

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple -Un But -Une Foi

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

ANNEE ACCADEMIQUE: 2013- 2014



N°...../M

TITRE

**ABCES APPENDICULAIRE DANS LE SERVICE
DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL
TOURE.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le..... /...../ 2014

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

Mme. Maimouna TOLO

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Djibo DJANGO

Membres : Dr. KOUMARE

Co-directeur : Dr. Alassane TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Gangaly DIALLO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA †** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **IBRAHIM I. MAIGA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **MAHAMADOU DIAKITE**- MAITRE DE CONFERENCE

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** -
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA †	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie

Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
2. MAITRES DE CONFERENCES	
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO †	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie

Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale Chef de DER

Mr Ibrahim I. MAIGA

Bactériologie – Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE

Histoembryologie

Mr Mahamadou A. THERA

Parasitologie -Mycologie

Mr Djibril SANGARE

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Guimogo DOLO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Cheik Bougadari TRAORE

Anatomie-Pathologie

Mr Bokary Y. SACKO

Biochimie

Mr Bakarou KAMATE

Anatomie Pathologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA

Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
Médicale

Biologie, Parasitologie Entomologie

Mr Moussa FANE

Parasitologie Entomologie

Mr Issa KONATE

Chimie Organique

Mr Hama Abdoulaye DIALLO

Immunologie

Mr Mamoudou MAIGA

Bactériologie

Mr Harouna BAMBA

Anatomie Pathologie

Mr Sidi Boula SISSOKO

Hysto-Embryologie

Mr Bréhima DIAKITE

Génétique

Mr Yaya KASSOUGUE

Génétique

Mme Safiatou NIARE

Parasitologie

Mr Abdoulaye KONE

Parasitologie

Mr Bamodi SIMAGA

Physiologie

M. Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
M. Sanou Khô Coulibaly	Toxicologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses Chef de DER
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE †	Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophtalmologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie, Chef de D.E.R.
-------------------	--------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

Mr Abdrahamane ANNE Bibliotheconomie-Bibliographie

Mr Abdrahamane COULIBALY Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques

Mr Modibo DIARRA Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu

Mr Cheick O. DIAWARA Bibliographie

Mr Ousmane MAGASSY Biostatistique

Mr Ahmed BAH Chirurgie dentaire

Mr Mody A CAMARA Radiologie

Mr Bougadary Prothèse scellée

Mr Jean Paul DEMBELE Maladies infectieuses

Mr Rouillah DIAKITE Biophysique et Médecine Nucléaire

Mme Djénéba DIALLO Néphrologie

Mr Alou DIARRA Cardiologie

Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie

Mme Assétou FOFANA Maladies infectieuses

Mr Seydou GUEYE Chirurgie buccale

Mr Abdoulaye KALLE Gastroentérologie

Mr Amsalah NIANG Odonto-Préventive et sociale

Mr Mamadou KAREMBE Neurologie

Mme Fatouma Sirifi GUINDO Médecine de Famille

Mr Alassane PEROU Radiologie

Mme Kadidia TOURE Médecine dentaire

Mr Oumar WANE Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ❖ ALLAH le Miséricordieux, le très Miséricordieux.

<< Gloire à toi ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'Omniscient, le sage >> Sourate 2, Verset 32(le Noble Coran)

Louange et gloire à Dieu le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail. Et que la grâce, le salut, le pardon et les bénédictions d'Allah soient accordés au meilleur de ses créatures, notre prophète et sauveur Mohamed ibn Abdoullah ibn Abdelmoutalib. Ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons. et également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier.

- ❖ Ce travail est la consécration de plusieurs années d'étude au cours desquelles désillusion, découragement et succès ont été tour à tour au rendez-vous. Au fil des années, cette impatience s'est émoussée mais la soif de connaissance est demeurée intacte. Je profite de cette occasion pour te remercier d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui !

A mon PERE AMADOU DIADIE TOLO, ami et complice. On ne choisit pas ses parents, mais pourtant je suis particulièrement fier et heureuse de vous avoir comme papa.

Votre courage, votre dévouement, votre loyauté et votre bonté font de vous un père model et digne.

Vous m'avez inculqué les valeurs de la dignité, de la justice, de l'honneur, du respect et de la probité. Vous avez cultivé en nous un esprit de partage et de tolérance .chers père vous vous êtes distingué par la simplicité, le sérieux, et la bienfaisance envers les autres. Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de vos enfants. Votre participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable; que ce travail, un parmi d'autres, soit l'un des gages de mon affectueuse reconnaissance.

Que Dieu vous accorde de longues années de vie afin que vous puissiez jouir pleinement des fruits de vos sacrifices.

A ma MERE ALIYA TRAORE : maman !!!

Avec toi, je comprends aisément la portée de la pensée qui dit «Dieu n'aurait pu être partout, par conséquent il créa les mères». Cette mère inlassable, cette force, ce réconfort que tu demeures pour nous.

Les simples mots venant de ma bouche ne sauraient suffire pour exprimer toute mon affection pour toi. Je te dois ma réussite. Tes bénédictions n'ont pas été vaines et resteront pour moi toujours indispensables. Ce travail est le fruit de tes prières. Puisse Dieu le tout puissant nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier du fruit de ta patience. Amen!

❖ **A mon âme-sœur, époux, ami, confident, frère et père :**

DR ALY DAOUDA OUOLOGUEM cher mari tu as été plus qu'un mari pour moi, car comme on le dit «le cœur ne dort mieux quand il y a un espoir de soutien». Tu as toujours été là aux moments difficiles. Ton savoir-faire, ton savoir vivre et ta persévérance dans les épreuves m'ont beaucoup impressionné, que Dieu puisse nous aider dans l'accomplissement de la mission qui nous ai confié, nous accorder longue vie et une meilleure vie conjugale. *JE T'AIME DADI*

❖ **A ma fille chérie DINKORMA OUOLOGUEM : Dina**

Tu m'as donné la joie de vivre. Tu es le plus beau cadeau que Dieu m'as offert, ce travail est letient puisse ALLAH te donner long vie et nous accorder ton père et moi la chance de te voir grandir ! Bisou

❖ **A mes frères et sœur :Batoma ,Mami ,levieux ,Madani, Nani, Mariam, Badra, Dili, Awa ,Chaka,**

Aujourd'hui est pour moi le jour de vous faire une révélation :je ne peux pas avoir mieux comme frères et sœurs vous n'avez jamais cessé de me soutenir et de m'accompagner durant tout ce temps, votre présence n'a jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de nos efforts communs car sans

vos encouragements et votre soutien je n'en serai pas là. Le bon Dieu nous prête longue vie car le meilleur reste à venir.

A mes oncles et tantes : Hawa Tolo, Hadji Tolo, gogo Tolo, Djeneba tolo ,Abdoulaye Tolo ,Mamoudou Tolo , Moustaf Tolo Vous avez, tous autant que vous êtes, été pour moi des tantes et des oncles exemplaires, ce travail est le vôtre , soyez assurés de ma profonde affection.

❖ **A ma grande mère : Feu AYE TOLO**

Après de toi j'ai toujours retrouvé amour et réconfort, tu nous a quittés laissant un vide dont personne ne pourrai combler, tu nous as enseigné la bonté et l'amour du prochain tu as toujours œuvré pour la paix et l'harmonie dans la famille !je me rappelle encore la première fois que tu m'avait appelé DOCTEUR

Aujourd'hui ou que tu sois, je sais que tu es fière de moi, je te dit merci le cœur plein d'émotions et de reconnaissance. Repose en paix. Amen !

❖ **A ma jumelle Aminata cissé « FIFI »**

Ta combattivité, tes ambitions, ta croyance et ton courage font de toi une femme de cœur et une amie respectable. Ton soutien sans relâche, ton amour inconditionnel, tes prières, tes conseils m'aident à aller de l'avant et d'affronter les épreuves de la vie .

T'avoir dans ma vie est une bénédiction. Ce travail est à ton honneur; Qu'il soit le témoignage de mon affectueuse amitié!

❖ **A mes sœurs ARA, AMI, FATI, ASTOU, DAOULATA, BELLA ET MAI KEITA**, vous avez toujours été là pour moi prête à m'écouter et à me conseiller merci pour tous. Que ma joie d'aujourd'hui soit aussi la vôtre .Soyons et restons plus unis et pour toujours .Vous aviez toujours prié pour ce jour. Puisse Dieu le Tout-puissant promouvoir chacun de vous. Profonde affection fraternelle.

- ❖ A frères **BARA et DIEOUROU** plus que des amis vous avez été pour moi des frères et des assistants, votre courtoisie votre bienveillance, et votre intelligence font de vous des hommes remarquables. votre soutien sans faille ne m'a jamais fait défaut, vous m'avez donné tout ce qu'on peut attendre d'un frère. Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.
- ❖ A toute la grande famille **TOLO et BERTHE** retrouver ici ma profonde gratitude à votre égard. Puissent Dieu nous accord sa grâce éternelle.
- ❖ A ma belle-famille **OUOLOGUEM** retrouver la mes respects inconditionnels puissent Dieu bénir notre unions

REMERCIEMENTS

Au Pr GANGALY DIALLO

Cher maître, vous êtes l'initiateur de ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour sa réussite. Votre intégrité, votre disponibilité, votre rigueur, votre courage et votre sens social ont fait de vous un exemple à suivre.

Auprès de vous, nous avons acquis l'amour pour la recherche scientifique. Plus qu'un père, vous êtes un éducateur, nous avons été fiers de compter parmi vos élèves en espérant ne vous avoir pas déçu.

Aux deux nouveaux Professeurs du service **Pr LASSANA KANTE, Pr PIERE A TOGO** : chers maîtres, vous avez contribué à l'élaboration de ce travail sans réserve, sans jamais faire preuve d'impatience à mon égard, votre intégrité, votre disponibilité, votre rigueur, votre courage, et votre sens social élevé ont fait de vous des maîtres admirés.

Retrouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A tous les Maîtres assistants et à tous les chirurgiens du service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE :

DR DIAKITE IBRAHIM, DR DEMBELE BT, DR TRAORE ALHASSANE, DR KAREMBE, DR MADIASSA KONATE, DR AMADOU TRAORE, DR KELLY

Vous êtes pour nous des modèles. Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que vos leçons d'humilité. Aujourd'hui nous vous disons merci de cœur plein d'émotions et de reconnaissance.

A mon groupe d'étude : Lala, Rama, Adama, Ara, Zara, Bissan Chata merci pour l'ambiance et le cadre créé pour la bonne marche et la réussite collective du groupe. Retrouver ici le fruit du travail commun. Puisse Allah nous réunir dans le futur sur un projet commun et grandiose ou la combinaison de nos efforts

aboutira à une merveille.

A mes aînés, mes promotionnaires, et mes cadres du service : vous avez été très sympathique et courtois envers moi toujours prêt à rendre service vos bonnes œuvres à mon égard vous place au rang de frère aujourd'hui.
Que Dieu nous donne longue vie et nous laisse unis à vie.

Aux secrétaires du service vous m'avez accepté et aimé sans condition retrouver ici ma profonde gratitude.
Puisse Dieu consolider d'avantage nos liens.

A tous les étudiants de la FMPOS, bon courage et bonne chance car au bout de l'effort apparait le succès.

A tout le corps professoral de la FMPOS
Pour l'enseignement de qualité et l'initiation professionnelle que vous nous avez dispensé. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A tous ceux qui m'ont aidé et soutenu de pres ou de loin, vous etes egalment gravés dans mon cœur , merci infiniment.

A mon pays le Mali

Très chère patrie, tu m'a vu naitre, grandir, et tu m'as permis de faire mes premier pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi mon cher Mali. Puissent tes fils vivre en parfaite harmonie jouissant de ton développement socio sanitaire et à ton épanouissement. Que Dieu me donne la force et le courage de te servir avec loyauté et dévouement.

Que le Tout Puissant t'accorde paix et prospérité. Amen

A notre Maitre le Professeur Djibo DJANGO: Président du jur

Maitre de conférences agrégé en Anesthésie réanimation a la FMOS

Chef de département d'anesthésie réanimation-médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré

Chef de service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré

Secrétaire général de la société d'Anesthésie réanimation médecine d'urgence du mali (SARMU-Mali)

Membre de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR)

Membre de la société française de médecine d'urgence

- Cher Maitre, la spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury nous a beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité font de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maitre, nous vous souhaitons du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences.

Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

A notre Maitre et Juge le Dr Sékou KOUMARE

Praticien hospitalier en chirurgie A au CHU du Point G

Chirurgien au CHU du Point G

Membre de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA)

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)

Chargé de cours a l'institut National de formation en science de la santé

Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait.

Votre simplicité et votre modestie ont contribué à l'élaboration de ce travail. Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique et dans le monde.

Cher Maitre trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance .que Dieu vous assiste.

A notre Directeur de thèse : le Professeur Gangaly DIALLO

-Professeur titulaire en chirurgie viscérale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

-Chef de département de chirurgie du CHU Gabriel TOURE,

-Général de brigade des forces armées du Mali.

-Chevalier de l'Ordre de Mérite de la santé,

-Président de la SOCHIMA (Société de Chirurgie du Mali)

-Secrétaire général de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone ;

-Cher Maître, votre abord agréable a facilité notre insertion dans le service.

Votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre humanisme, joints à votre modestie font de vous une référence dans le monde de la santé.

A présent, pour nous le défi est unique : celui de vouloir et de pouvoir devenir des hommes de santé complets au sens le plus élevé du mot, des hommes capables de prouver partout où ils seront qu'effectivement ils sont de votre école car nous restons convaincus qu'est fertile toute terre quand on est fils de bon Paysan.

Recevez ici cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que Dieu vous assiste encore longtemps au service et au secours de vos semblables.

A notre Maitre et Co- Directeur de thèse : Docteur Alhassane TRAOR

Maitre de conférences en chirurgie générale a la FMOS

Chirurgien, praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré

Titulaire d'un master en chirurgie Hépato-bilio-pancréatique a l'institut Hépato-bilio-pancréatique du Pr HENRI BISMITH a Paul Brousse à Paris

Membre de la société internationale de hernie

Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)

Cher Maitre, parler de vous nous donne envie de paraphraser quelqu'un en disant qu' « aux âmes bien nées, la valeur n'attend point l'âge » c'est avec beaucoup de patience et de disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Votre caractère social, vos qualités de rassembleur, associés à vos talents de Chirurgien sont à la base de l'instauration de ce climat de confiance entre vous et vos élèves. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire.

Soyez rassuré cher Maitre de notre dévouement et notre grandiose admiration.

Que la sagesse de l'Eternelle pèse sur votre parcours.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASP= Abdomen sans préparation

ATCD= Antécédent

CH G = Chirurgie générale

CHU= Centre hospitalier Universitaire

°C= Degré Celsius

DES= Diplôme d'Etudes Spécialisées

FID= Fosse iliaque droite

FIG=Fosse iliaque gauche

GT= Gabriel TOURE

HIV= Virus d'immunodéficience humaine

HTA= Hypertension Artérielle

ISO= Infection du Site Opératoire

NFS= Numération Formule Sanguine

SAU= Service d'Accueil des Urgences

UHCD= Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UGD= Ulcère Gastro Duodénal

TDM= Tomodensitométrie

TR= Toucher Rectal

TV= Toucher Vaginal

PLAN

1- INTRODUCTION

2- GENERALITES

3- METHODOLOGIE

4- RESULTATS

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8- ANNEXES

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

SOMMAIRE

1-Introduction.....	1
2-Objectifs.....	3
3- Généralités.....	4
4- Méthodologie.....	25
5-Résultats	28
6- commentaires et discussions	50
6-Conclusion et recommandations.....	62
7-Références bibliographiques	64
8-Annexes.....	70

I .INTRODUCTION

L'abcès appendiculaire représente un des modes évolutifs qui fait suite à la perforation de l'appendice dans lequel la diffusion de l'infection est "contenue" par le grand épiploon et les anses grêles aboutissant à la constitution d'un véritable abcès cloisonné de la grande cavité péritonéale [1]. C'est le tableau clinique initial retrouvé dans environ 50% des cas chez l'adulte [1] et constitue une urgence médico-chirurgicale.

L'abcès appendiculaire représente 10% des appendicites aiguës de l'adulte en Afrique [2].

Au Cameroun, **Guifo Marc Leroy** a trouvé sur 200 dossiers d'appendicite aiguë, 19 cas d'abcès appendiculaire soit 9.5% [2].

Au Mali, **Koumaré et coll** sur 109 cas d'appendicites colligés en une année dans les urgences à Bamako ont trouvé une fréquence de 12.5 % [2].

Le diagnostic est clinique, en cas de doute l'échographie permet de faire le diagnostic.

Le traitement de l'abcès est le drainage en urgence par voie radiologique ou chirurgicale associé à une antibiothérapie [6].

En l'absence de drainage chirurgical précoce, l'abcès évolue spontanément vers une péritonite appendiculaire [6].

Vu la fréquence faible et le manque d'étude plus spécifique sur les abcès appendiculaires chez l'adulte dans le service, il convenait d'initier cette étude avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'abcès appendiculaire chez l'adulte dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE de 1999 à 2012.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès appendiculaire,
- ✓ Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques,
- ✓ Décrire les suites opératoires.
- ✓ Déterminer le cout de la prise en charge

II- GENERALITES

2-1- Historique

La première description anatomique de l'appendice a été réalisée par Leonard de Vinci en 1492. En 1711 Heister décrit le cas d'une appendicite aiguë perforée avec abcès, découverte à l'autopsie d'un criminel exécuté. En 1759, Mestiever draine un abcès de la fosse iliaque droite chez un patient de 40 ans. La fistule débuta longtemps et après le tarissement de l'écoulement le patient décéda.

L'autopsie révéla une appendicite aiguë perforée par une épingle avec abcédassions.

La première intervention pour une appendicite aiguë est attribuée au chirurgien français De Garengrot en 1731. L'intervention a consisté à un drainage d'abcès inguinal qui secondairement s'est avéré être un abcès appendiculaire avec issue fatale.

La première appendicectomie de la littérature a été effectuée le 6 décembre 1735 par le chirurgien militaire anglais Claudius Amyand, chirurgien chef de l'hôpital St George à Londres. Elle eut lieu sans anesthésie et l'opération fut, selon le chirurgien «aussi douloureuse pour le malade que laborieuse pour lui». En fait c'est en opérant une hernie qu'il avait découvert un appendice perforé. Le patient miraculeusement guérit.

En 1886, Reginald Fitz, anatomopathologiste de Harvard publia les résultats d'une étude portant sur 500 personnes décédés d'appendicite (on disait à l'époque pérythyphite ; c'est Fitz, d'ailleurs, qui créa le terme d'appendicite), et incrimina formellement l'appendice comme responsable des abcès et de péritonites. Il en recommandait l'ablation rapide. Mais, comme il n'était pas chirurgien, ses confrères ne tiennent pas compte de ses travaux ; sauf quelques rares jeunes praticiens dont Georges Thomas Morton (fils du pionnier de l'anesthésie, William Morton). Le 27 avril 1887, à Philadelphie, il opéra un jeune homme de

26 ans atteint d'une appendicite aiguë dont il sauva ainsi la vie.

Ce n'est qu'en 1889 que Mc Burney décrit le point et la voie d'abord, dit «gridiron» (dissection étoilée en fosse iliaque droite qui a gardé son nom.

2-2 RAPPELS ANATOMIQUES :

2-2-1 Embryologie [9,10]:

Le cæcum se développe aux dépens de la branche inférieure de l'anse intestinale primitive sous forme d'un bourgeon. Sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse intestinale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite.

L'appendice est un diverticule cæcal qui se développe à l'union des 3 bandelettes du côlon droit, à l'extrémité du renflement cæcal. Ces trois bandelettes, antérieure, postéro externe, postéro interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antéro externe, constitue le fond du cæcum.

L'absence de développement congénital du diverticule du cæcum primitif est à l'origine d'hypoplasie voire d'agénésie de l'appendice. D'autres malformations congénitales ont été décrites, la plus fréquente est la duplication appendiculaire. Dans ce cas, peuvent exister soit deux lumières appendiculaires avec deux muqueuses et une musculature commune, soit deux appendices séparés, normaux ou rudimentaires.

2-2-2 Anatomie macroscopique [9,11] :

«L'appendice vermiforme» est un diverticule creux dont la base d'implantation se situe sur la base interne du bas fond cæcal, au point de convergence des trois bandelettes. Il a la forme d'un tube cylindrique flexueux divisé en deux segments: un segment proximal horizontal, et un segment distal qui est libre. Il mesure environ 7 à 8 cm de long et 4 à 8 mm de diamètre. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice

muni parfois d'un repli muqueux (valvule de Gerlach).

2-2-3 Anatomie microscopique [9,12]:

La paroi de l'appendice est constituée de dehors en dedans par:

- une séreuse péritonéale interrompue par un mince liséré correspondant à l'insertion du méso appendice;
- une couche musculaire longitudinale, puis circulaire.

Cette couche circulaire, bien développée dans son ensemble peut manquer par place permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse ;

- la sous muqueuse renferme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait considérer l'appendice comme «L'amygdale intestinale» ;

- la muqueuse appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares. Cette structure varie suivant l'âge:

- chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large,

- chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction du diamètre de la cavité appendiculaire. On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes,

- chez le sujet âgé l'appendice se présente comme une corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

2-2-4 Rapports de l'appendice [13] :

Du fait de son union avec le cæcum, l'appendice présentera avec les organes de voisinage des rapports qui diffèrent non seulement d'après sa situation par rapport au cæcum mais aussi suivant que ce dernier est en position «normale» haute ou basse.

2-2-4-1 Cæcum et appendice en position dite « normale» celui-ci

répond:

- en dehors: à la face latérale du Cæcum,
- en dedans: aux anses grêles,
- en avant: anses intestinales et à la paroi abdominale,
- en arrière: à la fosse iliaque droite (FID), aux vaisseaux iliaques externes et l'uretère droit.

2-2-4-2 Cæcum en position haute: l'appendice rentre en rapport avec le foie, la vésicule biliaire.

2-2-4-3 Cæcum en position basse (appendice pelvien), l'appendice sera en rapport avec : la vessie, le rectum, l'utérus, la trompe droite, l'ovaire droit et le ligament large chez la femme.

2-2-5 Anatomie topographique (fig. 1) [10,14] :

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendantes de la position du cæcum.

Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas); sa migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous-hépatique ou se poursuivre en position pelvienne (30% des femmes). Une mal rotation complète de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs inversus avec l'appendice localisé dans la fosse iliaque gauche. Le cæcum étant en position normale, la position de l'appendice peut être variable et décrite suivant le quadrant horaire:

- latéro-cæcale,
- retro-cæcale pure ou en arrière de la jonction iléo-cæcale,
- méso cœliaque (sus ou sous iléale),
- pelvienne,
- la position latéro-cæcale est la plus fréquente (65 %des cas).

