

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un Peuple - Un But- Une Foi



U.S.T.T.B

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako
(USTTB)



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatolog

Année universitaire : 2022 - 2023

Thèse N°..... /

THÈSE

Péritonite appendiculaire au CSRéf de la commune I

Présentée et soutenue publiquement le 27/09 /2023

Par : Mr. Sambri TOURÉ

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr Lassana KANTE

Membre : Pr Boubacar KAREMBE

Co-directeur : Dr Cheickna TOUNKARA

Directeur : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

Je dédie ce modeste travail :

A ALLAH

Le très Haut, le très Grand, le Clément, L'Omniscient, l'Omnipotent. Le Tout Puissant, le très miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence. Je vous dois ce que je suis devenu. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

Au PROPHETE MOHAMED (paix et salut sur lui).

A mon père Feu Kita TOURE :

Cher père, tout d'abord je te remercie infiniment de m'avoir inscrit à l'école. C'est le moment pour moi de me prosterner sur ta tombe. Toi qui n'as jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres parce que pour toi tous les enfants étaient le tien. Toi qui m'as toujours dit de prioriser les études. Homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite. L'amour que tu as porté à tes enfants, la dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle. Ce travail est le tien. Cher père, je me rappelle de ton dernier message à mon égard quand je quittais la famille pour mes études au lycée : « Tu pars étudier à l'étranger, acceptes tout jusqu'à ce que tu réalises ton rêve » Tu es parti pour toujours un 02 Août 2011. Sois rassurer, la relève est assurée. Que Dieu t'accueille dans son Paradis. AMEN !!!

A ma mère Feue Kamafily DANSIRA :

Avec toi je comprends aisément que ce que l'on n'obtient pas dans le pacifisme ce n'est pas dans la violence que l'on l'obtiendra. Par ton courage nous n'avons rien envié aux autres. Sois sûre mère que les leçons dispensées ont été bien apprises. Ton amour pour les enfants d'autrui a été capital pour notre réussite. Je voulais partager ce moment unique avec toi ; mais depuis un 13 Avril 2004 tu

nous as quittés sans que je sois psychologiquement prêt à vivre sans toi. Dieu seul pourra te récompenser et t'accueillir dans son Paradis.

A mes tontons et tantes :

C'est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignant de mon amour et ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez toujours accordé. Recevez à travers ce modeste travail la récompense des sacrifices tant consentis et le témoignage de notre attachement.

A mes frères et sœurs :

Vous êtes pour moi une source d'inspiration. Chers frères et sœurs, armons-nous de courage et redoublons d'ardeur pour préserver les valeurs familiales. Rien ne vaut une famille unie. Merci pour vos inlassables souhaits de réussite.

A mes oncles et tantes :

Sauvegardons l'esprit d'unité qui règne entre nous. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A la très généreuse maman Feu Halla DIARRA :

Mère de tous les enfants, unique de par ta générosité. Je ne trouverai aucun mot pour te remercier. Tu m'as tout simplement sauvé comme tu l'as fait pour tant d'enfants. Je n'oublierai jamais cette phrase « Je suis ton père et ta mère, le jour où je mourrai tu pourras dire que tu as perdu tes parents ». Depuis le 04/02 /2018 je ne fais que remarquer ton absence. Dors en paix la très généreuse maman.

REMERCIEMENTS :

Aux familles :

Cheick Omar DEMBELE à Lafiabougou /Niantanso ;

Fodé DEMBELE à Titibougou / Bamako ;

Merci pour l'accueil chaleureux. Vos conseils et vos encouragements ne m'ont jamais manqué.

A mon maître Samakoun DEMBELE : Merci pour l'assistance.

A tous mes enseignants du Primaire à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie : Merci pour la qualité de la formation que vous m'aviez dispensée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

Aux Spécialistes en Chirurgie générale :

Nos Maîtres Dr Cheickna TOUNKARA, Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA. Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, votre patience et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

A Dr Bessy SAMAKE : Ta sérénité dans le travail témoigne ta détermination pour une formation de qualité. Merci pour les conseils et la formation reçue.

Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale : Moussa KONE, Seydou KASSOGUE, Mohamed TRAORE, Massa MOUNKORO, Bekaye COULIBALY, Mama GUINDO, Boureima NIARE, Abdoulaye DOLO, Souleymane SIMPARA, Yaya COULIBALY, Mahamadou FANE : merci pour la fraternité.

Aux médecins stagiaires du service :

Dr Bambaké DEMBELE Dr Mama SIMPARA, Dr Yaya DIARRA, Dr Lamine DEMBLE, Dr Alassane KONATE, Dr Tièba TRAORE. Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement et les conseils.

Aux cadets du service : Karim TRAORE, Dramane COULIBALY, Rokia SIMPARA, Korotoumou SAMAKE. Le chemin est encore long mais seul le courage et l'abnégation permettent d'atteindre le bout ; merci pour le respect.

Aux personnels infirmiers : Major Youssouf COULIBALY, Major CISSE, Mariam COULIBALY, Assan SANGARE, Fatoumata COULIBALY, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, Ana DICKO : Merci d'avoir assuré les soins des patients.

A l'équipe de garde : Dr Bessy SAMAKE, Mariam COULIBALY, Karim TRAORE, Fatim COULIBALY, Korotoumou SAMAKE, Badjè COULIBALY, Mama, Kadi : Merci pour la collaboration et les conseils.

Aux personnels d'anesthésie réanimation :

Dr Bakary Keita, Major Tanti Oumou, Younoussa DIALLO, Dr Haidara. Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

Aux personnels du bloc opératoire : Major DIA, Yacouba COULIBALY, BAGAYOKO, NIANG : Merci pour votre compassion.

Au médecin chef du CSRéf CI : Dr Djakaridja KONE. Mes très sincères remerciements et reconnaissances.

A tout le personnel administratif du CSRéf CI du district de Bamako.

A toute la 11ème promotion du numerus clausus.

A tous les personnels de l'ASACOFADJ et du Cabinet médical SYMPA :

Mes sincères remerciements.

A tous les étudiants de la FMOS/FAPH : Bon courage et bonne chance. Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury :

Pr Lassana KANTE

- Maître de Conférences agrégé de Chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chargé de cours Ibode à l'INFSS
- Membre de la SOCHIMA
- Membre de l'association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)
- Membre de l'Association Française des Chirurgiens (AFC)

Cher Maitre,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre courage, votre rigueur, votre sens social élevé ne sont que quelques-unes de vos qualités.

Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Soyez-en remerciés du fond du cœur et recevez cher maitre nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie.

Que Dieu vous accorde longue vie pleine de santé ! Amen !

A notre Maitre et membre de jury :

Pr Boubacar KAREMBE

- Maître de Conférences à la FMOS
- Spécialiste en Chirurgie générale
- Chef d'unité de chirurgie générale au CSRéf de CIII
- Membre de la SOCHIMA.

Cher Maitre,

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de joindre le jury de cette thèse. Votre compétence, Votre abord facile, votre rigueur associée à vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veillez croire, cher maitre, à l'assurance de notre respect et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Cheickna TOUNKARA

- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien Hospitalier au centre Hospitalier Mère-Enfant le Luxembourg
- Chargé de Recherche à la FMOS
- Enseignant Chercheur au CNRST

Cher Maitre,

Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à notre travail mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le diriger. Votre rigueur scientifique, votre goût pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain dans la recherche scientifique.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE :

Pr Bakary Tientigui DEMBELE

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chargé de cours à l'INFSS de Bamako
- Diplômé en pédagogie en science de la santé à l'université de Bordeaux
- Secrétaire général de la Société Malienne de Colo-proctologie
- Membre de la SOCHIMA
- Membre du Collège Ouest Africain de Chirurgie (WACS)
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)
- Membre de l'Association Française de Chirurgie (AFC)

Cher Maitre,

Vous nous faite un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales, font de vous un maitre accompli, trouvez ici cher Maitre, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie générale

ALR : Anesthésie locorégionale

AMG : Arrêt des matières et des gaz

ASP : Abdomen sans préparation

ATCD : Antécédent

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EVA : Echelle visuelle analogue

FID : Fosse iliaque droite

FIG : Fosse iliaque gauche

Fig : Figure

HTA : Hypertension artérielle

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IOT : Intubation oro-trachéale

J : Jour

Mc : Mac

ml : Millilitre

mm³ : Millimètre cube

NFS : numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SOCHIMA : Société de Chirurgie du MALI

Sup : Supérieur

TA : Tension artérielle

TR : Toucher rectal

UGD: Ulcère gastro-duodéal

USA: United States of America

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	13
II-OBJECTIFS.....	16
III-GENERALITES.....	17
Rappels anatomiques du péritoine.....	18
Rappels anatomiques de l'appendice.....	22
Les conséquences physiologiques de la péritonite appendiculaire.....	26
Rappel clinique.....	28
IV-METHODOLOGIE.....	33
V-RESULTATS.....	39
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	55
VII-CONCLUSION ET RECOMANDATIONS.....	70
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	74
ANNEXES.....	81

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La péritonite aiguë généralisée est une inflammation aiguë du péritoine. Elle est le plus souvent secondaire à une perforation d'organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominale [1].

La péritonite appendiculaire est une complication de l'appendicite aiguë ; elle se caractérise par la diffusion du processus infectieux à la cavité péritonéale. Elle réalise ainsi une péritonite purulente généralisée ou localisée ; elle peut apparaître d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire [2].

Malgré la couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an) [3].

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives [4;6] ont montré la prédominance des perforations appendiculaires : 60,6% selon CAMARA B. et 84,3% selon KONATE E.B.

Aux USA : FLUM D.R. et al. [7] en 2001 dans une étude rétrospective sur 63707 appendicectomies, a trouvé 25,85% de péritonite par perforation appendiculaire.

En Europe : KRAEMER M. [8] en 2003 dans une étude prospective multicentrique dans 11 départements de chirurgie en Allemagne et en Autriche sur 519 cas d'appendicite a relevé 17,7% de péritonite par perforation appendiculaire.

En Afrique : AZGAOU I. [9] au Maroc en 2011 dans une étude rétrospective sur les péritonites aiguës sur 2 ans au CHU Mohamed VI a trouvé 32,8% de péritonites appendiculaires.

OUANGRÉ E. et al. [10] au Burkina Faso en 2013 dans une étude transversale descriptive sur les péritonites aiguës généralisées réalisée 33% était d'origine appendiculaire.

