram-pampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara-nianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho amin'ny anaran'Andriamanitra ao amin'i Jesoa Kristy fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra nohon'ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na ovina na ovina ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avela hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoronina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàna ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha manatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy rabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

Nom: DANIEL
Prénom: Tombotiana Aymar

Titre de la thèse: **LE SCORE CLINICO-BIOLOGIQUE POUR LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MAHAJANGA.**

THESE DE DOCTORAT MEDECINE GENERALE MAJUNGA 2008 N°

Format 21*29.7
Nombre de pages : 87
Nombre de références bibliographiques : 22
Nombre de pages bibliographiques : 02
Nombre de figures : 12
Nombre de tableaux : 06

Résumé :

Les erreurs possibles de diagnostics devant une suspicion d'appendicite sont à considérer. La validation du score clinico-biologique dans un groupe de population a toujours nécessité une étude prospective sérieuse. L'étude présentée a été faite dans le CHU de Mahajanga mais elle ne doit en aucun cas être généralisée. Nous espérons que ce travail approfondi et novateur améliorera la qualité de prise en charge des suspicions d'appendicite au CHU de MAHAJANGA.

Mots clés : **Appendicite**
Appendicite aigue
Diagnostic
Score Clinico-biologique des Appendicites

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pathologie digestive

JURY :

Président : Professeur ZAFISAONA GABRIEL
Juges : Professeur RALISON Andrianaivo
Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel
Directeur et Rapporteur : Docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste

Adresse de l'auteur : Lot-RH-44-A Andampy ANTALAHA (206), E-mail : tombotiana@yahoo.fr
Tél +261320475358