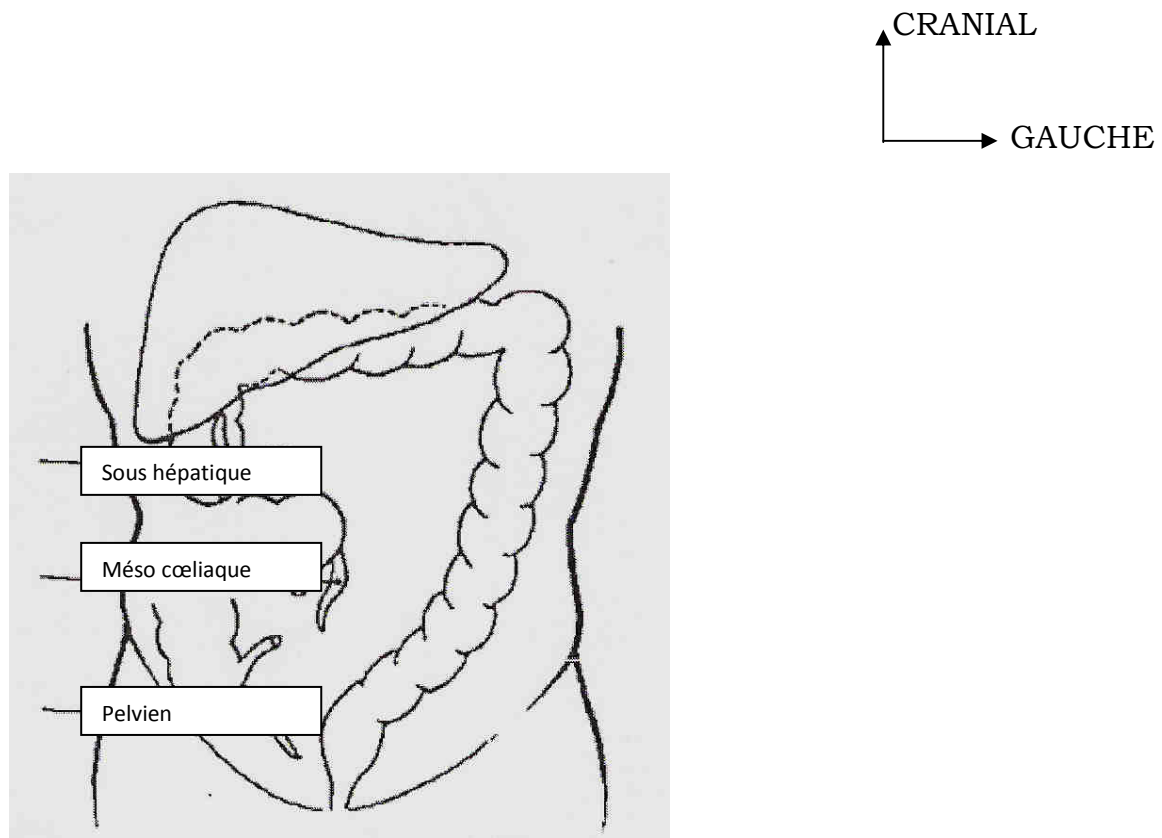


Figure 1 : Différentes positions de l'appendice [1]

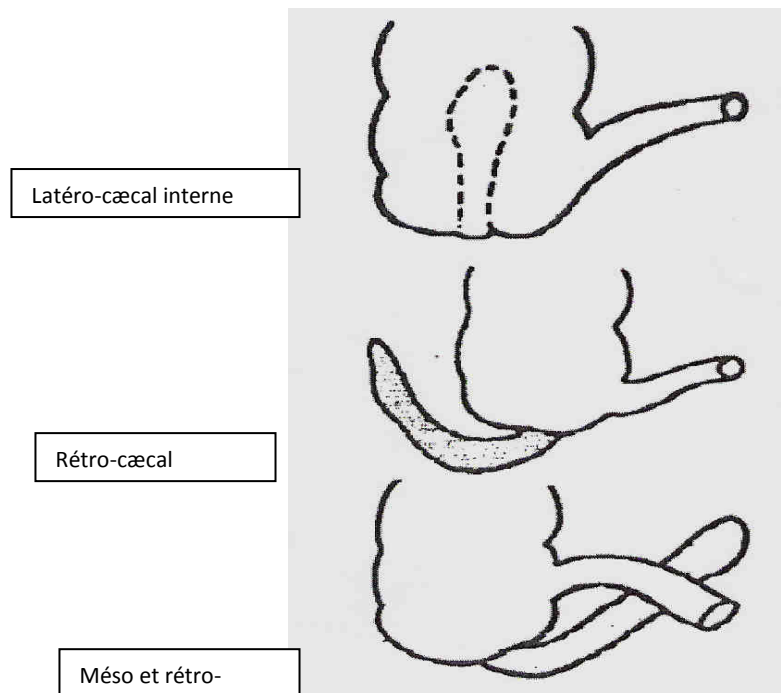


Figure 2 : différentes position de l'appendice[1]

2-2-6 Anatomie fonctionnelle [10, 13,15] :

La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire.

Constitué essentiellement d'anthérocytes. La sous muqueuse contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans le mécanisme de défense.

Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes qui franchissent la muqueuse en cas d'obstruction de la lumière appendiculaire. La couche musculaire grâce à son péristaltisme évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique.

2-2-7 Vascularisation de l'appendice (voir fig. 2) [9,11] :

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de l'artère iléo cæco-colique, croise verticalement la face postérieure de l'iléon terminal et chemine ensuite sur le bord libre du méso appendice en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale. Cette artère appendiculaire donne :

- un rameau récurrent qui rejoint la base d'implantation de l'appendice, une artère récurrente iléale,
- plusieurs rameaux appendiculaires. Toutes ces artères sont de type terminal.

Les veines iléo-cæco-colo-appendiculaires suivent les branches de l'artère appendiculaire pour se réunir en quatre ou cinq troncs collecteurs qui gagnent ensuite les ganglions de la chaîne iléo colique.

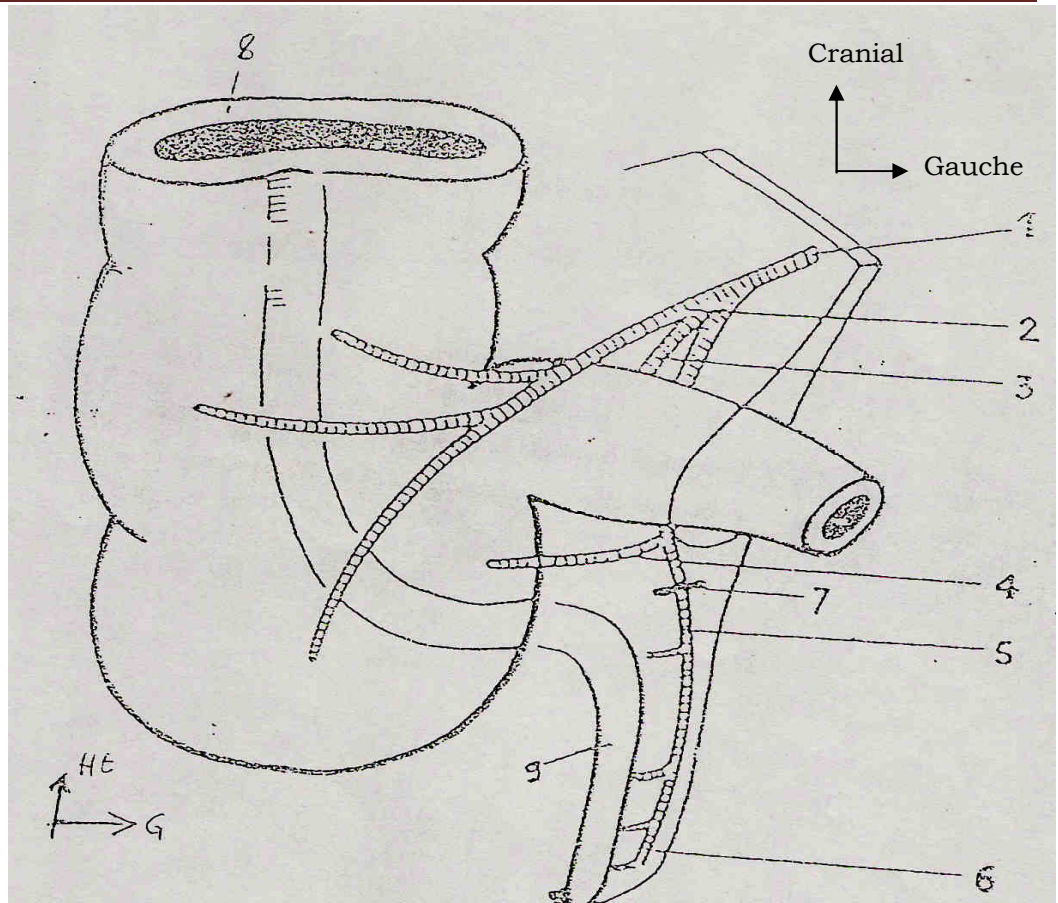


Fig. 3: Disposition anatomique classique de la région iléo-cæco-appendiculaire [1]

- 1 : Artère iléo-cæco-appendiculaire
- 2 : Artère cæcale antérieure
- 3 : Artère cæcale postérieure
- 4 : Artère récurrente cæcale
- 5 : Artère appendiculaire
- 6 : Méso appendice
- 7 : Ligament de l'artère appendiculaire
- 8 : Cæcum
- 9: Appendice

2-2-8 Innervation de l'appendice :

La double innervation sympathique et parasympathique de l'appendice provient du plexus mésentérique supérieur.

2- 3 Pathogénie de l'appendicite: [10, 13, 15, 16, 17]

L'appendice est un organe diverticulaire en rapport avec le contenu septique du cæcum. Il présente des prédispositions favorables à l'infection. Il contient 10^6 à 10^9 germes par gramme de selles. L'appendicite peut survenir par:

2-3-1 Obstruction appendiculaire: c'est le mécanisme le plus fréquent, les germes responsables de l'infection étant ceux qui se trouvent dans la lumière colique voisine. Une rétention stercorale due à l'augmentation du volume des amas lymphoïdes sous muqueux tend à obstruer la lumière appendiculaire entraînant ainsi une surinfection généralement due aux colibacilles. Cette obstruction de la lumière appendiculaire peut être également due à des corps étrangers ou des parasites (Schistosome ou oxyure); mais aussi à l'hypertrophie de la paroi appendiculaire lors de certains phénomènes inflammatoires. L'obstruction de la lumière appendiculaire associée à une persistance de la sécrétion de la muqueuse entraîne une augmentation de la pression intra-luminale laquelle en présence de la surinfection favorise :

- une ulcération muqueuse,
- une inflammation pariétale,
- une perforation ou une diffusion de l'infection par transsudation;

2-3-2 Diffusion par voie hématogène: La porte d'entrée étant située à distance, les germes atteignent l'appendice par le courant sanguin

2-3-3 Diffusion par voie de contiguïté : l'atteinte appendiculaire se fait à partir d'un foyer infectieux de voisinage le plus souvent gynécologique ou sigmoïdien.

2-4 Pathogénie de l'abcès appendiculaire [18, 19, 20] :

Le tableau clinique survient après la phase d'accalmie d'une crise appendiculaire plus ou moins typique qui a régressée : c'est l'accalmie traîtresse de Dieulafoy. Suite à la perforation appendiculaire, il y'aura formation d'un abcès appendiculaire qui peut se rompre secondairement dans la cavité péritonéale : péritonite en deux temps.

Parfois il y'a formation d'une collection purulente autour de l'appendice qui sera cloisonnée et isolée de la fosse droite par l'épiploon et les anses intestinales donnant la sensation d'une tuméfaction douloureuse mal limitée avec un blindage doublant la paroi : c'est le PLASTRON appendiculaire.

2-5 ANATOMIE PATHOLOGIQUE [16, 17, 21, 22]:

On décrit des lésions de gravité croissante :

- l'appendicite catarrhale: l'appendice est hyperhémie avec un méso œdématié, des infiltrats de polynucléaires et des ulcérations de petite taille.
- l'appendicite fibrineuse: l'appendice est œdématié avec des dépôts de fibrines.
- l'appendicite phlegmoneuse: correspond à l'abcédassions d'un ou de plusieurs follicules qui peut s'étendre à toute la paroi appendiculaire.
 - l'abcès appendiculaire: l'appendice est turgescents, le méso épaissi, réalisant quelquefois un aspect en battant de cloche.
 - l'appendicite gangreneuse: l'œdème entraîne une thrombose vasculaire.
- les péritonites appendiculaires: surviennent après perforation de l'appendice, elles peuvent être généralisées ou localisées.

3- ETUDE CLINIQUE: [1, 9 ,22]

3-1-1 Signes fonctionnels :

En général le malade consulte pour la douleur. C'est l'un des principaux signes de l'affection. Elle est pulsatile et insomnante au point de Mac Burney. Son début est rapidement progressif, rarement brutal. Il s'agit d'une douleur siégeant habituellement dans la fosse iliaque droite puis diffuse (irritation péritonéale) avec un iléus paralytique. Son intensité est modérée mais continue et lancinante.

Les signes d'irritation du péritoine sont importants : un état nauséux, des vomissements, une constipation ou une diarrhée.

3-1-2 signes généraux :

- L'état général est altéré progressivement,
- le faciès septique,
- une température généralement supérieure à 38, 5°C
- la langue est saburrale,
- un pouls faible et filant.

3-1-3 signes physiques:

Inspection :

- Le plus souvent l'abdomen est plat,
- Une voussure dans la fosse iliaque droite

Palpation :

Au niveau de la fosse iliaque droite l'examen trouve :

- une douleur violente associée à une défense franche,
- un empatement de la fosse iliaque droite,
- perception d'une véritable masse douloureuse qui correspond aux différents éléments cloisonnant l'abcès.