Au Mali : En 2018 CISSÉ A.H. [11] dans son étude sur les péritonites aiguës, a trouvé 50% de perforations appendiculaires.

Le diagnostic de la péritonite aiguë est essentiellement clinique. Le traitement est médico-chirurgical associant la réanimation et l'antibiothérapie.

La gravité et le pronostic dépendent de l'âge, de l'étiologie, du délai de diagnostic, le traitement précoce et la durée longue des interventions.

DIARRA M.O. [12] en 2018 a trouvé le retard de consultation comme facteur de mortalité des péritonites appendiculaires dans une étude prospective et descriptive réalisée à l'hôpital de Sikasso.

Au regard de la fréquence élevée de cette pathologie dans notre service, nous avons décidé de réaliser cette étude. Le but de notre travail a été d'étudier les spécificités de la péritonite appendiculaire dans le CSRéf de la commune I.

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés comme objectifs :

II. OBJECTIFS

2.1.Objectif général :

Étudier la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune I.

2.2.Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune I.
- Déterminer les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques.
- Analyser les résultats de la prise en charge.
- Déterminer le coût de la prise en charge.

GÉNÉRALITÉS

III. GENERALITES

3.1. Rappels anatomiques du péritoine

3.1.1. Définition et description du péritoine : [13]

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne c'est à dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire.

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

- ❖ **Un feuillet pariétal** : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino-pelviennes. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia pro pria.
- ❖ **Un feuillet viscéral** : ou péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.
- ❖ **Des replis membraneux** : ou replis péritonéaux, relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ils engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Est appelé <<méso>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un segment du tube digestif. Est appelé <<ligament>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un organe intra abdominal ne faisant pas partie du tube digestif. Est appelé <<épiploon>> un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

3.1.2. Vascularisation du péritoine : [17, 18]

- Le péritoine pariétal est vascularisé de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques, circonflexes, artères issues directement de l'aorte et de l'artère iliaque externe.
- Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.

- Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul le dispositif juxta- diaphragmatique fait de fenêtres mésothéliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

3.1.3. Innervation du péritoine : [14]

Elle est très inégalement répartie, et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

- Le diaphragme (hoquet)
- Le nombril (cri de l'ombilic)
- Le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas)

3.1.4. Anatomie topographique de la cavité abdominale : [15]

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut la cage thoracique (région thoraco-abdominale), elle continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino- pelvienne). La racine du méso côlon transverse tendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous – méso coliques. (Voir fig. I)

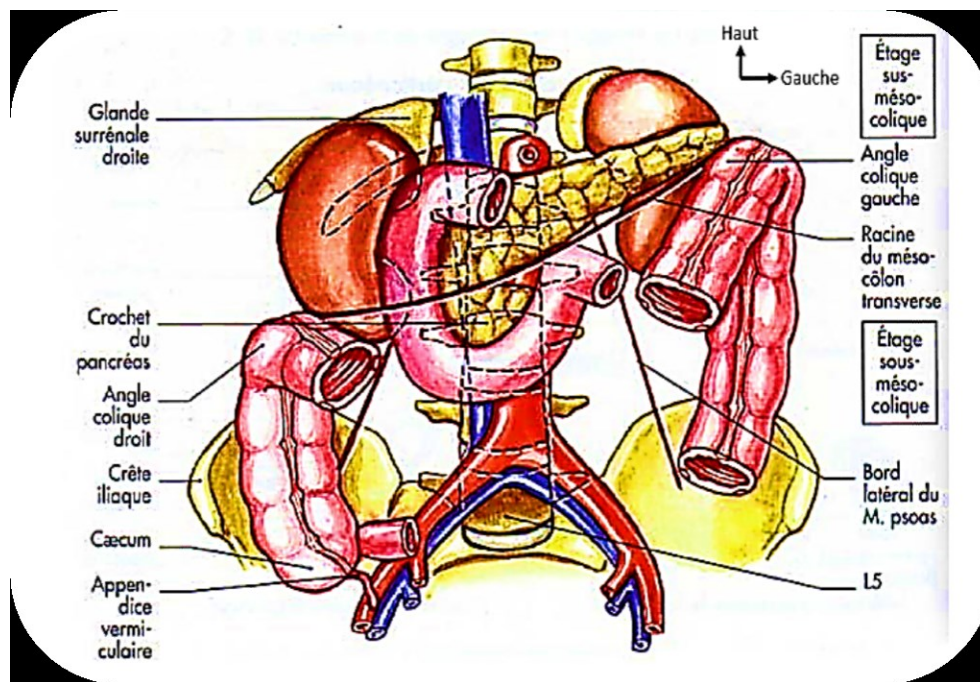


Figure 1 : les deux étages de la cavité abdominale [15].

Les différentes loges péritonéales sont :

❖ **À l'étage sus-mésocolique :**

- **La loge sous-phrénique droite**, comprise entre la face supérieure du foie et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie ;
- **La loge sous-phrénique gauche**, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche crânialement, l'estomac en dedans et la rate en bas ;
- **La poche rétro-gastrique** (ou arrière cavité des épiploons)
- **L'espace sous-hépatique** : décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

❖ **À l'étage sous-mésocolique :**

- **Les gouttières pariéto-coliques** droite et gauche comprises entre le colon ascendant à droite, descendant à gauche et la paroi latérale de l'abdomen ;

- **La loge supra mésentérique**, entre le mésentère et le méso colon ascendant ;
- **La loge infra-mésentérique** entre le mésentère et le méso colon descendant ;
- **Le cul de sac recto-génital (Douglas)**.

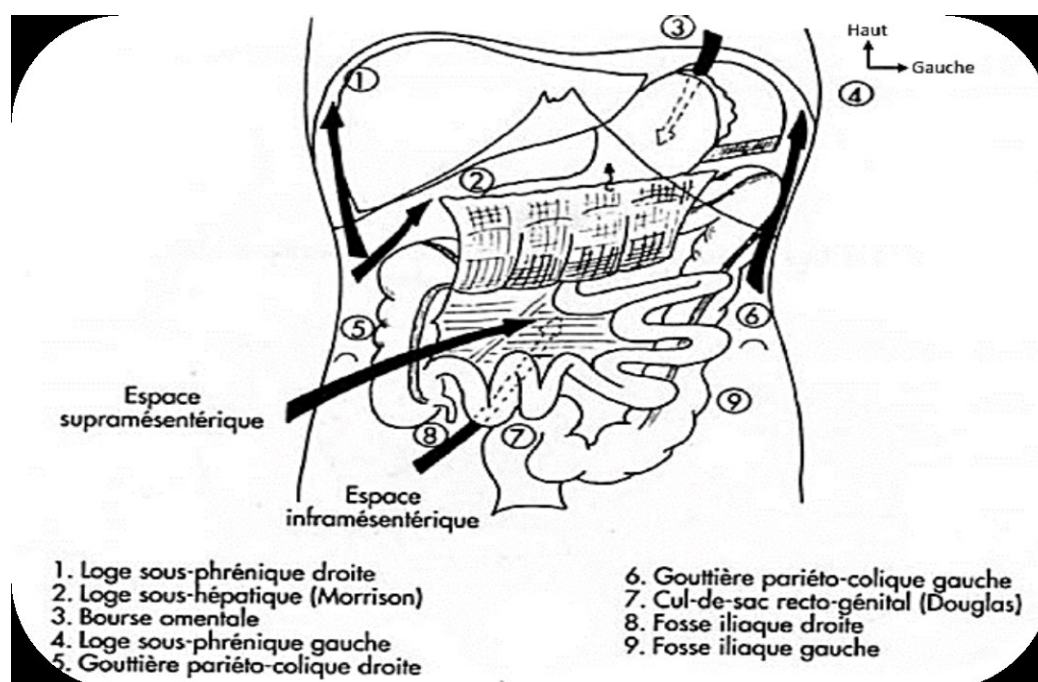


Figure 2 : les loges péritonéales [15].

3.1.5. Rapports du péritoine avec les organes : [14]

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes :

- ❖ **Les viscères rétro péritonéaux** comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal, sont en dehors de la cavité péritonéale ;
- ❖ **Les viscères intra péritonéaux** non engainés par le péritoine viscéral, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

- ❖ **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice

3.1.6. Physiologie du péritoine :

La surface occupée par le péritoine, de l'ordre de celle de la peau environ 2m² chez l'adulte.

La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens osmotique dits <passifs> :

- **La sécrétion** : L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux contient une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (50 à 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par les lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [14,16].
- **L'absorption** : L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [14,16]. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute **un drainage lymphatique dit <actif>** rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale.

3.2. Rappels anatomiques de l'appendice [17,18]

3.2.1. Embryologie :

Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon ; sa situation définitive est le résultat de la rotation de

l'anse ombilicale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite.

Diverticule du cæcum naissant de sa paroi interne à 2 ou 3 centimètres en dessous de la jonction iléo-cæcale, limite supérieure du cæcum, l'appendice s'implante au point de départ des bandelettes musculaires longitudinales du gros intestin. Ces trois bandelettes, antérieure, postéro-externe, postéro-interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antéro-externe, constitue le fond cæcal.

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 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.

3.2.2. Anatomie macroscopique

L'appendice 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 8cm de long et 4 à 8mm de diamètre. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (valvule de Gerlach).

3.2.3. Anatomie microscopique

Les parois de l'appendice sont constituées de dehors en dedans par :

- Une séreuse péritonéale interrompue par une mince lisérée correspondant à l'insertion du méso appendice ;
- Une couche musculaire longitudinale, puis circulaire. Cette couche musculaire bien développée dans son ensemble peut manquer par endroit 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 considérés 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 de la lumière appendiculaire.

On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes et, chez le sujet âgé l'appendice se présente parfois comme une simple corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

3.2.4. Anatomie topographique

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendant 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 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 cadran horaire : Latérocaecale, rétrocaecal pure ou en arrière de la jonction iléocaecale, mésocœliaque (sus ou sous-iliaque), pelvienne. La position latéro-caecale est la plus fréquente (65% des cas).

3.2.5. Anatomie fonctionnelle

La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'entérocytes. La sous-muqueuse contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans les mécanismes de défense. Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes qui franchissent la lumière appendiculaire. La couche musculaire grâce à son péristaltisme évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique.

3.2.6. Vascularisation de l'appendice

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de **l'artère ilio cœco-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 petit 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.