Le reste de l'abdomen :

Souvent une douleur diffuse de tout l'abdomen

Douleur provoquée aux touchers pelviens :

Les touchers pelviens doivent être réalisés systématiquement. Ils retrouvent une douleur dans le cul de sac de DOUGLAS.

4- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

4-1- Signes biologiques:

- La numération formule sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose à 20 000 / mm³ de globule blanc et plus au stade d'abcès [23].

4-2- Imagerie:

4-2-1- La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

Il peut montrer :

Un iléus paralytique

Une Anse sentinelle en fosse iliaque droite,

Des niveaux Hydro Aériques du grêle [24].



Fig. 4: ASP avec des niveau hydro-aériques [48]

4-2-2- L'échographie abdominale:

L'échographie abdomino-pelvienne confirme le diagnostic. Toutefois, cet examen est opérateur et matériel dépendant [10, 23, 24].

Elle montre :

- Une agglutination des anses dans la fosse iliaque droite
- Un épanchement péri appendiculaire,
- un épanchement péritonéal diffus (péritonite)



Fig.5 : image échographique d'un abcès appendiculaire[10]

4-2-3- L'examen tomodensitométrique :

La tomodensitométrie est utile dans les diagnostics douteux et difficiles [23].

Collection hypo dense à paroi prenant le contraste, renfermant le plus souvent des bulles gazeuses [49].

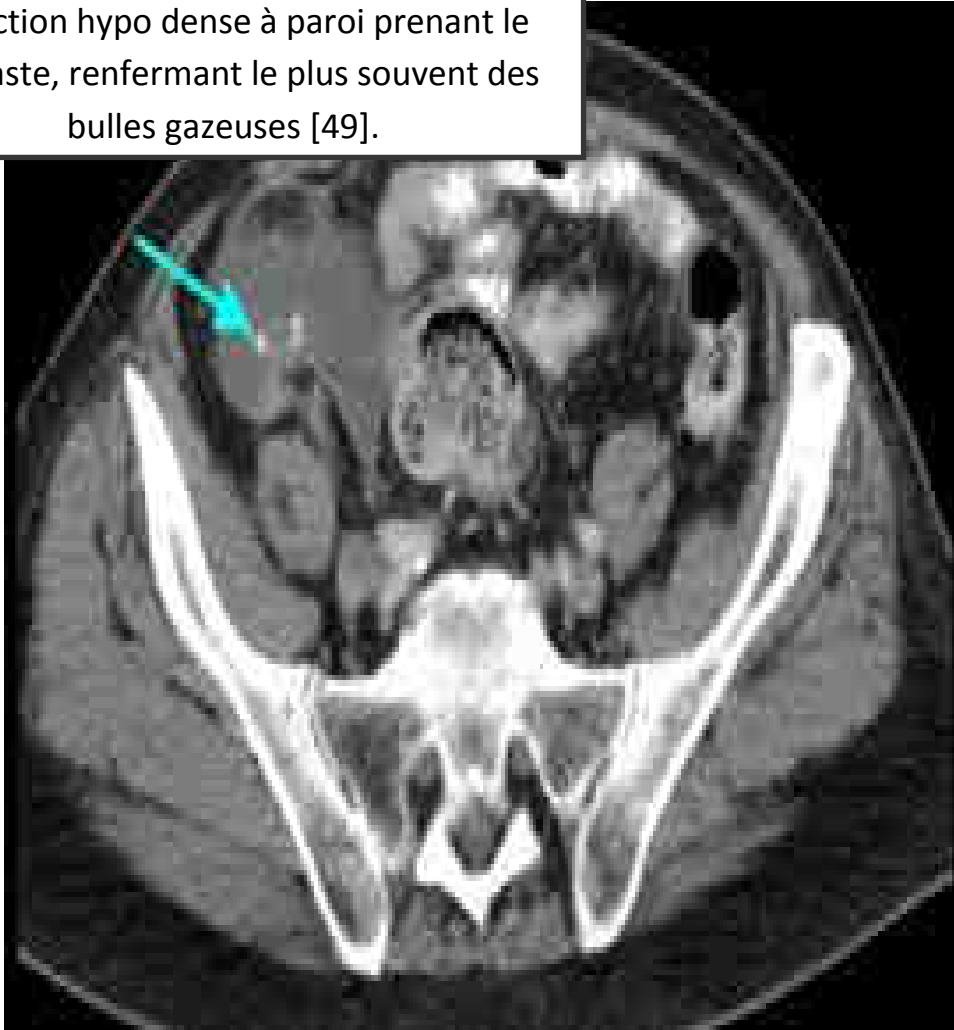


Fig.6 :

TDM : abcès appendiculaire

5- Diagnostic positif : [1, 9,23]

Le diagnostic positif de l'abcès appendiculaire est clinique et/ou para clinique. Il existe des douleurs violentes associées à une défense franche de la fosse iliaque droite. La fièvre est constante et supérieur à 38,5°C.

Signes d'irritation péritonéale abdominale et/ou pelvienne sont importantes.

A l'examen physique, on a un faciès septique, une masse en fosse iliaque droite ou pelvis et une défense localisée.

Les examens complémentaires sont demandés dans les cas douteux.

6- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL: [10, 13,13, 17, 24]

L'abcès appendiculaire peut simuler une multitude d'affections médico-chirurgicales. Il s'agit:

6-1 Les affections médicales

- l'adénolymphite mésentérique,
- la colique néphrétique droite,
- la pneumopathie de la base droite,
- les douleurs d'endométriose,
- la colite.

6-2 Les affections chirurgicales:

- Cholécystite aiguë,
- diverticule perforée du côlon droit,
- sigmoïdite,
- maladie de Crohn,
- Amœbome dysentérique
- péritonite par perforation typhique.

7- TRAITEMENT [26, 48] :

C'est une urgence médico-chirurgicale

7-1 But :

Le but du traitement est l'évacuation de l'abcès et faire une appendicectomie si possible pour éviter l'évolution vers une péritonite aigue généralisée.

7-2 Moyens - Méthodes:

Moyens: médicaux et chirurgicaux:

- Méthodes médicales : une réanimation brève avec rééquilibration hydro -électrolytique par remplissage vasculaire, l'antalgique et la mise en œuvre d'une antibiothérapie à large spectre pendant environ 5 jours [7,23].

- Méthode chirurgicale: l'intervention a lieu sous anesthésie générale. La voie d'abord peut se faire à ciel ouvert (incision de Mac Burney, para rectale, Bikini, Jalaquier, Roux, médiane).

L'abord laparoscopique est indiqué dans l'abcès appendiculaire :

- Car il permet un meilleur nettoyage de la cavité péritonéale et,
- en cas de doute diagnostique car il permet de mieux explorer l'ensemble de l'abdomen
- rançon cicatricielle moindre
- diminution du risque de formation de brides post-opératoires.

7-3 Techniques : [2, 22, 23, 27]

La voie d'abord sera choisie en fonction du tableau. Un abcès sera abordé par une incision centrée sur la tuméfaction et fera l'objet d'un drainage et d'une toilette locale.

(Incision de Mac Burney, para rectale, Bikini, Jalaquier, Roux, médiane), ou par cœlioscopie.

- A l'ouverture du péritoine on prélève éventuellement du pus pour une analyse bactériologique.
- Une évacuation de l'abcès par aspiration.
- La recherche de l'appendice peut être difficile voire impossible, il ne faut pas vouloir l'enlever à tout prix dans le même temps opératoire au risque de provoquer un traumatisme intestinal. L'appendicectomie sera donc réalisée plus tard environ 6 mois après.
- Dans la réalité quotidienne cette attitude conservatrice trouve peu de partisans car on observe une discordance statistique entre les appendicectomies différées et la prévalence des abcès appendiculaires.
- Une toilette péritonéale soigneuse associée à un drainage de la collection par voie iliaque droite
- Une antibiothérapie probabiliste puis adaptée à l'antibiogramme. Bithérapie à large spectre en IV prolongée 5 à 10 jours.

Laparoscopie: L'intervention est faite habituellement sous anesthésie générale. Elle consiste d'abord à réaliser un pneumopéritoine par injection sous pression du CO₂ à l'aide d'un trocart à extrémité mousse, permettant de faciliter l'exploration.

Elle présente certains avantages :

- Elle permet un toilettage péritonéal complet (péritonite généralisée)
- Une exploration de l'appareil génital chez la femme

- Chez les patients obèses
- Bénéfice pariétal (on constate en effet une diminution des abcès de parois)
- Elle réduit la formation d'adhérences donc le risque d'occlusion sur bride. Ces inconvénients sont les troubles circulatoires, notamment l'embolie gazeuse, l'hypothermie peropératoire, l'hypercapnie qui peuvent être évités ou contrôlés par une technique rigoureuse [50].

8- RESULTATS ET PRONOSTIC :

8-1 Complications post-opératoires [26, 27, 28,29] :

8-1-1 Les complications post-opératoires immédiates:

- Suppuration pariétale : elle est très fréquente et se caractérise par un suintement au niveau de la plaie opératoire, entraînant ainsi un laçage des fils de la peau.

Le traitement consiste à faire des soins locaux à base d'antiseptique.

- Abcès de paroi: il est fréquent, une asepsie rigoureuse permet de diminuer considérablement sa fréquence.
- Abcès du Douglas: il s'annonce vers les 8^{ème} et 10^{ème} jours avec des troubles du transit, le TR retrouve un bombement du Douglas. Un drainage chirurgical s'impose" pour éviter une fistulisation spontanée ou une rupture dans le péritoine.
- Fistule du moignon appendiculaire

8-1-2 Les complications tardives:[1]

La complication tardive la plus fréquente est l'occlusion sur bride qui peut être :

- Précoce, elle est associée à la persistance d'un foyer infectieux.

- Les occlusions tardives sont le fait de brides fibreuses situées en regard de la voie d'abord et peuvent survenir de nombreuses années après l'appendicectomie.

Le traitement de cette complication est tout d'abord médical par aspiration nasogastrique et réanimation hydro électrolytique puis chirurgical le cas échéant.

La mortalité post-opératoire: la mortalité post-opératoires est pratiquement nulle sur les études réalisées sur l'abcès appendiculaire [2,30].

III. NOTRE ETUDE

A. Méthodologie

Cadre d'étude :

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Situation géographique :

Le CHU Gabriel Touré est situé au centre administratif de Bamako. Situé entre la commune II et la commune III, il est le plus central des hôpitaux de Bamako. Il a été érigé en 1959 à la mémoire d'un jeune médecin de la génération des premiers médecins africains, décédé en 1934.

A l'Est, on trouve le quartier de Médine-coura ; à l'ouest, l'école nationale d'ingénieurs ; au Sud, la gare du chemin de fer du Mali ; au Nord, le service de garnison de l'état-major de l'armée de terre.

A l'intérieur se trouve le service d'accueil des urgences (SAU) au sud-ouest et les services de chirurgie générale et pédiatrique au nord à l'étage du pavillon *Bénitiéni FOFANA*.

Le CHU comprend 15 spécialités, 418 lits et 465 agents.

1-Type et durée d'étude :

Ce travail est une étude rétrospective et prospective réalisée dans le service de chirurgie générale du C H U Gabriel Touré. Le CHU Gabriel Touré est une structure hospitalière, de troisième niveau dans l'échelle des services de santé au Mali. Cette étude a concerné les patients admis du janvier 1999 à décembre 2012.

- Les locaux :

Le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré compte 33lits d'hospitalisation, 08 bureaux, 01 salles de garde pour le personnel infirmier, 03 blocs opératoires, 01 salles de stérilisation et 01 magasins.

Le service est dirigé par un professeur titulaire en chirurgie générale et assisté par des chirurgiens spécialistes. Le personnel infirmier se compose de 08 infirmiers dont 01 technicien supérieur de santé.

- Les activités du service :

Les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi ; les interventions chirurgicales tous les jours au SAU et du lundi au jeudi au bloc à froid excepté le mercredi.

Les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment. La visite se fait du lundi au jeudi après le staff conduite par les assistants et la contre visite est effectuée par l'équipe de garde.

La visite générale conduite par le professeur a lieu chaque vendredi après le staff général de chirurgie toutes spécialités confondue et les anesthésistes réanimateur de l'hôpital Gabriel Touré.

Le programme opératoire du bloc à froid s'établit les jeudis à partir de midi. C'est au cours de ce staff que se font la lecture des dossiers.

3-Population d'étude :

Echantillon : Il s'agit d'un recrutement exhaustif de tous les malades opérés pour abcès appendiculaire qui répondaient aux critères d'inclusions.

- Critères d'inclusions :

Tous les malades opérés pour abcès appendiculaire

-Critères de non inclusion : N'ont pas été inclus dans cette étude :

Les autres types d'appendicites.

Les malades opérés en dehors du service

4- Méthodes :

→Phase rétrospective

Nous avons établi des fiches d'enquête permettant d'étudier les paramètres suivants :

- Aspects épidémiologiques
- Le délai d'admission
- Les Signes cliniques
- Les examens complémentaires
- Les modalités thérapeutiques
- L'évolution et les suites post –opératoires

→ Phase prospective :

A l'admission chaque malade a bénéficié :

D'un interrogatoire complet

D'un examen physique complet

Des examens complémentaires comportant l'échographie, le taux d'hémoglobine et d'hématocrite, groupage/rhésus. Une réanimation à durée variable selon l'état du malade avec prise des voies veineuses pour la perfusion. Au terme de ces protocoles les malades étaient opérés.

Au cours de l'hospitalisation les visites ont été effectuées aux lits des malades.

Les suivis en postopératoire ont été effectués pendant 1 mois, 6mois, 1an.

5-Support :

Nos données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des registres de comptes rendus opératoires.

6-Saisie informatique des données : nos données ont été saisies sur le logiciel world 2007 et traitées sur les logiciels world et Epi-info avec différence statistiquement significative pour les valeurs de $p < 0,05$

RESULTATS

1 : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1-1 : Fréquence

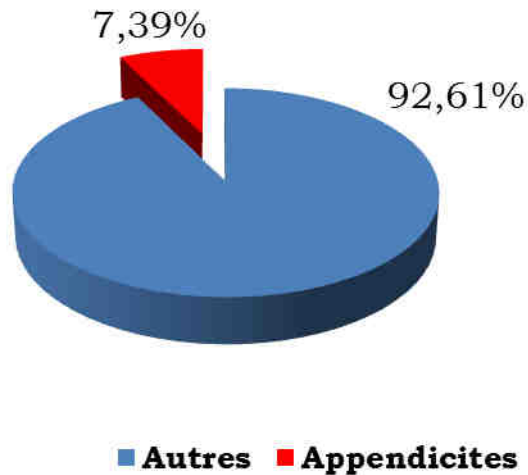


Figure 1 : Répartition selon la fréquence

Pendant la période d'étude, 7820 malades ont été opérés en urgence parmi lesquels 1420 cas d'appendicites dont 105 cas d'abcès appendiculaire soit 7,39% et 0,36% des hospitalisations.

1-2 : Age

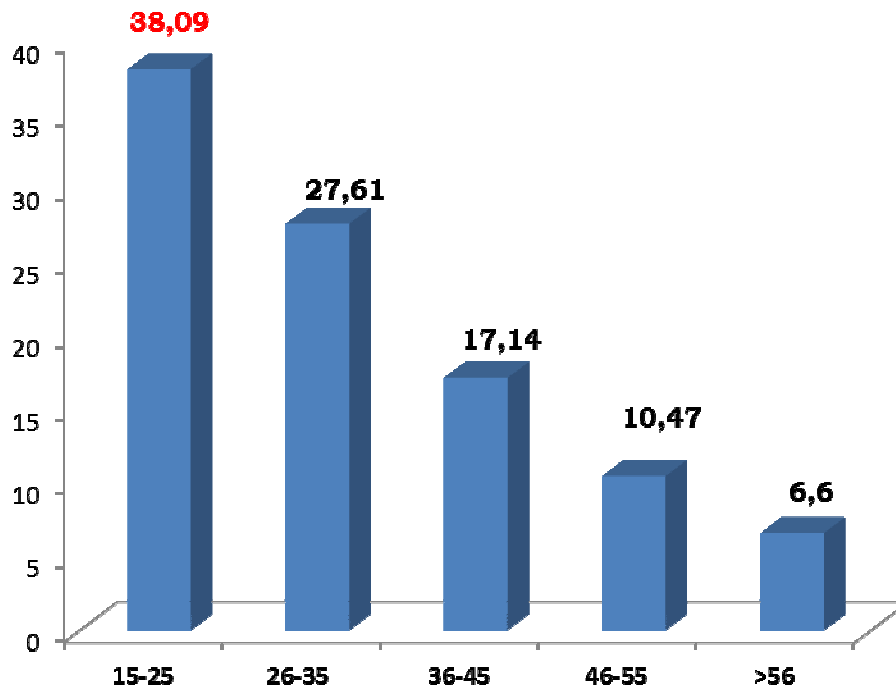


Figure 2: Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge de 15-25 ans était la plus représentée soit 38,09%.

L'âge moyen était de $32 \pm 14,04$ ans avec des extrêmes de 14 et 70 ans.

1-3 : Sexe

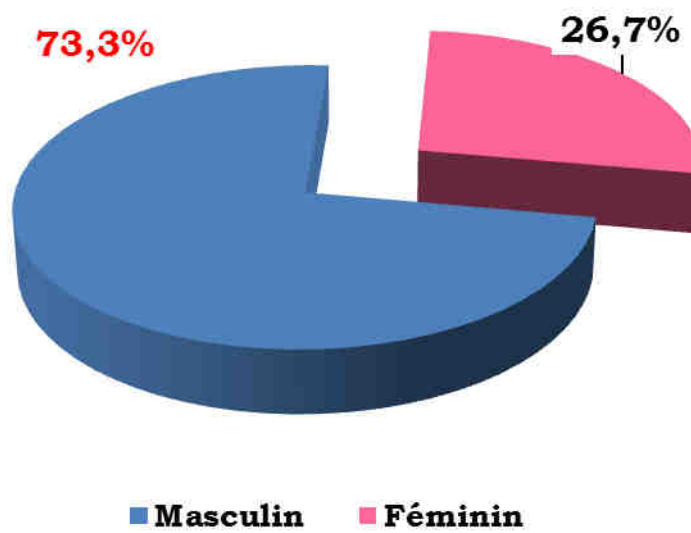


Figure 3 : Répartition selon le sexe

Le sex-ratio était de 2,75 en faveur des hommes.

1-4 : Activité principal

Tableau 1: répartition selon l'activité principale

Principale activité	Effectifs	Pourcentage %
Commerçant	24	22,8
Elève	26	24,7
Ménagère	18	17,1
Cultivateur	15	14,2
Ouvrier	14	13,3
Secrétaire	2	1,9
Technicien de santé	2	1,9
Enseignant	2	1,9
Journaliste	1	0,9
Militaire	1	0,9
Total	105	100

1-5 : Ethnie

Tableau 2 : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage %
Bambara	35	33,3
Malinké	19	18,1
Sarakolé	13	12,3
Peuhl	12	11,4
Sonrhäï	7	6,6
Dogon	5	4,7
Senoufo	5	4,7
Mianka	3	2,8
Kakolo	2	1,9
Maure	2	1,9
Total	105	100

Provenance

Tableau 3: Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage %
Bamako	90	85,7
Hors de Bamako	15	14,3
Total	105	100

La majorité des patients était de Bamako

Mode de référence

Tableau 4: Répartition des patients selon le mode de référence

Mode de référence	Effectifs	Pourcentage %
Parents	87	82,8
Personnels de santé	18	17,2
Total	105	100

Mode d'admission

Tableau 5 : répartition selon le mode d'admission

Mode admission	Effectifs	Pourcentage %
urgence	90	85,7
Ordinaire	15	14,3
Total	105	100

2: Aspects cliniques

2-1 : Motif de consultation

La douleur abdominale et les vomissements étaient les principaux motifs de consultation.

2-2: Antécédents

Tableau 6 : Répartition selon les ATCD

ATCD	Effectifs (N=105)	Pourcentage %
HTA	4	3,9
Laparotomie	3	2,9
Inguinotomie	3	2,9
Asthme	2	1,9
HIV+	2	1,9
UGD	2	1,9
Drépanocytose	1	1,0
Hypotension	1	1,0
Hémorroïde	1	1,0
Bilharziose	1	1,0

2-3 : Signes fonctionnels

TABLEAU 7 : les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs(105)	Pourcentage %
Douleur	100	95,2
Nausées+ vomissements	78	74,2
Gargouillement de la FID	69	65,7
Trouble urinaire	21	20
Constipation	19	18,1
Diarrhée	7	6,6
Arrêt de matière et gaz	2	1,9
Ballonnements	1	0,9

2-4 : Mode de survenu de la douleur

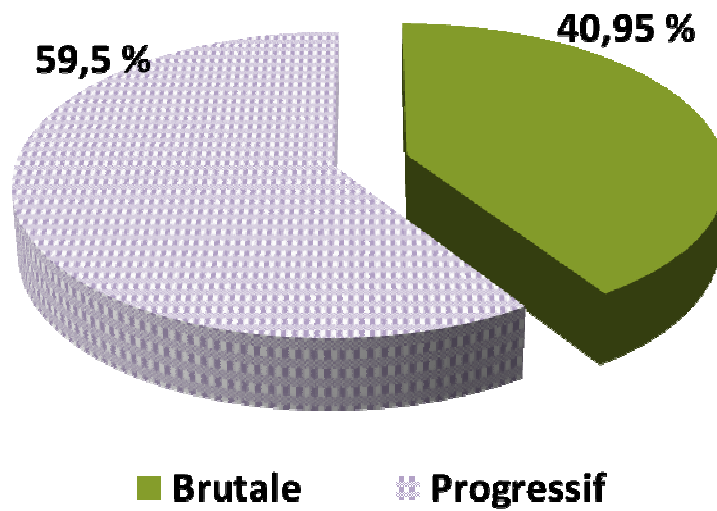


Figure 3 : Le mode de survenue de la douleur

Tableau 8: répartition selon le siège de la douleur au début

Siège	Effectifs	Pourcentage %
Fosse iliaque droite	77	73,3
Epigastre	12	11,4
Péri-ombilicale	7	6,6
Hypogastre	3	2,8
Pelvienne	3	2,8
Diffuse	3	2,8
Total	105	100

La fosse iliaque droite était le siège de la douleur chez plus de la moitié des patients

Tableau 9: Répartition des patients selon la notion d'irradiation

Irradiation	Effectifs	Pourcentage %
Fixe	69	65,7
Fosse iliaque droite	24	22,8
Diffuse	6	5,7
Epigastre	2	1,9
Hypogastre	1	0,9
Lombaire+membres inférieurs	1	0,9
Pelvienne	1	0,9
Péri-ombilicale	1	0,9
Total	105	100

La douleur était fixe chez plus de la moitié des patients

Tableau 10: répartition selon le type de douleur

Type de douleur	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Piqûre	90	85,7
Brûlure	7	6,6
Pesanteur	5	4,7
Tiraillement	2	1,9
Total	105	100

La douleur a type de piquûre était la plus représenté

Tableau 11 : Répartition selon l'intensité de la douleur

Intensité	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Forte	83	79,1
Modérée	22	20,9
Total	105	100

Tableau 12 : répartition selon le délai de consultation en jour

Délai de consultation	Effectifs	Pourcentage
1-7	76	72,4
8-15	23	21,9
>15	6	5,7
Total	105	100

Notre délai de consultation était de 1-7jours pour plus de la moitié soit 72,4% avec une moyenne de 27 jours et des extrêmes de 1 et de 60jours

3 : EXAMEN PHYSIQUE

Tableau 13 : les signes physiques

Signe physiques	Effectifs (N=105)	Pourcentage
Douleur dans le cul de sac du Douglas	103	98,1
Défense de la FID	102	97,1
Masse de la FID	58	55,2
Contracture abdominale	3	2,8

4 : EXAMEN GENERAL

4-1 : les signes généraux

Tableau 14 : Répartition des patients Selon la température

Température (en °C)	Effectifs	Pourcentage
36,5°- 37,5°	6	9,3
38,5°- 39°	20	42,2
>39°	79	47,2
Total	105	100

La fièvre était le principal signe retrouvé

Tableau 15 : Répartition des patients selon le pouls

Pouls	Effectifs	Pourcentage
Normal	62	58,3
Accélééré	40	38,9
Lent	2	1,9
Indéterminé	1	0,9
Total	105	100

Dans plus de la moitié des cas le pouls était normal soit un taux de 58,3%.