La veine iléo- cœco-colique appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure.

Les lymphatiques 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 iléocolique.

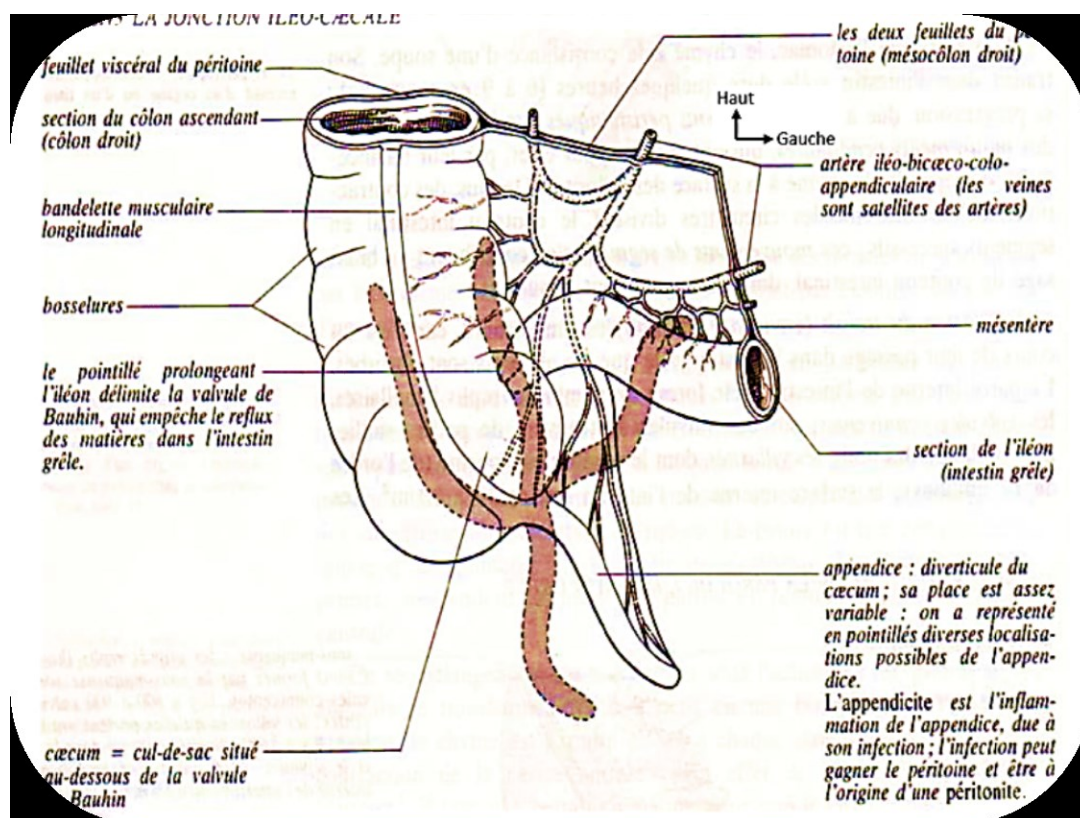


Figure 3 : la jonction iléo-caecale [19].

3.2.7. Innervation de l'appendice :

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

3.3. Les conséquences Physiopathologiques de la péritonite appendiculaires [2;20]

Sont celles des péritonites secondaires à un foyer septique intrapéritonéal. Elles sont locales et générales.

3.3.1. Les conséquences locales

L'augmentation de la perméabilité vasculaire est à l'origine de la fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif du péritoine et dans la lumière digestive. Un troisième secteur est ainsi soustrait aux secteurs hydriques cellulaire et extracellulaire. Cette séquestration hydro électrolytique et

protidique est proportionnelle à la surface du péritoine infecté. Ces pertes liquidiennes atteignent 4 à 6 litres par jour lorsque la péritonite est généralisée.

L'iléus paralytique est une conséquence locale précoce de la contamination septique du péritoine. En ventousant le foyer appendiculaire il participe au cloisonnement de l'infection par les adhérences fibrineuses qui unissent l'intestin, l'épiploon et le foyer appendiculaire ainsi est créé un rempart provisoire contre la généralisation de l'infection à toute la cavité péritonéale. Une éventuelle organisation fibrineuse de ces adhérences peut conduire à une péritonite plastique localisée soudant le carrefour iléo-cœco-appendiculaire entouré de l'intestin, de l'épiploon et la paroi abdominale constituant un blindage douloureux : le plastron appendiculaire.

La production d'un exsudat intra péritonéale, en réaction à la contamination septique, est attirée par les mouvements respiratoires sous la coupole diaphragmatique droite et par la déclivité dans le cul- de- sac de Douglas.

Une péritonite généralisée d'origine appendiculaire peut survenir en un, deux, trois temps.

3.3.2. Les conséquences générales

A la phase initiale d'une péritonite avant que le péritoine ne se recouvre d'enduit fibrineux, l'absorption séreuse est augmentée du fait de l'hyperperméabilité vasculaire. Il en résulte une diffusion des toxines et bactéries dans la circulation générale. Cette libération de substances toxiques reste sur toutes les grandes fonctions de l'organisme.

- ❖ **La défaillance cardiocirculatoire** : est due à la fois au choc septique provoqué par la dissémination toxi-infectieuse et à l'hypovolémie secondaire au troisième secteur séquestré dans l'abdomen. Le résultat global est un défaut d'oxygénation, tissulaire. Il s'ensuit une glycolyse

anaérobie que conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique.

❖ **Le retentissement respiratoire** : Est parallèle au retentissement cardiovasculaire. Il répond à 2 mécanismes :

- La réduction de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques avec atélectasie des bases pulmonaires et épanchement pleural réactionnel à la péritonite sous-jacente ;
- Un œdème lésionnel par atteinte directe de la membrane alvéolo-capillaire.

Le retentissement rénal, répond lui aussi à 2 mécanismes :

- Défaut de perfusion secondaire à l'hypo volémie ;
- Action directe des substances toxiques libérées dans la circulation.

3.4. Rappel clinique :

3.4.1. Type de description : Péritonite appendiculaire généralisée chez un homme jeûne de 25 ans vu tôt.

❖ **Signes fonctionnels** :

Le diagnostic est clinique associant :

✓ **Une douleur**

Continue, rapidement progressive, très intense, maximale dans la fosse iliaque droite, mais elle est souvent diffuse, sans irradiation.

✓ **Des vomissements**

Alimentaires, puis bilieux, répétés et fréquents.

✓ **Des troubles du transit** :

- Arrêt de matières et de gaz
- Parfois diarrhée

❖ **Signes généraux :**

- ✓ **La fièvre :** habituellement élevée supérieure à 38, 5° C
- ✓ **L'état général :** est conservé au début mais le sujet est anxieux et le pouls filant. La TA est habituellement normale à ce stade.

❖ **Les signes physiques :** l'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite :

- **À l'inspection :** diminution ou absence de la respiration abdominale ;
- **La palpation :** mains réchauffées bien à plat en commençant par les endroits moins douloureux ; trouve typiquement une contracture diffuse, invincible et douloureuse ;
- **Aux touchers pelviens :** douleur vive au cul de sac Douglas.

❖ **Les examens para cliniques :**

- **L'Échographie :** est inutile dans ces formes typiques, met en évidence des signes d'épanchement intrapéritonéal et identifie la lésion causale : l'appendicite
- **La biologie :** vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale :
 - Un hématicrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ;
 - Leucocytose élevée souvent supérieure à 15000/ mm³
- **Radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) :** montre :
 - Des signes occlusifs (distension gazeuse de la grêle et du côlon avec des niveaux hydroaériques) ;
 - Un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)

L'absence de pneumopéritoine dans la péritonite appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important.

- **Le scanner abdominale :** est aussi inutile dans ces formes typiques, met en évidence les mêmes signes comme pour l'échographie.

❖ Diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire

➤ Les affections non péritonéales

Avant tout il importe d'éliminer les affections non péritonéales, pour ne pas commettre une erreur décisionnelle sur l'indication opératoire.

- **Les rares pneumopathies** à expression abdominale sévère sont discutées devant une image anormale sur la radiologie pulmonaire, en gardant toute fois en mémoire la possibilité d'une pneumopathie de déglutition provoquée par des vomissements d'une réelle péritonite.

- **Les pyélonéphrites** avec douleur abdominale, fièvre et signe d'iléus peuvent poser de difficiles problèmes cliniques, car elles s'accompagnent de défense abdominale dans 20% des cas.

Ce sont toutefois des formes sévères avec des germes à l'examen cyto bactériologique direct des urines.

- **La pancréatite aiguë** est évoquée sur l'élévation de l'amylasémie et confirmée par le scanner pour éviter une intervention chirurgicale inutile à ce stade.

➤ Les péritonites diffuses

Devant une péritonite diffuse, le diagnostic différentiel avec une autre affection chirurgicale à moins d'importance car il vaut mieux poser l'indication opératoire que faire un diagnostic lésionnel précis. Le problème se pose peu chez l'enfant où la péritonite est presque toujours d'origine appendiculaire. En revanche chez l'adulte le diagnostic peut être plus difficile. L'existence d'un pneumopéritoine permet d'exclure l'origine appendiculaire, mais son absence n'exclut en rien la perforation d'un viscère creux. Plaideront en faveur de, l'origine appendiculaire le début des douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout l'absence d'élément orientant vers une autre étiologie :

- Poussées douloureuses épigastriques antérieures ou prise récente ou continue de médicaments gastro toxiques évoquant une **perforation gastrique** ;
- Les crises douloureuses fébriles ou non, survenues antérieurement dans la fosse iliaque gauche chez un sujet de plus de 50ans évoque **une péritonite sigmoïdienne** ;
- Antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques et surtout trouble du rythme, devant faire penser à **l'infarctus mésentérique**.

❖ **Traitement :**

➤ **But :**

-Éradiquer le foyer infectieux

-Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

➤ **Moyens :** sont médicaux et chirurgicaux

- **Le moyen médical**

- **La réanimation** : c'est le premier temps essentiel, elle associe :
- **La rééquilibration hydro – électrolytique** par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale ;
- **La sonde nasogastrique** nécessaire pour aspirer les liquides de stase gastrique et pour quantifier les pertes hydriques ;
- **La sonde urinaire** pour la surveillance de la diurèse horaire et la fonction rénale.
- **L'antibiothérapie** : doit être :
 - ✓ Précoce
 - ✓ Active sur les germes aérobies et anaérobies et les gram négatifs
 - ✓ Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus, liquide péritonéal, hémoculture).