Tableau16 : répartition selon l'indice de Karvnosky

Inde de karnofsky	Effectifs	Pourcentage
10-30	10	9,5
40-60	35	33,3
70-90	60	57,1
Total	105	100

Près d'un patient sur dix avait un indice inférieur à 30 soit un taux de 9,5%.

Tableau 17 : Répartition des patients selon l'état des conjonctives.

Conjonctives	Effectifs	Pourcentage
Bien colorées	77	73,3
Moyennement colorées	28	26,7
Total	105	100

Les patients avaient les conjonctives bien colorées dans 73% des cas.

Tableau 18: Répartition des patients selon l'état de la conscience.

Conscience	Effectifs	Pourcentage
Bonne	90	85,7
Agité	15	14,3
Total	105	100

La conscience était normale dans 85% des cas.

5 : EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Tableau 19 : Répartition des patients selon la nature des examens complémentaires

Nature des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Echographie abdominale	46	43,8
NFS	13	12,3
ASP	2	1,9
Non fait	44	42

- Pour la totalité des patients le taux d'hémoglobine a été dosé.
- la NFS réalisée chez 13 patients a révélé une hyperleucocytose en polynucléaire neutrophile a 20 000 /mm³.
- l'échographie abdominale a permis d'objectiver une atteinte appendiculaire chez l'ensemble des patients bénéficiaires

Tableau 20: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Effectifs	Pourcentage
6,4-10	34	32,4
10,1-12,8	50	47,6
≥12,9	21	20
Total	105	100

Le taux d'hémoglobine a été demandé chez la totalité des patients
Avec une moyenne de 11.08 g/dl de sang

Tableau 21 : répartition des patients selon l'aspect échographique

Aspect échographique	Effectifs	Pourcentage
Epanchement péri appendiculaire	29	63,1
Masse appendiculaire	17	36,9
Totale	46	100

L'échographie réalisée chez 29 patients a retrouvé un épanchement péri-appendiculaire.

6 : DIAGNOSTIC

Tableau 22 : Diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Abcès appendiculaire	89	84,7
Péritonite aigue	5	4,7
Appendicite aigue	10	9,5
Occlusion du grêle	1	0,9
Totale	105	100

Tableau 23: le diagnostic per-opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Abcès appendiculaire	96	91,4
Abcès app+necrose cæcale	1	1,0
Plastron abcédé	8	7,6
Total	105	100

Le diagnostic d'abcès appendiculaire était retenu chez les 92% des patients

7 : TRAITEMENT

7-1 : Traitement Médical

Tableau 24 : Répartition des patients selon la nature du traitement médical avant l'admission

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgique	50	47,6
Antalgique + antibiotique	40	38,1
Aucun	15	14,2
Total	105	100

Les 85,7% des patients ont reçu un traitement avant l'admission

Tableau 25 : Répartition des patients selon la nature du traitement médical après l'admission

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Réhydratation	50	47,6
Antalgique + antibiotique	40	38,1
Sonde nasogastrique	15	14,2
Total	105	100

7-2: Traitement Chirurgical

Tableau 26: Type d'anesthésie

Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale

Tableau 27 : operateurs

Operateur	Effectifs	Pourcentage
Chirurgien	41	39,0
DES + chirurgien	64	61,0
Total	105	100

Tableau 28 : voie d'abord

Voie d'abord	Effectifs	Pourcentage
Mac Burney	90	85,7
laparotomie Médiane sous ombilical	8	7,6
laparotomie Médiane sus et sous ombilical	7	6,6
Total	105	100

Tableau 29: le siège de l'appendice

Siège appendice	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Fosse iliaque droite	97	92,3
Sous hépatique	3	2,8
Retro caecal	5	4,7
Total	105	100,0

Dans seulement 7,5% des cas l'appendice n'était pas dans la fosse iliaque droite

Tableau 30 : Répartition des patients selon la quantité de pus aspirée

Quantité du pus	Effectifs	Pourcentage
< 20cc	22	20,9
30-50cc	24	22,8
60-90cc	12	11,4
>100cc	47	44,8
Total	105	100

Pour plus de la moitié des cas la quantité de pus aspiré était supérieure à 50cc soit un taux de 56,2%.

Avec une moyenne de 85 CC

Tableau 31 : Répartition des patients selon l'état macroscopique de l'appendice.

Etat appendicite	Effectifs	Pourcentage
Suppuré	2	1,9
Perforé	86	81,9
Gangrené	17	16,2
Total	105	100

L'examen macroscopique a révélé 81% d'appendice perforé et 16% d'appendicite gangrené.

Tableau 32: Gestes effectués

Geste effectué	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie +drainage	24	22,9
Appendicectomie+enfouissement sans drainage	6	4,8
Appendicectomie +enfouissement +drainage	65	58,1
Drainage	10	9,5
Total	105	100

L'appendicectomie avec enfouissement suivie de lavage plus drainage a été la technique la plus utilisée

8 : PRONOSTIC

Tableau 33 : Suites opératoires

Suites opératoire	Effectifs	Percent
Simple	90	85,7
Suppuration pariétale	14	13,3
Suppuration pariétale + occlusion	1	1,0
Total	105	100

Les suites ont été simples dans 85,7% avec une morbidité à 14,3%

Tableau 34 : les suites opératoires selon les gestes effectués

Gestes effectués	Suites opératoire			Total
	<i>Simple</i>	<i>Suppuration pariétale</i>	<i>Suppuration +Occlusion post op</i>	
Appendicectomie + drainage	56	8	1	65
Appendicectomie + enfouissement sans drainage	5	1	0	6
Appendicectomie + enfouissement avec drainage	20	4	0	24
Drainage	9	1	0	10
Total	90	14	1	100

L'appendicectomie avec enfouissement plus drainage a fait plus de complication post opératoire

Tableau 35 : Répartition de la quantité du pus en fonction des suites opératoires

Quantité du pus	Suites opératoires			Total
	<i>Simple</i>	<i>Suppuration pariétale</i>	<i>Suppuration +Occlusion post op</i>	
<20cc	22	0	0	22
30-50cc	23	1	0	24
60-90cc	10	1	1	12
>100cc	35	12	0	47
Total	90	14	1	100

Tableau 36 : Répartition de l'aspect de l'appendicite en fonction des suites opératoires

Aspect appendiculaire	Suites opératoires			Total
	<i>Simple</i>	<i>Suppuration pariétale</i>	<i>Suppuration +Occlusion post op</i>	
Suppuré	2	0	0	2
Perforé	80	7	0	87
Gangréné	8	6	1	17
Total	90	14	1	105

Tableau 37: répartition selon la dure d'hospitalisation post opératoire

Durée d'hospitalisation post opératoire	Effectifs	Pourcentage
1-7	85	80,95
8-14	14	13,33
>15	6	5,71
Total	105	100

La durée moyenne d'hospitalisation a été de $6,54 \pm 4,51$ jours minimale 2 jours et la maximale de 26 jours

Tableau 38 : Cout de la prise en charge

Cout	Estimation (en FCFA)
Moyenne	133053,619
Ecart-type	34392,9835
Minimale	78900
Maximale	250000

L'abcès appendiculaire étant une complication de l'appendicite aigue augmente le séjour hospitalier et le coût de la prise en charge.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-1- Méthodologie

Notre étude rétrospective a été réalisée au CHU Gabriel Touré, dans le service de chirurgie générale. Cent huit (108) dossiers ont été colligés dont 3 non inclus

Les problèmes rencontrés ont été :

- l'absence des données complètes et exploitables dans certains dossiers (dans l'interrogatoire, l'examen physique et des résultats des examens complémentaires),
- l'insuffisance du plateau technique du CHU Gabriel Touré rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires (bilan biologique et échographique pendant la nuit), l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire en urgence,
- l'insuffisance des moyens financiers et l'absence d'assurance maladie rendant difficile la prise en charge rapide des malades.

6-2- Epidémiologie

TABLEAU 39 : Répartition des patients selon la fréquence et auteurs

Fréquence Auteurs	Appendicite Aigue	Abcès +Appendiculaire	Pourcentage	Test statistique
Guifo M L, Cameroun 2010[2]	200	19	9,5	P = 0,2943
Pius I S O, Nigeria2003 [3]	1035	30	2,9	P = 0,0000
Notre étude	1420	105	7,4	

L'abcès appendiculaire est une complication non négligeable de l'appendicite aigue, il représente 10% des appendicites aigues de l'adulte en Afrique [2], alors qu'il est le tableau clinique initial retrouvé dans environ 50 % des cas chez le jeune enfant[1]

Il a représenté 7,4% de l'appendicite dans notre série.

La différence statistiquement significative entre la fréquence au Nigeria et la nôtre pourrait être influencé par la prise en charge précoce des appendicites.

TABLEAU 4: Répartition des patients en fonction de l'âge et auteurs

Ages	Age moyen	Test statistique
Auteurs		
Guifo M L, N : 19 Cameroun 2010[2]	31+/-19,37	P=0,9451-
Muhammad I H, N: Arabie Saudi 2012[4]	31,55±14,38	P=0,4216
Pius I S O, Nigeria 2003[3]	27+/-14,12	P=0,5510
Notre étude	32±14, 04	

L'appendicite est surtout une maladie du sujet jeune comme l'abcès appendiculaire, rare chez le vieillard [1,24].

Selon la littérature, l'âge n'est pas un facteur de risque.

l'âge moyen de 32ans dans notre étude ne diffère pas de celui des études [2,4,3] .

TABLEAU41 : Répartition des patients en fonction du sexe et auteurs

Sexe	Sex-ratio
Auteurs	
Guifo M Cameroun 2010[2]	1,32
Muhammad I H,ARABIE SAUDI 2012[4]	1,28
Pius I S O, Nigeria2003[3]	2
Notre étude	2,75

Dans la littérature le sexe ne représente pas un facteur de risque [7]

Le sexe ratio de 2,75 en faveur des hommes dans notre série était presque identique à ceux retrouvé chez les autres auteurs [2, 3,4].

6-3- ETUDE CLINIQUE

6-3-1-

TABLEAU 42 : délai de consultation et auteurs

Fréquence Auteurs	Abcès appendiculaire	Délai moyen de consultation	Probabilité
Muhammad I H,ARABIE SAUDI 2012[4]	80	5,96±2,15	P=0,000326
Notre étude	105	27±10,09	

Le délai de consultation est un élément déterminant dans le pronostic de l'appendicite [40]. L'appendicite peut aussi évoluer à bas bruit à la faveur des difficultés diagnostiques vers la constitution d'un abcès appendiculaire [33].

Ainsi notre délai moyen de consultation de 27 jours diffère de celle retrouvée dans la série Arabe [4]. Cela pourrait s'expliquer par le retard de consultation dans notre pays.

6-3-2- Signes généraux

6-3-2-1-

*** Fièvre**

La fièvre est constante et elle est supérieure à 38.5°C [24,26].

Classiquement la fièvre est toujours présente chez les malades ayant un abcès appendiculaire [1]. Nous l'avons retrouvée chez tous les malades dans notre série (100%).

6-3-3- Signes fonctionnels

6-3-3-1-La douleur

Dans la littérature l'abcès appendiculaire est caractérisé par l'existence d'une douleur violente [26]. Cette douleur était retrouvée chez (95,23%) des patients

Les troubles digestifs peuvent accompagner la douleur dans les abcès appendiculaires. Nous avons noté les nausées et vomissements dans 74,28% des cas.

La fréquence élevée des nausées et vomissements dans notre série peut être expliqués par la consultation tardive de nos patients.

La constipation et la diarrhée ont représenté respectivement 18,09% et 6,66% chez nos malades. Pour d'autres [1] le transit est normal dans 50%des cas et n'a pas un grand intérêt diagnostic.

La diarrhée constitue un piège redoutable, car associée à la fièvre et aux vomissements, elle peut conduire au diagnostic erroné de gastro-entérite aiguë avant même l'examen clinique [47].

6-3-3-2- Siège de la douleur

La douleur qui commence dans la région épigastrique et péri-ombilicale et fini par se siéger dans la FID associée à une évolution de plus de 72 heures est un élément caractéristique dans le diagnostic de l'abcès appendiculaire.

La FID a été le siège de la douleur dans 73,33% des cas et épigastrique dans 11,42% des cas, cela s'expliquerait par le fait que les signes d'irritation péritonéale et/ou pelvienne sont plus marquée dans l'abcès appendiculaire [46]

6-3-4- Signes physiques

Tableau 43 : signes physiques et auteurs

Signes Auteurs	Défense FID	Douleur au toucher pelvien
Pius I S O, Nigeria2003[4] N=30	83,3% P=0,016994	41,1% P=0,00000
Notre étude N=105	97,14%	98,09%

La défense pariétale de la FID due à l'irritation du péritoine par l'inflammation est un signe capital en faveur du diagnostic de l'abcès appendiculaire [26].

On a retrouvé un taux de 97,14% (soit 102 malades) dans notre série.

Dans la littérature certains signes physiques sont essentiels pour affirmer le diagnostic de l'abcès appendiculaire :

Douleur vive et pulsatile plus une défense de la FID entraînant l'insomnie, une fièvre oscillante (+++) souvent supérieure à 39°.

La perception d'une véritable masse douloureuse bien limitée et fluctuante dans la fosse iliaque droite qui correspond aux différents éléments cloisonnant l'abcès est aussi un élément pour le diagnostic de l'abcès appendiculaire [1]. Elle a été mise en évidence chez 55,23% (soit 58 malades) dans notre série.

La douleur au toucher pelvien est aussi un signe qui doit être systématiquement recherchée même si son absence ne signifie pas toujours que l'appendice est indemne des lésions [48]. Il s'agit d'une douleur située à droite dans le cul de sac du Douglas au TR et/ou au TV

Ainsi nous avons retrouvé chez 98,09% de nos malades une douleur à droite dans le Douglas.

La défense dans la FID et la douleur au toucher pelvien sont les signes physiques les plus retrouvés. Ces deux signes ont été notés avec des fréquences différentes avec l'étude nigériane. Ceci pourraient être liées à un biais de recrutement d'une part et d'autre part au fait que les malades consultent plus tardivement chez nous.

6-3-5- Examens complémentaires

6-3-5-1-L'échographie :

Tableau 44 : la sensibilité de l'échographie selon les auteurs

Echographie Auteurs	Effectifs	Pourcentage	Probabilité
Jeong-ki kim[38] 2010 corée	28	93%	P=0,00004
Minerva chir[44] 19997 Italie	44	85,7%	P=0,00002
Notre etude	105	43,80%	

L'échographie avec une sensibilité de 80% pour le diagnostic peut apporter un complément d'information autant sur le stade anatomopathologique que sur la topographie et utile lorsque le diagnostic est difficile ou douteux [2].

Au cours de notre étude 46 patients soit 43,80% ont bénéficié de l'échographie parmi lesquels le diagnostic de l'abcès appendiculaire a été posé chez vingt-neuf patients et confirmé en per- opératoire soit 63,04%. Ce résultat est différent des séries Italienne et coréenne [44, 38].

Ceci peut s'expliquée par le fait que l'examen est souvent gêné par la présence des gaz digestifs et sa réalisation doit être confiée à un échographiste confirmé.

6-3-6- Traitement

Tout abcès diagnostiqué doit être opéré dans les plus brefs délais, afin de supprimer le foyer infectieux pour éviter la diffusion de l'infection dans la cavité péritonéale [43],

En présence d'un abcès appendiculaire, l'appendicectomie avec un drainage de l'abcès n'est pas seulement un fonctionnement en toute sécurité avec un taux de morbidité faible, mais c'est une procédure de choix permettant une réduction significative de l'hospitalisation et le coût de la santé [43].

Voie d'abord

Tableau 45: Voie d'abord selon les auteurs

L'incision de Mac Burney, est la voie élective et le caractère esthétique de cette incision plaide en sa faveur, lorsqu'elle est petite et la réparation parfaite des plans. Elle était la plus utilisées dans notre série soit 85,71% des malades.

Pour les autres patients, la voie médiane large a été choisie en raison de signes évocateurs d'une péritonite chez 14,29% (15) malades. Ces différents choix de la voie d'abord étaient guidés par la clinique et les constatations opératoires.

Technique opératoire

Tableau 46 : Technique opératoire selon les auteurs

Techniques Auteurs	Appendicectomie +drainage	Appendicectomie+ Enfouissement +drainage	Drainage simple
Pius I S O, Nigeria2003 [4] N=30	2(6,7%) P=0,047337	21(70%) P=0,238956	5(16,7%) P=0,442178
Guifo M Cameroun 2010[2] N=19	14(73,7%) P=0,000010	–	2(10,5%) P=0,775169
Notre étude N=105	24(22,9%)	65(58,1%)	10(9,5%)

Certains auteurs pratiquent l'enfouissement systématique du moignon appendiculaire. Ils soutiennent que cette pratique isole le moignon septique de la cavité péritonéale, diminue ainsi le risque infectieux et celui des brides. D'autres au contraire condamnent cette pratique. Pour eux la nécrose et l'inflammation du moignon appendiculaires favoriserait la perforation du bas fond caecal [33, 38, 44, 45].

Parmi nos 65 cas d'appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire suivi du lavage plus drainage 8 patients ont présenté une suppuration pariétale. Pour l'étude Camerounaise 14 (73,7%) malades sans enfouissement du moignon appendiculaire 2 (10,5%) d'entre eux ont présentés une suppuration pariétale. Ceci explique qu'il n y a pas de différence entre la réalisation de l'enfouissement ou non et la survenu des complications post opératoire.

6-3-8- Pronostic et évolution

Le diagnostic de l'abcès appendiculaire est plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte, de même pour la morbidité et la mortalité qui sont plus importantes chez l'enfant plus jeune à cause du système immunitaire fragile chez l'enfant [58].

6-3-8-1- Morbidité

Tableau 47 : Suites opératoires immédiates selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Morbidité
Guifo M. Cameroun 2010 [2]	19	2(10,5%)
Minerva chir 19997 Italie [44]	44	4(9%)
Notre étude	105	15(14,3%)

Elles sont plus fréquentes dans les formes compliquées sauf dans le cas du syndrome du 5^e jour [24].

Le taux de morbidité de 14,3% (15 malades) est supérieur à celui des séries Camerounaise et Italienne [2,44].

Cette différence pourrait être liée à notre effectif plus élevé que dans les autres séries et aux fautes d'asepsie.

6-3-8-2- Mortalité

La mortalité varie selon le délai écoulé entre le début de la pathologie, la prise en charge et d'autres pathologies associées [65]. Nous n'avons pas enregistré de décès ainsi que dans les séries Camerounaise Nigériane et Italienne [2, 3,44].

6-4- Durée moyenne d'hospitalisation

Tableau X : Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

Durée d'hospitalisation Auteurs	Effectifs	Durée moyenne d'hospitalisation /Jours	Probabilité
Pius I S O, Nigeria2003[4]	30	7	P=0,678169
Minerva chir[44] 19997 Italie	44	6,2	P=0,745076
Muhammad I H,ARABIE SAUDI 2012[3]	80	9,7	P=0,410579
Notre étude	105	6,59	

La durée moyenne d'hospitalisation de 6,59 jours dans notre série ne diffère pas de ceux des autres auteurs [4,3,44] .

6-5 COÛT DE LA PRISE EN CHARGE

Le coût moyen de la prise en charge a été de 133053.619 f CFA ce qui est largement supérieur au SMIG malien qui est de 28.460 f CFA[33]. Ce coût s'est vu majoré souvent par la survenue des complications. Notre coût est supérieur à celui obtenu par YALCOUYE Y[18] qui a été de 51.850FCFA, cette différence s'explique par le fait que l'acte opératoire était gratuit pendant l'étude de YALCOUYE Y.[18]

7-1- CONCLUSION :

L'abcès appendiculaire est une affection peu fréquente.

La morbi-mortalité est faible sous réserve d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate.

L'appendicectomie peut être pratiquée d'emblée lorsque cela est possible.

7-2- RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ Aux agents sanitaires

- L'examen clinique adéquat et les aspects évolutifs de l'appendicite aiguë ;
- La prescription des médicaments (antalgique, antibiotique) dans les syndromes douloureux aigus de la fosse iliaque droite une fois le diagnostic posé ;
- La prise en charge précoce des malades dès le diagnostic clinique.

➤ A la population

- La consultation le plus rapidement possible dans un centre spécialisé devant toute douleur abdominale aiguë en particulier la fosse iliaque droite.
- L'interdiction de faire une auto médication (traditionnelle ou médicale) devant les douleurs abdominales

➤ Aux Autorités

- La formation des chirurgiens en chirurgie viscérale ;
- La meilleure organisation d'un système de référence ;
- La vulgarisation de la Celio chirurgie ;
- La mise en place d'une sécurité sociale pour une prise en charge adéquat et rapide ;

L'encouragement des mutualités de santé

VIII- Références :

1- S. GARCIA Y. HELOURY V. PLATTNER.

APPENDICITE AIGUE ET PÉRITONITE : Chirurgie digestive de l'enfant; Ed. Douin, 1990. Paris. P.6/6.

2-Marc Leroy Guifo, Samuel Takongmo, [...], et Markus Fokou.

Abcès appendiculaires: analyse de 19 cas traités au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé et déductions pratiques Pan Afr Med J. 2010; 5: 236-

3-Pie I.S. Okafor M.D., Jideofor C. Orakwe M.B.B.Ch., Gabriel U. Chianakwana M.B.B.Ch.

Gestion des masses appendiculaire dans un hôpital périphérique au Nigeria : World Journal of Surgery. Juillet 2003 ; Volume 27, Numéro 7, pp 800-803.

4- Hussain et al.

Gestion des abcès appendiculaire : département de Chirurgie, King Saud Médical City, Riyad, au Royaume d'Arabie Saoudite. Page : 4 ; 2011.

5- A. TRAORE.

APPENDICITE AIGUE CHEZ L'ENFANT DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE, thèse de médecine.2008 M374 page 70

6- Michel Juricic.

Pathologie digestive médico-chirurgicale. Appendicite aigue de l'enfant ; Université Paul Sebatier- Toulouse ; chap. 5-urgences 2008-2009 : 304-309

7- Bittner Reinhard.

Laparoscopic surgery – 15 years after clinical introduction. World J Surg. 2006 Jul; 30(7):1190–203.

8- Frazee RC, Roberts JW, Symmonds RE, Snyder SK, Hendricks JC, Smith RW 3rd, Custer MD, Harrison JB.

A prospective randomized trial comparing open versus laparoscopic appendectomy. Ann Surg. 1994 Jun; 219(6):725–8.

9- Plattner V, Raffaitin Ph, Miraille E et al.

Appendicites compliquées de l'enfant : laparoscopie ou Mc Burney ?
Ann chir 1997 ; 51(19) : 990-994

10- Appendicite de l'enfant et de l'adulte : CONFERENCE DE CONSENSUS
Appendicite, Hépatogastroentérologie et chirurgie digestive, 2008, p. 43.1.

11- Maïga B.

Contribution à l'étude des appendicites : aspects cliniques, anatomo-pathologiques et étiologiques. Thèse Med ; Bamako ; 1975, n°75

12- Rohr S et al.

Appendicite aiguë EMC (Paris), Gastro entérologie 1999: 9-066A10. 11p.

13- LEGUERRIER A.

Nouveaux dossiers d'anatomie. Editions scientifiques et juridiques
1980;801:93-106.

14- COULIBALY DK.

Etude statistique de l'évaluation du nombre des interventions chirurgicales dans les hôpitaux de Bamako et de Kati à propos de 82987 actes chirurgicaux. Thèse Med, Bamako 1985;n°25,144p

15- TRAORE I T.

Contribution à l'étude épidémiologique de l'appendicite dans les hôpitaux de Bamako et Kati. These Med: Bamako 1983; N°15, 83p.

16- CONDONRE and al.

Text book of surgery. Philadelphia: WB Saunders.1991;15-32.

18- YALCOUE Y

Appendicite aiguë à l'hôpital de Sikasso Mali. Thèse de Med : 2007 , N°9 ,P56

17- DELATTRE J F.

Appendicite aiguë et ses complications diagnostic, traitement.

Impact internat 1997;356.

19- SEGOL PH et coll.

Appareil digestif DCEM, 2ème année Service de polycopie des étudiants, des professeurs de santé de Caen. Edition 1996;97:261-74.

20- Delttre J F.

Appendicite aiguë et ses complications diagnostic, traitement.

Impact internat 1997 ; 356.

21- Koumaré A K.

Les appendicites aiguës.

IPN 1992; Bamako Mali: 2-9.

22- Mondor H.