- **La chirurgie :**

Le traitement chirurgical a pour but l'ablation de l'appendice et l'évacuation du pus ainsi que la toilette péritonéale complète.

Classiquement, une péritonite localisée peut être abordée par une voie élective, habituellement dans la fosse iliaque droite, et les péritonites généralisées par une grande voie médiane afin d'assurer une toilette de l'ensemble de la cavité péritonéale avec 10 à 12 litres de sérum salé.

Le drainage reste discuté.

Actuellement, les progrès accomplis par la coeliochirurgie permettent d'effectuer le lavage péritonéal des péritonites appendiculaires diffuses sans qu'il soit besoin d'ouvrir largement l'abdomen. De cette façon il est possible, par plusieurs trocarts, d'effectuer un lavage très complet de la cavité péritonéale et de terminer l'intervention par une appendicectomie sous cœlioscopie. Ainsi, et paradoxalement, ce sont les appendicites les plus graves qui bénéficient le plus du recours à la coeliochirurgie.

❖ **Résultat :**

La gravité est fonction de l'âge du malade, du retard diagnostique. La perforation appendiculaire est une péritonite de bon pronostic avec un taux de mortalité <10% [2].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective. Elle s'est déroulée sur une période de 05 ans ; allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021.

4.2. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CSRéf CI du district de Bamako.

4.2.1. Situation géographique :

Le CSRéf CI est situé à Korofina Nord rue 439 près du terrain de football et de la mairie.

Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie générale est divisé en deux blocs :

- Les bureaux des chirurgiens et du major, la salle de soins, les salles d'hospitalisation situées dans le bloc d'hospitalisation au sud-est du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

4.2.2. Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 3 bureaux (2 pour les chirurgiens, 1 pour le major), d'une salle de garde (pour les internes et pour les infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie et comprend deux salles d'opération (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf excepté la chirurgie ORL et d'Odontostomatologie.

4.2.3. Le personnel :

- Le personnel permanent est composé de :
 - Deux (2) chirurgiens dont un (1) Maître assistant / chargé de recherche,
 - Un (1) assistant médical IBODE major du bloc,
 - Un (1) technicien supérieur en santé, 5 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 3 techniciens de surface ou manœuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

4.2.4. Les activités :

- Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions chirurgicales d'urgence et les hospitalisations.
- Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes.
- Les staffs se tiennent chaque vendredi.
- Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et la salle d'hospitalisation.

4.3. Population d'étude :

➤ Échantillonnage :

Nous avons recensé 75 dossiers durant la période d'étude qui répondaient au critère d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion :

Tout patient admis, opéré et suivi dans le service de chirurgie générale du CSRéf CI du district de Bamako pour péritonite appendiculaire.

➤ Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus dans cette étude :

- ✓ Patients opérés pour péritonite appendiculaire chez qui le diagnostic per opératoire de péritonite appendiculaire n'a pas été retenu.
- ✓ Dossiers incomplets.

4.4. Méthode :

Tous les malades à l'admission ont bénéficié d'un examen clinique complet. Au terme de cet examen ; ceux dont le diagnostic de péritonite appendiculaire était évident, ont été exempts d'examen radiologique. Par ailleurs, certains examens complémentaires tels que : A.S.P et l'échographie abdominale ont été demandés chez d'autres pour étayer le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Tous les malades ont bénéficié d'une préparation à l'intervention en préopératoire et une réanimation en postopératoire immédiat.

Les interventions chirurgicales ont été effectuées par un chirurgien généraliste qui décide de la technique opératoire.

Dans les suites opératoires :

- Les complications ont été recherchées au lit du malade pendant la période d'hospitalisation,
- Elles ont été évaluées selon la classification de Clavien-Dindo.

• **Tableau I : Classification des complications post opératoires selon Clavien-Dindo :**

Grade	Définition	Exemples
I	Tout évènement post-opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement médical, chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les seuls traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes et la physiothérapie.	Iléus, abcès de la paroi mis à plat au chevet du patient.
II	Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade I.	Thrombose veineuse périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion
III	Complication nécessitant un traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique.	
IIIa	Sans anesthésie générale	Ponction guidée radiologiquement
IIIb	Sous anesthésie générale	Reprise chirurgicale pour saignement ou autre cause
IV	Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs.	
Iva	Défaillance d'un organe	Dialyse
IVb	Défaillance multi-viscérale	
V	Décès	

- À la sortie, c'était les visites post-opératoires ordinaires.

4.5. Variables :

Nous avons étudié les variables suivantes :

- Variables sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence, niveau d'étude et mode d'admission.
- Examen clinique : signes généraux, signes fonctionnels, signes physiques.
- Examen complémentaire : A.S.P, échographie et bilan biologique.

4.6.Support :

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquête individuelle, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie.

Les données ont été saisies avec les logiciels « Word et Excel » version 2021 et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25.

La comparaison des paramètres a été faite en utilisant le test statistique Chi² avec P significatif < 0,05.

4.7.Éthique :

Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu.

RÉSULTATS

V. RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, nous avons réalisé 75 interventions pour péritonite appendiculaire. Ce qui représente :

- 6480 consultations chirurgicales parmi lesquelles la péritonite appendiculaire représentait 1,2% ;
- 1040 hospitalisations soit 7,2% des cas de péritonite appendiculaire ;
- 1225 interventions chirurgicales soit 6,1% de péritonite appendiculaire ;
- 136 cas de péritonites aiguës soit 55,15% de péritonite appendiculaire.

1-Données sociodémographiques :

- **Âge :**

Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge

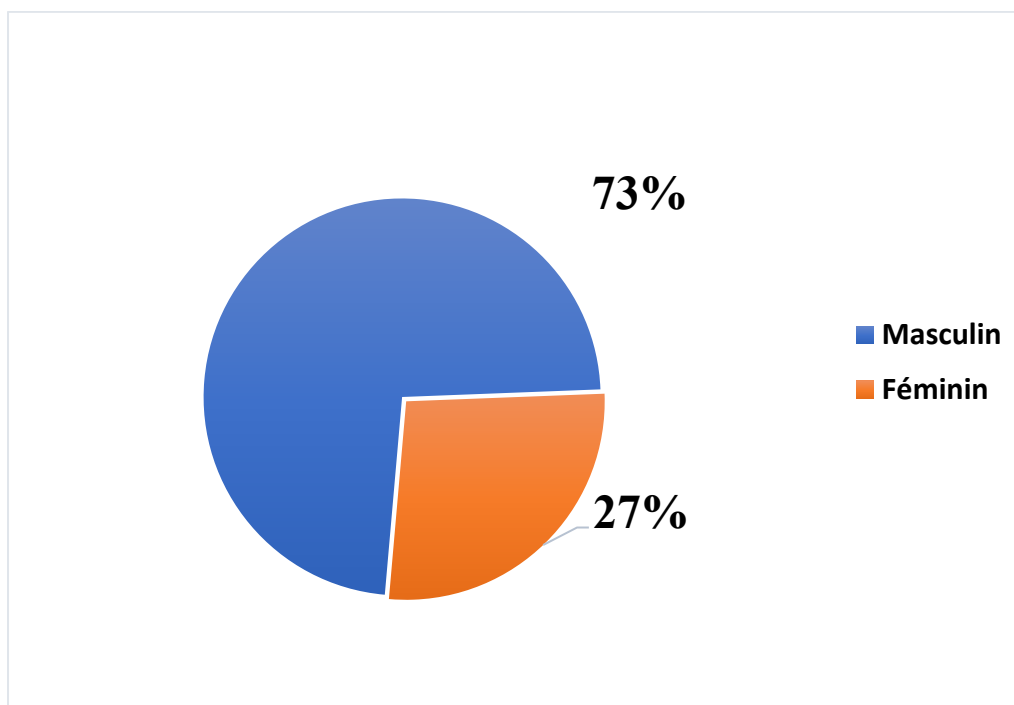
Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
16 - 30 ans	34	45
31 - 45 ans	27	36
> 45 ans	14	19
Total	75	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 16 à 30 ans soit 45% des cas.

- L'âge moyen était 33,73 ans.
- Écart type 12,22.
- Les extrêmes étaient de 16 ans et 65 ans.

➤ **Sexe :**

Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe



Le sex-ratio était de 2,75 pour le sexe masculin.

➤ **Profession :**

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Élève et /ou Étudiant	22	29
Fonctionnaire	16	21
Ouvrier	15	20
Cultivateur	10	13
Ménagère	9	12
Commerçant	3	4
Total	75	100

Les élèves et / ou étudiants représentaient 29% des cas.

➤ **Résidence :**

Tableau IV : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune I	71	95
Hors commune I	4	5
Total	75	100

La majorité de nos patients résidaient en commune I soit 95% des cas.

➤ **Niveau d'étude :**

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Aucun	14	19
Primaire	28	37
Secondaire	15	20
Supérieur	18	24
Total	75	100

Le niveau d'étude de nos patients était primaire dans 37% des cas.

➤ **Mode d'admission :**

Tableau IVI: Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référé (e)	50	67
Consultation ordinaire	25	33
Total	75	100

La référence était le mode d'admission le plus fréquent soit 67% des cas.

2-Signes fonctionnels :

➤ **Délais de consultation :**

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Fréquence	Pourcentage
< 1j	35	47
1-3j	30	40
> 3j	10	13
Total	75	100

Le délai moyen de consultation était de 3 jours. Les extrêmes étaient de 0,25 jours et 5 jours.

➤ **Motif de consultation :**

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	72	96
Autre	3	4
Total	75	100

Autre : Vomissements + Fièvre = 2 et Arrêt des matières et des gaz = 1

La quasi-totalité des malades soit 96% avait consulté pour douleur abdominale.

➤ **Mode de début :**

Tableau IX : Répartition des patients selon le mode de début

Mode de début	Fréquence	Pourcentage
Progressif	41	55
Brutal	34	45
Total	75	100

Le début était brutal dans 45% des cas.

➤ **Siège de la douleur :****Tableau X:** Répartition des patients selon le siège initial de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
FID	46	61
Diffus	18	24
Épigastrique	8	11
Hypogastrique	2	3
Péri-ombilical	1	1
Total	75	100

La douleur siégeait initialement dans la fosse iliaque droite dans 61% des cas et diffuse dans 24% des cas.

➤ **Type de la douleur :****Tableau VIII:** Répartition des patients selon le type de douleur

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Piqûre	40	53
Colique	16	21
Pesanteur	12	16
Torsion	5	7
Brûlure	2	3
Total	75	100

La douleur à type de piqûre était présente dans 53% des cas.

➤ **Signes d'accompagnement de la douleur :****Tableau VIII :** Répartition des patients selon les signes d'accompagnement de la douleur

Signes d'accompagnement de la douleur	Effectif	Pourcentage
Nausées et vomissements	45/75	60
Néant	6/75	8
Diarrhée	1/75	1

Les nausées et vomissements étaient les signes d'accompagnement de la douleur les plus fréquents soit 60% des cas.

Tableau IXI : Répartition des patients selon les antécédents

ATCD	Effectif	Pourcentage
HTA	1/75	1
Diabète	1/75	1
Drépanocytose	1/75	1
Asthme	2/75	3
Antécédent chirurgical	2/75	3

La majorité de nos patients étaient sans antécédent soit 91% des cas.

3- Examen général :

➤ Etat général :

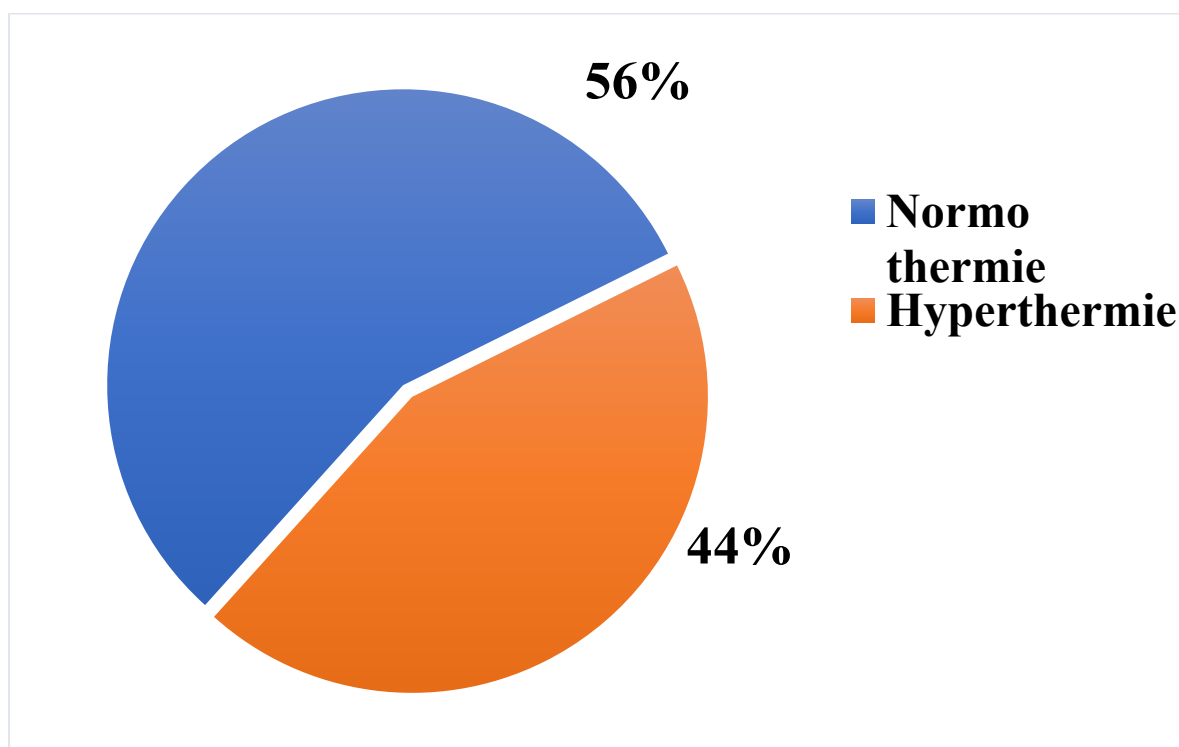
Tableau XIV : Répartition des patients selon l'état général

État général	Fréquence	Pourcentage
OMS I	72	96
OMS II	3	4
Total	75	100

Les patients étaient OMS I dans 96% des cas.

➤ Température :

Figure 5 : Répartition des patients selon la température



La fièvre était présente dans 44% des cas.

4- Examen physique :**➤ Signes physiques :****Tableau XV : Répartition des patients selon les signes physiques**

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douleur à la palpation	75/75	100
Défense localisée	17/75	23
Contracture	58/75	77
Cri de l'ombilic	36/75	48
Douglas bombé	29/75	39
TR douloureux	56/75	75
Matité	27/75	36
Tympanisme	11/75	15

La douleur à la palpation a été observée chez tous nos patients, suivie de la contracture abdominale avec 77% des cas.

5- Examens complémentaires :

5-1 Echographie :

➤ **Résultat de l'échographie :**

Tableau XI : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

Résultat de l'échographie	Effectif	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	25	33,3
Appendicite aiguë	16	21,3
Épanchement liquidien de moyenne abondance dans la cavité péritonéale	13	17,3
Péritonite aiguë	10	13,3
Épanchement purulente dans la fosse iliaque droite	8	10,7
Présence d'une collection hétérogène péri appendiculaire	2	2,7
Syndrome sub-occlusif sur pelvipéritonite	1	1,3
Total	75	100

L'aspect échographique était en faveur d'une péritonite appendiculaire dans 33,3% des cas suivi de l'appendicite aiguë avec 21,3%.

5-2 Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP):

➤ Résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation :

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation

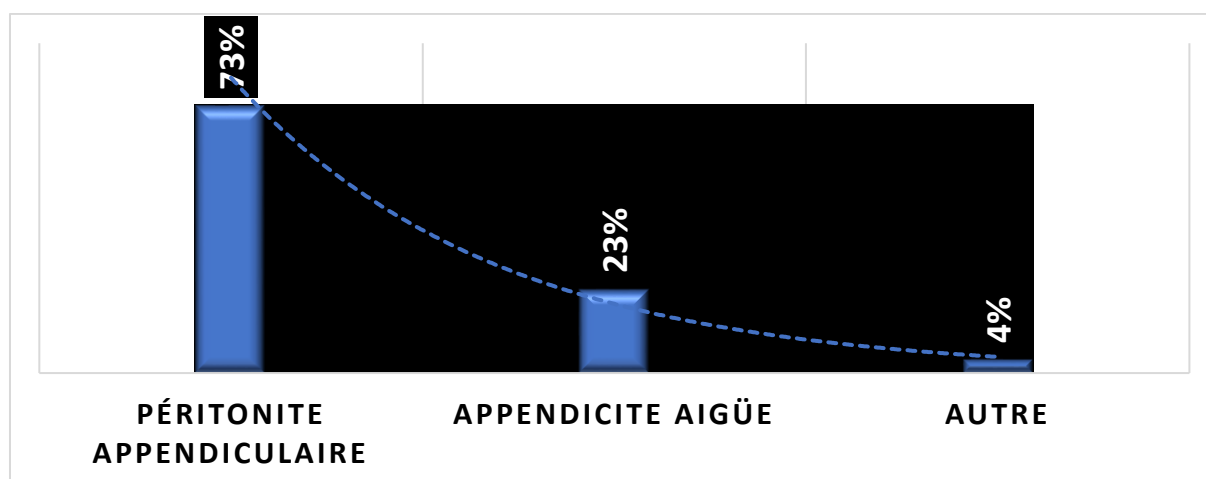
Résultat de la radiographie de l'Abdomen sans préparation (ASP)	Effectif	Pourcentage
Non fait	63	84
Grisaille	5	7
NHA	4	5
Normal	3	4
Total	75	100

L'abdomen sans préparation a été réalisé chez 16% des patients, avec une grisaille diffuse chez 7%.

6-Diagnostic :

➤ Diagnostic préopératoire :

Figure 6 : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire



Autre : Occlusion intestinale aiguë = 1 ; péritonite par perforation gastrique = 1 et péritonite gynécologique = 1.

Le diagnostic de péritonite appendiculaire a été maintenu dans 73% des cas.

➤ **Diagnostic per opératoire :**

Tableau XIII : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Fréquence	Pourcentage
Péritonite appendiculaire généralisée	62	83
Péritonite appendiculaire localisée	13	17
Total	75	100

La péritonite appendiculaire était généralisée dans 83% des cas.

7- Traitement :

- Tous nos patients ont bénéficié d'un remplissage préopératoire de courte durée,
- Perfusions de solutés,
- Mise en place d'une sonde urinaire,
- Antibiothérapie et antalgiques,
- Une diète jusqu'à la reprise du transit,
- Drainage en peropératoire effectué chez tous les patients.

➤ **Type d'anesthésie :**

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type anesthésie

Type d'Anesthésie	Effectif	Pourcentage
AG+IOT	65	87
ALR	10	13
Total	75	100

L'anesthésie générale avec intubation orotrachéale était le type le plus utilisé soit 87% des cas. L'anesthésie locorégionale a été utilisée pour certains cas de péritonite appendiculaire localisée (13%).

➤ **Type d'incision :**

Tableau XX : Répartition des patients selon le type d'incision

Incision	Effectif	Pourcentage
Laparotomie médiane	58	77
Mc Burney élargi	17	23
Total	75	100

La laparotomie médiane était la voie d'abord la plus représentée soit 77%.