Diagnostic urgents / Abdomen. Masson 9ème Edition 1979: 55-184.

24- Docteur Aurélie LE MANDAT.

Appendicite aiguë de l'enfant (et de l'adulte*), version 2008.page 8.

25- Joseph M. Graham; M.D Houston; Tenas.

A cute appendicitis en preschool age children. The American journal of surgery 1990; 139: 247-250

26- D. Mutter, J. Marescaux.

Appendicites aiguës, Chirurgie A, Hôpital Civil, 1, Place de l'hôpital, 67091 STRASBOURG. Année, 2002; Page: 285.

27- Marion C.W. Henry. Gerald Gollin, Saleem Isla.

Matched analysis of no operative managements immediate appendectomy for perforated appendicitis Journal of pediatric surgery 2007

28- Musa Abes, Bulent peti.

Nonoperative treatment of acute appendicitis in children Journal of pediatric surgery 2007; 42: 1439-1442

29- Charles J. Aprahamian, Douglas C.

Failure in the no operative management of pediatric ruptured appendicitis: predictors and consequences Journal of pediatric surgery 2007; 42: 934-938

30- Muehtstedt SG, Pham TQ, Schmeling DJ,

The management of pediatric appendicitis: a survey of North American Pediatric surgeons. J pediatr surg 2004; 39: 875-9

21- Chen C. Botelho C.Cooper A, et al

Current practice patterns in the treatment of perforated appendicitis in children J Am Coll Surg 2003; 196: 212-21

32- A.Goita.

Plastron appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hospital Gabriel Touré, thèse de médecine.2004-2005,05M203.page 22.

33- FAO PAULIN.

Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'appendicite de l'enfant de (zéro) à 17 ans au Centre Hospitalier YALGADO OUEDRAOGO, Burkina Faso. Thèse de med.1987.Page 36.

34- Bargy F et al.

Comment faire le diagnostic d'une appendicite aiguë chez l'enfant.
Concours Med 1982 ; 104 : 4137-'&47.

36- Hale D.A. et al.

Appendectomy.A contemporary appraisal.Ann surg 1997;225: 252-261.

37- Seogol Ph et al.

Appareil digestif DCEM, 2ème année Service de polycopie des étudiants, des professeurs de santé de Caen. Edition 1996 ; 97 :261-274.

38- Jeong-Ki Kim, SeungbumRyoo, Heung-Kwon Oh, Ji Sun Kim, Eun Kyung Shin Rumi Choe, Seung-Yong Jeong Kyu Joo Parc.

Management de l'appendicite présentant un abcès ou une masse Département de chirurgie, Séoul Collège Université nationale de médecine, Séoul, Corée Journal de la Société coréenne de Coloproctology; Volume 26, Numéro 6, 2010.

39- Sigmund H. Ein, Jacob C. Langer, Alan Daneman.

Non operative management of pediatric ruptured appendix with inflammatory mass or abscess: presence of an appendicolith predicts recurrent appendicitis, Division of General Surgery, Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada Journal of Pediatric Surgery (2005)40, 1612–1615.

40-P. Farthouat ; O. Fall ; M. O. Goug bemy ; A. Sow ; A. Millo, ; D. Dieng; M. B. Diouf.

Appendicectomie en milieu tropical : Etude prospective à l'hôpital principal de Dakar. Méd. Trop 2005;65:549-553

41-Borgnon J ; P. M. Laffage ; E Sapin (2005)

Appendicite aiguë de l'enfant, la classique< absence de parallélisme Anatomoclinique>UNmythe?

A cute appendicitis in children is there an histo-clinical correlation. Archives de pédiatrie 2005;12:234-238

42-Chipponi J. In Fagniez PL, Houssin D

Pathologie chirurgicale. Tome II, Masson, Paris, 1991 : 253-260.

43-Brocoq P, PoilleuxF, Charbrut R.

Appendicite aiguë vue tardivement.

Traité des urgences en chirurgie. Tome I. Masson. 588-90.

44- Minerva Chir.

Le rôle de la chirurgie dans le traitement d'abcès appendiculaire. 1997 Mai, 52 (5) :577-81.

45- Erdoğan D1, Karaman I, Narci A, Karaman A, Cavuşoğlu YH, Aslan MK, Cakmak O.

Pediatr Surg Int. Department of Pediatric Surgery Ankara, Turkey. Fév 2005, 21 (2):81-3.

46-Valayer J et al.

Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant.
Encycl. Med Chir (Paris) 1989 ; 4018 Y10-9.

47-Parysf et Reding R.

Dix questions à propos de l'appendicite aiguë chez l'enfant
Louvain Méd. 1999;118: 468–477

48- Rohr S et al.

Appendicite aiguë.
EMC (Paris) Gastroentérologie 1999 ; 9-066A10. 11p.

49- Mark H. Ebell, MS Athens, M Georgia.Diagnosis of Appendicitis: Part II. Laboratory and Imaging Tests. April 15, 2008. Volume 77, Number 8

50-FRANCOIS G F, GIULY J

Cinq mille trente-quatre appendicectomies
E-Mémoire de l'académie Nationale de Chirurgie. 2006 ;5 :61-70

Fiche d'enquête de l'abcès appendiculaire

A- DONNEES ADMINISTRATIVES :

1-N° de fiche...../_/_/

2-N° Dossier du malade...../ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

3- Date de consultation...../ _/ _/ _/ _/ _/ _/

4-Nom et Prénoms...../_/ _/ _/

5-Age (ans)...../ _/ _/

6-Sexe/ _/

1 = Masculin

2 = Féminin

7-Adresse habituelle

8- Nationalité...../ _/

1 = Malienne

2 = Autres

9-Ethnie...../ _/

1 = Bambara

2 = Malinké

3 = Soninké

4 = Khassonké

5 = Peulh

6 = Sénoufo

7 = Bobo

8 = Minianka

9 = Dogon

10 = Sonrhäï

11 = Autres

10-Mode de recrutement/_/_/

1 = Urgence ; 2 = Consultation externe

B-ETUDE CLINIQUE :

Traitement reçu :

11- Médical...../_/

1 = Oui

2 = Non

12-Si Oui...../_/

1 = antalgique

2 = antibiotique

3 = aucun

4 = 1+2

5 = autres

6 = ind.

13-Traditionnel...../_/

1 = massage

2 = décoction

3 = non

Signes fonctionnels :

14- Le mode de début de la douleur...../ _/

1 = progressif 2 = brutal 3 = Ind.

15- Le siège de la douleur...../ _/

1 = FID 2 = Pelvien 3 = FIG 4 = Epigastrique

5 = Péri ombilical 6=Autre 7=Ind.

16- L'irradiation de la douleur...../ _/

1 = FID 2 = épigastrique 3 = pelvien 4 = Péri ombilical
5 = Autres

17- La durée d'évolution avant l'opération...../ _/

1= 1 -3 jours ; 2= 4 -6 jours ; 3= 7 - 10 jours ; 4 = plus de 10 jours ; 5 = ind

Les autres signes fonctionnels :

18- Vomissements...../ _/

1 = alimentaire 2 = biliaire 3 = fécaloïde 4 = autres 5 = non 6 = ind.

19- Nausée...../ _/

1 = Oui ; 2= Non ; 3 = ind.

20- Constipation...../ _/

1 = Oui ; 2= Non ; 3 = ind.

21- Diarrhée...../ _/

1 = glaireuse 2 = sanglante 3 = 1 + 2 4 = liquidienne 5 = autres
6 = non 7 = ind.

22- Troubles urinaires...../ _/

1= Normale ; 2= Pathologie (1 : oui 2 : non) ; 3 = Non faite 4 = Autre

45 - Glycémie...../___/

1 = Normale ; 2= Pathologie (1 : oui 2 : non) ; 3= Non faite

Autres Pathologie à préciser.....

46- Hémoculture...../___/

1 = Stérile

2 = Germes à préciser

47 - Examen bactériologique..... ;...../___/

1 = Absence de germes

2 = Germes à préciser

48 - VS...../___/

1 = Normale

2 = Anomalie à préciser

49 - CRP...../___/

1 = Normale ; 2 = Pathologie à préciser ; 3 = Non faite

IMAGERIE :

50 - ASP/___/

1 = Normale 4 = Epanchement intra-péritonéale

2 = Iléus paralytique 5 = Stercolithe

3 = Niveau hydroaérique de la FID

6 = Anses sentinelle

7 = Non faite

Autres Pathologie à préciser

.....

51 - Ecographie...../___/

1 = réalisée

2 = non faite

Si Oui

52 - Epanchement péri-appendiculaire...../___/

1= oui

2= non

53 - Epanchement liquidien intra péritonéal...../___/

1= oui

2= non

54-Si autres, à préciser

I-Diagnostic :

55 - Diagnostic préopératoire...../___/

1 = appendicite aiguë ; 2 = péritonite appendiculaire
3 = abcès appendiculaire 4 = autres 5 =

ind.

J – Traitement :

56 - Mode de traitement...../___/

1= chirurgical ; 2 = médical ; 3=1+2

57 - Voie d'abord...../___/

1= incision de Mac Burney 2 = incision médiane sus et sous
ombilicale 3=sous coelio 4 = para rectal droite 5 =
jalagier

M- Exploration :

58 - Quantité de pus aspire...../___/

1 = ≤ 20 cc ; 2=30-50 cc ; 3=60-90 cc ; 4= ≥100 cc ; 5 = Non quantifie

58 - Etat de l'appendice en per opératoire...../___/

1= suppuré 2= perfore 3= gangrené 4= ind.

L-Gestes effectués :

59 - Type d'appendicectomie...../___/

1 = Appendicectomie + lavage + drainage + enfouissement
2 = 1+ sans enfouissement 3 = Drainage

M- Suites opératoires :

60 - Complications immédiates...../___/

1 = simples 2 = abcès de paroi 3 = abcès de
Douglas

4 = fistule du Moignon appendiculaire
5 = syndrome du 5
6 = hémorragie 7 = hématome de la paroi 8 = éviscération
9 = suppuration pariétale 10 = septicémie 11 = décès

61 - Complications
tardives...../___/
1 = Occlusion sur Bride 2 = éventration 3= autres. 5 = ind

Fiche signalétique

Prénom : MAIMOUNA **Nom** : TOLO

Titre de la Thèse : Abcès appendiculaire chez l'adulte

Année universitaire : 2013 - 2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie, gastro-entérologie, santé publique.

Objectifs: Etudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'abcès appendiculaire chez l'adulte dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE de 1999 à 2012

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 12 ans allant de janvier 1999 à décembre 2012 dans le service de chirurgie générale du *CHU Gabriel Touré* incluant tous les cas d'abcès appendiculaire.

RESULTATS: Sur 12 années 1420 cas d'appendicites aiguës ont été colligés dont 105 cas d'abcès appendiculaire soit 7,39%. L'âge moyen était de $32 \pm 14,04$ ans avec des extrêmes de 15 et 70 ans. La douleur abdominale et la fièvre étaient présentes chez tous les patients. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite dans 73,33% ; épigastrique dans 11,42%. Dans la quasi-totalité des cas une défense abdominale était présente soit 97,14%. Il y avait une contracture abdominale généralisée dans 2,85% des cas. La durée moyenne d'évolution était de 27 jours avec des extrêmes de 1 et 60 jours. L'échographie avait été réalisée chez 42,6% (46) et avait retrouvé un épanchement péri appendiculaire dans 29 cas. On a réalisé 90 abords par une incision de Mac Burney, 8 par voie médiane sous ombilical, 7 par voie médiane sus et sous ombilical. La quantité de liquide aspiré était supérieur à 100 cc chez 44,0% (43) des patients. Nous avons réalisé une appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire suivi

du lavage plus drainage de la cavité abdominale chez 58,1% (65) des patients, sans enfouissement dans 22,9%(24) appendicectomie sans drainage dans 4,8%(6) et le drainage simple a été réalisé 9,5% (10) des cas. Nous avons noté un taux de morbidité dans 15 (14,3%) cas .Aucun décès n'a été enregistré. Notre durée moyenne d'hospitalisation était de 6,54jours avec des extrêmes de 2 et 26jours.

CONCLUSION: L'abcès appendiculaire est une urgence chirurgicale fréquente. Il fait suite à l'appendicite aigue dont le diagnostic est retardé par des traitements non spécifiques dans notre pays.

Mots clés : Abcès appendiculaire, adulte, Appendicectomie

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.