➤ **Siège de l'appendice :**

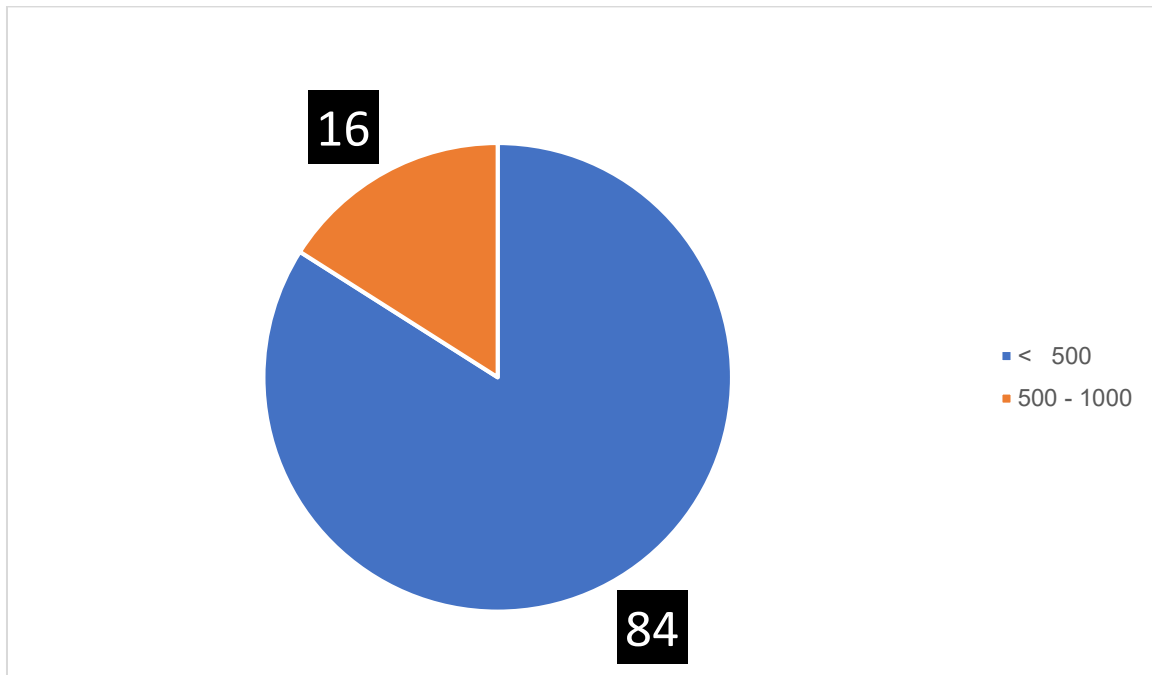
Tableau XXI : Répartition des patients selon le siège de l'appendice

Siège de l'appendice	Effectif	Pourcentage
Latéro-cæcal	51	68
Rétro cæcal	13	17
Mésocœliaque	11	15
Total	75	100

L'appendice était latéro-cæcale dans 68% des cas.

➤ **Quantité d'épanchement :**

Figure 7 : Répartition des patients selon la quantité d'épanchement (ml)



L'épanchement était inférieur à 500 ml dans 84% des cas.

➤ **Aspect du liquide :**

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'aspect du liquide

Aspect du liquide	Effectif	Pourcentage
Pus franc	45	60
Séro-purulent	18	24
Trouble	12	16
Total	75	100

Le liquide était du pus franc dans 60% des cas.

➤ **Geste effectué :**

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le geste effectué

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie + enfouissement du moignon + toilette péritonéale + drainage	36	48
Appendicectomie sans enfouissement du moignon + toilette péritonéale + drainage	39	52
Total	75	100

L'appendicectomie sans enfouissement du moignon plus la toilette péritonéale plus drainage a été réalisée chez 52% de nos patients.

8-Pronostic :

➤ **Score pronostic de Mannheim :**

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le score pronostic de Mannheim

Score de Mannheim	Effectif	Pourcentage
< 26	69	92
> 26	6	8
Total	75	100

Le score de Mannheim était favorable dans 92% des cas.

9-Évolution / Complications :➤ **Suites opératoires précoces (J15) :****Tableau XXV :** Répartition des patients selon les suites opératoires précoces (J15)

Suites opératoires précoces (J15)	Fréquence	Pourcentage
Simple	65	87%
Suppuration pariétale	10	13%
Total	75	100

Les suites opératoires étaient simples chez 87% des malades.

➤ **Classification de Clavien-Dindo :****Tableau XXVI :** Répartition des complications selon la classification de Clavien-Dindo

Grade	Effectif	Pourcentage
II	9	90
V	1	10
Total	10	100

Nous avons traité médicalement 90% des complications (Grade II).

Un (1) cas de décès par choc septique a été observé soit 10% des complications (Grade V).

Nous n'avons pas enregistré de cas de Grade I, III et IV.

➤ **Suites opératoires tardives (1mois et plus) :**

Les suites opératoires tardives (1mois et plus) ont été simples chez 98,7% des patients.

➤ **Durée d'hospitalisation :**

Tableau XXVII : Répartition des patients selon durée d'hospitalisation.

Durée totale d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1 - 7j	59	79
8 - 14j	6	8
> 14	10	13
Total	75	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours avec des extrêmes de 4 à 25 jours

10-Cout de la prise en charge

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le coût de la prise en charge.

Coût de la prise en charge (FCFA)	Effectif	Pourcentage
125.000-150.000	57	76
150.000-200.000	15	20
200.000-225.000	3	4
Total	75	100

Le coût moyen de la prise en charge était de 182.500FCFA avec des extrêmes de 125.000F CFA et 225.000FCFA.

11 -Analyse bi variée :**➤ Âge et complications :****Tableau XXIX : Âge et complications.**

Âge	Complications		Total
	Suppuration	Pas de complication	
16 – 30 A	3 (4%)	31 (42%)	34 (46%)
31 – 45 A	3 (4%)	24 (32%)	27 (36%)
> 45 A	4 (5%)	10 (13%)	14 (18%)
Total	10 (13%)	65 (87%)	75 (100)

Test de Fisher = 3,210 P= 0,238

L'âge ne représente pas un facteur de complication.

➤ Délai de consultation et complication :**Tableau XXX : Délai de consultation et complications**

Délai de consultation	Complication		Total
	Suppuration	Pas de complication	
> 3 j	2 (3%)	8 (10%)	10 (13%)
1–3 j	4 (5%)	26 (35%)	30 (40%)
< 1 j	4 (5%)	31(42%)	35 (47%)
Total	10 (13%)	65 (87%)	75 (100%)

Test de Fisher = 0,803 P= 0,723

Les complications ne sont pas en rapport avec le délai de consultation.

➤ **Type de péritonite appendiculaire et complications :**

Tableau XXXI : Type de péritonite appendiculaire et complications

Type de péritonite appendiculaire	Complication		Total
	Suppuration	Pas de complication	
Péritonite appendiculaire généralisée	7 (9%)	55 (74%)	62 (83%)
Péritonite appendiculaire localisée	3 (4%)	10 (13%)	13 (17%)
Total	10 (13%)	65 (87%)	75 (100)

Test de Fisher = 0,2339 P= 0,364

Les complications n'étaient pas liées au type de péritonite.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur cinq (05) ans du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2021. Elle a portée sur 75 patients opérés pour péritonite appendiculaire.

Les patients ont été recensés à partir des dossiers d'hospitalisation et des registres de compte rendu.

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés telles que :

- Le mauvais archivage.
- L'insuffisance du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains bilans en urgence et d'autres pendant la garde et les jours non ouvrables dans le centre.

2-Épidémiologie :

2-1 Fréquence :

- **Fréquence de la péritonite appendiculaire selon les auteurs :**

Tableau XXXII : Fréquence de la péritonite appendiculaire selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Test
YAOKREH J.B. [22] (Côte d'ivoire, 2015)	47,9 %	P = 0,54
OUANGRÉ E. (Burkina Faso ; 2013) [10]	33%	P = 0,0058
Mallé O. [25], Mali, 2012	52,5%	P = 0,33
Notre étude 2022	55,15%	-

Au cours de notre étude, la péritonite appendiculaire a représenté 6,1% des interventions chirurgicales et 55,15% des péritonites aiguës au CSRéf de la commune I du district de Bamako.

Ce taux est comparable à des études menées par MALLE O. [25] en 2012 dans le service et YAOKREH J.B. en Côte d'Ivoire [22] en 2015 qui ont trouvé respectivement 52,5% et 47,9%.

Par contre OUANGRÉ E. au Burkina Faso en 2013 [10] a rapporté un taux inférieur :33%.

Cette baisse du taux par rapport à notre étude pourrait s'expliquer par le lieu et la durée de l'étude.

2-2 Âge selon les auteurs :

➤ Âge moyen selon les auteurs :

Tableau XXXIII : Âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Âge moyen	Effectif
Harouna Y. NIGER (2005) [33]	26	70
CAMARA B. Mali (2008) [4]	22.5	137
MARIAGE M. France (2016) [32]	39.8	89
Notre série 2022	33,7	75

L'âge moyen de nos patients était de 33,73 ans avec des extrêmes de 16 ans et 65 ans.

Cette moyenne est :

- Supérieure à celles de HAROUNA Y. au Niger [23] en 2005 et de CAMARA B. au Mali [4] en 2008 qui ont respectivement trouvé 26 ans et 22,5 ans.
- Inférieure à celle de MARIAGE M. en France [24] en 2016 qui dans sa série a trouvé 39,8 ans.

2-3 Sex-ratio :➤ **Sex-ratio selon les auteurs :****Tableau XXXIV : Sex-ratio selon les auteurs**

Auteurs	Sex-ratio	Effectif
DIARRA M.O (2018) [33] Sikasso	2,44	31
KONE A. (2020) CS Réf CII [4]	1,33	42
MARIAGE M. France (2016) [32]	1,22	89
Notre série 2022	2,75	75

Le sexe n'étant pas un facteur de risque des péritonites ; cependant, la prédominance masculine observée dans notre étude est en accord avec les différents auteurs : DIARRA M.O. [12], MARIAGE M. [24] et KONE A. [4].

3-Étude clinique :

Malgré les avancés dans la prise en charge de l'appendicite, l'effectif des péritonites d'origine appendiculaire reste élevé. Elle demeure la principale étiologie des péritonites aiguës.

- Dans notre série, la péritonite appendiculaire a représenté 55,15% des péritonites aiguës.
- Ces résultats sont comparables à ceux de MALLE O. en 2012 [25] et de YAOKREH J.B. (Côte d'ivoire, 2015) [22] qui ont respectivement rapporté 52,5% et 47,9%.
- OUANGRÉ E. (Burkina Faso, 2013) [10] a rapporté un taux inférieur : 33%.

3-1 Délai de consultation :➤ **Délai de consultation selon les auteurs :****Tableau XXXV : Délai moyen de consultation selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Délai moyen (jours)
MARIAGE M. France (2016) [32]	89	1
BAKHOU A. Maroc (2012) [26]	63	5
KONE A. (2020) CSRéf CII [4]	42	5,4
Notre étude 2022	75	3

Un long délai de consultation est observé dans les séries africaines [4 ; 12 et 26] en moyenne entre 5-6 jours, contre seulement 1 jour en France [24].

Le délai moyen de consultation dans notre étude était de 3 jours qui reste proche de celui des auteurs africains (BAKHOU A. [26] ; KONE A. [4]).

Ce délai reste supérieur à celui observé dans les séries françaises [14 ; 24]

Ce retard de consultation serait lié :

- Au recourt à l'automédication et au traitement traditionnel en première intention,
- Au manque de moyens financiers et l'absence d'assurance maladie,
- À l'insuffisance de la couverture sanitaire,
- À l'organisation du système national de santé.

3-2 Signes cliniques :

L'agression chimique et/ou septique du péritoine, dans la péritonite, entraîne de profondes modifications à la fois péritonéales et systémiques avec des retentissements local et général qui sont à l'origine des signes suivants [17].

3-2-1 Les signes fonctionnels :

➤ **Les principaux signes fonctionnels selon les auteurs :**

Tableau XXXVI : Les principaux signes fonctionnels selon les auteurs

Signes fonctionnels	Auteurs			
	JHOBTA R.S. Inde 2006 [27] N = 504	BAKHOU A. Maroc 2012 [26] N = 63	DIARRA M.O. Mali 2018 [12] N = 31	Notre Etude 2022 N = 75
Douleur abdominale	95%	100%	100%	96%
Vomissements	81%	96%	80,6%	60%
Arrêt des matières et des gaz	-	19%	6,4	-

La douleur abdominale était le maître symptôme dans la quasi-totalité des cas (96%). Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs : BAKHOU A. [26] au Maroc en 2012, DIARRA M.O. [12] au Mali en 2018 et JHOBTA R.S. [27] en Inde en 2006. Ce résultat est conforme aux données de la littérature.

Dans notre étude cette douleur était accompagnée de nausées et vomissements chez 60% des malades. Ils traduisent l'expression de l'iléus paralytique dans les

formes généralisées et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques [28].

3-2-2 Signes généraux :

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [14].

La fièvre habituellement élevée dès le début a été chiffrée chez 44% de nos patients. Ce taux est comparable à celui de DIARRA M.O. [12] 41,9% et différente de CAMARA B. [4] 85,7%. Cette différence pourrait s'expliquer par la prise d'antalgiques et/ou antipyrétiques par nos patients avant leur admission.

3-2-3 Signes physiques :

➤ Signes physiques selon les auteurs :

Tableau XXXVII : Signes physiques selon les auteurs

Signes physiques	Auteurs			
	CAMARA B. Mali 2006 [4] N = 137	BAKHOU A. Maroc 2012 [26] N = 63	DIARRA M.O. Mali 2018 [12] N = 31	Notre étude 2022 N = 75
Défense localisée	19,7	76%	19,4%	23%
Contracture abdominale	89,1	11%	80,6%	77%
Douleur du cul de sac de Douglas	93,4	47%	100%	75%

Le diagnostic de péritonite est avant tout clinique.

La contracture abdominale est le signe physique majeur [14]. Si l'examen est précoce elle peut être localisée ou se limiter à une simple défense généralisée [29] qui a la même signification sémiologique [14]. Elle a été notée chez 77% de nos patients. Ce taux varie entre 20,8% à 89% selon les auteurs [30 ; 31; 32 ; 33 et 34].

Cette différence pourrait être liée au retard de consultation et l'insuffisance du plateau technique en Afrique.

La douleur dans le douglas présente un intérêt diagnostique dans le syndrome péritonéal et témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez 75% de nos malades. Ce taux est inférieur à celui de DIARRA M.O. [12] 100%, mais supérieur à celui de BAKHOU A. [26] 47%. Cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

Ces signes pariétaux ont été les arguments cliniques de poids pour différencier la péritonite appendiculaire et l'appendicite.

3-3 Examens complémentaires :

La péritonite appendiculaire réalise un tableau de péritonite aiguë dont le diagnostic est essentiellement clinique. La confirmation est per opératoire. Aucun examen (imagerie, biologie) n'est indispensable et ne doit pas retarder la sanction chirurgicale qui s'impose en urgence mais utile pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [14 ; 35 et 36].

➤ **Imagerie médicale demandée selon les auteurs :****Tableau XXXVIII : Imagerie médicale demandée selon les auteurs**

Examens complémentaires	Auteurs			
	CAMARA B. Mali 2006 [4] N = 137	MARIAGE M. France 2016 [24] N = 29	DIARRA M.O. Mali 2018 [12] N = 31	Notre étude 2022 N = 75
Echographie abdominale	8,7%	40,5%	90,3%	100%
ASP	5,1%	Non demandée	51,6%	16%
TDM abdominale	Non demandée	86,5%	Non demandée	Non demandée

L'échographie abdominale est devenue un examen courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels. [37]

Les signes positifs sont une structure tubulaire de plus de 6 mm de diamètre et parfois un stercolithe intraluminal non visible à l'ASP. Il est également possible de voir un épanchement dans la cavité péritonéale péri appendiculaire (abcès) ou diffus (péritonite). L'absence d'épanchement n'élimine en rien une péritonite. [37]

Elle a été demandée chez tous nos patients contre 90,3% dans l'étude de DIARRA M.O. [12] et 40,5% dans la série de MARIAGE M. [24]. Cette

différence pourrait être due à l'accessibilité et la disponibilité du scanner dans les pays développés. Elle a permis d'objectiver :

- Un épanchement péritonéal localisé ou diffus chez 30,7% des malades,
- Et/ou une lésion appendiculaire chez 41 (54,6%) de nos patients.

4 -Traitement :

Le traitement de la péritonite appendiculaire comprend : la chirurgie, l'antibiothérapie, la réanimation [14].

4-1 Réanimation préopératoire :

C'est le premier temps essentiel, elle associe :

La rééquilibration hydro – électrolytique et hématologique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale [14 ; 38].

Dans notre série tous nos patients ont bénéficié d'une réanimation. Cette réanimation a été brève en pré opératoire (quelques heures avant la laparotomie) poursuivie en post opératoire. Elle était couplée à la mise en place de sonde urinaire pour évaluer le bilan hydrique (entrées et sorties).

4-2 Antibiothérapie :

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie [14]. Si le traitement antibiotique est unanimement reconnu comme étant nécessaire, ses modalités font actuellement l'objet de controverses. Les grandes lignes sont l'utilisation de molécules efficaces sur la flore digestive aérobie et anaérobie.

Dans notre série nous avons utilisé l'association (ceftriaxone-métronidazole-gentamicine) puis modifiée au besoin en fonction du résultat de l'antibiogramme et de l'évolution clinique.

Cette antibiothérapie est intraveineuse en péri opératoire [37]. En effet cette antibiothérapie doit passer par voie parentérale pendant les premiers jours pour obtenir une concentration péritonéale efficace ensuite le relais per os (après la reprise du transit).

Il y a toujours des désaccords concernant la durée du traitement antibiotique [39]. Toute infection locale ou généralisée en chirurgie digestive doit être traitée par une antibiothérapie de 7 jours ou plus suivant l'évolution [40].

4-3 Chirurgie :

La prise en charge chirurgicale des péritonites communautaires représente l'essentiel de la thérapeutique. Elle doit être aussi précoce que possible et assurer la suppression de la cause de l'inoculum : devant une lésion appendiculaire, l'appendicectomie est de règle

4-3-1 Voie d'abord :

➤ Voie d'abord selon les auteurs :

Tableau XXXIX : La voie d'abord selon les auteurs

Voie d'abord	Auteurs			
	MARIAGE M. France 2015 [24] N = 89	BAKHOU A. Maroc 2012 [26] N = 63	DIARRA M.O. Mali 2018 [12] N = 31	Notre étude 2022 N = 75
Laparotomie médiane	3,4%	96,5%	77,4%	84%
Incision Mc Burney	-	3,5%	22,6%	16%
Cœlioscopie	96,6%	-	-	-

Dans notre contexte, la cœlioscopie n'était pas disponible, la voie d'abord de prédilection était la laparotomie médiane. Elle offre un confort total pour faire l'appendicectomie et surtout permet l'aspiration efficace de tout le pus et un lavage complet des anses grêles et des feuillets mésentériques mais aussi des coupoles diaphragmatiques, flancs, douglas.

Elle a été utilisée chez 84% de nos patients et dans 16% par incision Mc Burney élargie.

Ces résultats ne diffèrent pas des séries africaines :

- Au Maroc BAKHOU A. [26] a trouvé 96,5% de laparotomie médiane contre 3,5% d'incision au point de McBurney.
- Au Mali : DIARRA M.O. [12] a rapporté 77,4% de laparotomie médiane et 22,6% d'incision au Mc Burney élargi.

Par contre en Europe la voie laparoscopique a fait l'objet de plusieurs études concluant que la prise en charge laparoscopique des appendicites compliquées était possible et sans danger et que le recours à une laparotomie n'était nécessaire qu'en cas d'échec.

En France dans la série de MARIAGE M. [24], 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie.

Elle aurait pour bénéfice comme réduction de :

- La douleur postopératoire,
- Durée d'hospitalisation,
- Adhérences et occlusions sur brides.

Le surcout lié aux matériels utilisés est l'un des essentiels inconvénients [41].

4-3-2 Siège de l'appendice :**Tableau XL : Le siège de l'appendice selon les auteurs**

Siège de l'appendice	Auteurs			
	CAMARA B. Mali 2006 [4] N = 137	BAKHOU A. Maroc 2012 [26] N = 63	DIARRA M.O. Mali 2018 [12] N = 31	Notre étude 2022 N = 75
Latéro-caecal	76%	24%	83,9%	68%
Rétro-caecal	10%	32%	12,9%	17%
Mésocœliaque	7,4%	27%	-	15%

De l'ombilic, au fond du Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout [42].

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de la rotation embryologique soit indépendantes de la position du cæcum. La fosse iliaque droite a été le principal siège de l'appendice chez nos malades (85% des cas) comme l'atteste la littérature générale ainsi que les études qui ont été réalisées au Mali [4], en France [24] et au Niger [23]. Nous rapportons 11 cas d'appendice mésocœliaque (17%). Par rapport au caecum, l'appendice était latéro-caecal chez 68% des malades et 17% rétro caecal.

4-3-3 Technique opératoire :

Tous les auteurs sont unanimes qu'il faut éradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique. L'appendicectomie

reste la solution idéale dans la perforation appendiculaire, nous l'avons pratiqué chez tous nos malades comme d'autres auteurs [14 ; 35].

L'appendicectomie avec ou sans enfouissement du moignon associée à une toilette péritonéale et un drainage systématique des gouttières pariéto-coliques et du douglas ont été réalisés chez tous nos patients.

5 -Évolution :

5-1 Morbidités :

➤ Suites opératoires précoces selon les auteurs :

Tableau XLI : Suites opératoires précoces selon les auteurs.

AUTEURS	EFFECTIF	MORBIDITÉ	TESTS STATISTIQUES
CAMARA B. MALI 2008 [4]	137	15,3	P=0,87
OUANGRE E. (BURKINA FASO) 2013 [10]	73	23, 3	P=0,41
MARIAGE M. FRANCE 2016 [24]	89	24,7	P=0,32
DIARRA M.O. MALI 2016 [12]	31	16,1	-
NOTRE ÉTUDE	75	13,33	-

Le taux de morbidité de 13,33% ne diffère pas statistiquement à ceux des auteurs africains. Dans notre série la morbidité post opératoire a été marquée par des complications à type de suppuration pariétale chez (13,33%). Aucun de nos patients n'a fait objet de reprise chirurgicale.

5-2 Mortalité :**➤ Mortalité selon les auteurs :****Tableau XLII : Mortalité selon les auteurs**

AUTEURS	EFFECTIF	MORTALITÉ	TESTS STATISTIQUES
YAOKREH J.B. (RCI) 2015 [22]	1/82	1,2	P=0,1
OUANGRE E. (BURKINA FASO) 2013 [10]	12/73	16,4	P=0,55
MARIAGE M. FRANCE 2016 [24]	1/ 89	1,1	P=0,08
DIARRA M.O. MALI 2016 [12]	3/31	9,7	P=0,05
NOTRE ÉTUDE	1/75	1,3	-

La mortalité des péritonites aiguës varie selon l'étiologie. Dans les séries africaines [10 ; 12 et 22] et la nôtre, la mortalité des péritonites appendiculaires varie entre 1% -17%, contre 1,1 en France [24].

La littérature européenne estime cette mortalité < 10% [14].

Dans notre série nous avons eu un (1) cas de décès soit 1,3% par choc septique.

Les facteurs pronostiques rapportés (le retard de consultation lié à certaines pratiques traditionnelles, aux modestes moyens diagnostiques et thérapeutiques) et les causes de décès dans les séries africaines sont (le choc septique et hypovolémique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale). [10 ; 22 et 43]

La mortalité des péritonites extrahospitalières varie entre 0 à plus de 40 % selon l'étiologie, la population étudiée et la sévérité clinique initiale [44 ; 45 et 46].

Les péritonites d'origine appendiculaire paraissent de meilleur pronostic [47].

6- Coût de la prise en charge :

Le coût de la prise en charge englobe les frais d'intervention, les frais d'examens complémentaires, les frais d'ordonnances et les frais d'hospitalisation. Le coût moyen de la prise en charge a été évalué à 182.500FCFA.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion :

La péritonite appendiculaire constitue l'une des entités étiologiques la plus fréquente. Elle est caractérisée par un retard de consultation. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médico-chirurgicale. Malgré qu'elle ait un bon pronostic, sa mortalité et morbidité ne sont pas négligeables dans les pays en voie de développement. Une amélioration du plateau technique, une couverture sanitaire suffisante et une éducation pour la santé pourraient diminuer le taux de mortalité et morbidité.

2. Recommandations :

➤ À la population

- ✓ Consulter immédiatement devant toute douleur abdominale
- ✓ Éviter l'automédication

➤ Aux autorités sanitaires

- ✓ Assurer la formation continue du personnel.
- ✓ Mettre à la disposition un kit d'urgence pour la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux.
- ✓ Renforcer le service social dans la prise en charge des démunis.
- ✓ Doter le CSRéf d'une unité de réanimation.

➤ Aux personnels sanitaires

- ✓ Examiner de façon minutieuse chaque malade.
- ✓ Référer tous patients présentant un problème de diagnostic ou de prise en charge dans un bref délai.
- ✓ Renforcer la collaboration interdisciplinaire et interservices.
- ✓ Éviter l'utilisation abusive d'antalgiques et d'antibiotiques devant les douleurs abdominales avant le diagnostic.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. PROSKE J.M., FRANCO D.

Péritonite aiguë ; Revue Prat (Paris) 2005 : 55 : 2167-2172.

2. CONSTANTIN C.L.

Urgences chirurgicales – péritonite. Internat Mémoire, 2ème éd Vernazobres - Gregor, Paris : n° 275: p109.

3. OHMANN C. et al.

Neues Zur Epidemiologic der akuten appendicitis. Chirurg 2002, 769-776.

4. CAMARA B.

Péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2008.n°08.p80

5. KONATÉ E.B.

Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse méd Bamako 2014.n°14.p97

6. CISSÉ B.

Les perforations digestives dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse med Bamako, 2003, n°54,.

7. FLUM D.R. et al.

Has is diagnosis of appendicitis decreased over time? A population –based analysis. JMA 2001, (286): 742.

8. KRAEMER M. , KRAEMER K., LEPPERT R.

Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute abdominal pain study group. Eur J Surg.1999 ;165(5) : 473-80.

9. AZGAOU I.

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des péritonites aiguës : Etude rétrospective sur 2 ans au CHU Mohamed VI de Marrakech. Th Méd Marrakech 2011 ; n°120 (11) : p129.

10. OUANGRE E., ZIDA M., BONKOUNGOU P.G., SANOU A., TRAORE S.S. Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : À-propos de 221 cas. Rev. CAMES SANTE, 2013 ; 1(2) :p5.

11. CISSÉ A.H.

Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I :

Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique. Th méd Bamako ; 2019 ; n°19M435 : p105.

12. DIARRA M.O.

Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso. Th méd Bamako ; 2018, n°18M71 : p91.

13. ROUVIÈRE H.

Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc Edition Masson 1998 ; Tome 2.

14. FANIEZ P.L., SERPEAU., THOMSON C.

Péritonite aiguë . Encycl Med Chir Estomac-Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.

15. CHEVALIER J.M.

Anatomie : Le Tronc. Flammarion Med -Sciences (Paris), 1998.

16. BARBIER J., CARRETIER M.

Péritonite aiguës. Encycl Med –Chir Urgences 1988; 24048 B10, 2 : p18.

17. MAÏGA B.

Contribution à l'étude des appendicites :

Aspect clinique, anatomopathologique, et étiologique. Th Med Bamako 1975.

18. ROHR S. et al.

Appendicite aiguë.

EMC (Paris) gastro- entérologie 1999 ; 9-066 A10: p11.

19. MARCHAL G., HOFF X., PAILLER J.L., PERRET M.

Connaissance du corps Humain Ed épigone (Paris) 1992 ; 10-13 : p220.

20. KANTÉ L., DIAKITÉ I., TOGO A. et al.

Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :

Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Mali médical 2013 tome xxviii n°3.

21. KONÉ A.

Péritonite appendiculaire au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Th méd Bamako (FMOS), 2020 ; n°20M169 : p95.

22. YAOKREH J.B., COULIBALY O., KOUAMÉ D.B. et al.

Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon. Rev. int. sc. méd. 2015 ;17,4 :173-177.

23. HAROUNA Y. et al.

Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey. Communication scientifique ACAF Bamako 9 Dec. 2005.

24. MARIAGE M.

Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë. Thèse méd. Amiens 2016; n°174.

25. MALLÉ O.

Péritonites au CSREF de la commune I de Bamako : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse med Bamako 2015; n °145.

26. BAKHOU A.

Les péritonites appendiculaires chez l'enfant. Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech. Th méd Marrakech, 2012; n° 25.

27. JHOBTA R.S., ATTRI A.K., KAUSHIK R.

Spectrum of perforation peritonitis in India-review of 504 consecutive cases. World J of emergency surg ,2006, 1 : 26.

28. POILLEUX F. et col.

Sémiologie chirurgicale : Sémiologie du péritoine (Rappels généraux anatomiques et physiopathologiques). Paris : Flammarion-Médecine et sciences, Tome II (Appareil digestif), 4e Ed, 1979 ; 971.

29. MALLICK S., KLEIN J.F.

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique :

A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais. *Med Trop* 2001 ; 61 : 491 - 94.

30. DEMBELÉ B.

Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako à propos de 200 cas. Thèse med Bamako 2005; n°215.

31. KUNIN N., LETOQUARD J.P.

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé :

Analyse statistique multifactorielle de 216 observations. *J Chir (Paris)* 1991 ; 128(11) : 481-6.

32. ADESUNKANMI A.

Acute Generalised peritonitis in African Children : Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score. *J surg* 2003; 73 (5) : 275-9.

33. COUGARD P., BARRAT C.

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 726-31.

34. SAKHRI J.

Traitement des ulcères duodénaux perforés. *Tunisie Médicale* , 2000; Vol 78, N°08-09.

35. FLAMANT Y.

Complications de l'appendicite aiguë. *Rev Prat (paris)* 1994 ; 44 : 2231-35.

36. JEAN Y.M., JEAN L.C.

Péritonite aiguë *Rev Prat (Paris)* 2001 ; 51 : 2141-45.

37. PODEVIN G., M. BARUSSAUD., M., D. LECLAIR Y.

Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005. *EMC-Pédiatrie-maladies infectieuses* 2013(4) : 1-6 [Article 4-018-Y-10].

38. JAMES K., AHOANGBEVI A.

La Netilmicine dans les infections en chirurgie au CHU de Lomé : Med d’Afrique noire, 1990 ; 37 (11) : 1-13.

39. LUND D.P., MURPHY E.U.

Management of perforated appendicitis in children : a decade of aggressive treatment. J Pediatr surg 1994 ; 29 (8) : 1130-1134.

40. Société française d’anesthésie et de réanimation. Prise en charge des péritonites communautaires. Conférence de consensus du 16 juin 2000. Hôpital d’instruction des armées de Begin (94). Texte court : 11p.

41. DAVID A., PATRICK M.D.

Prospective evaluation of a primary laparoscopic approach for children presenting with simple or complicated appendicitis. The American journal of surgery 192 2006; 192 : 750-755.

42. MONDOR H.

Diagnostics urgents abdomen Masson 9è éd 1979; 1190, 24cm.

43. DISSA B.A.

Les péritonites aiguës aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l’hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes. Thèse méd. Bamako 2012 ; n°12M53 : p139

44. RICHE F.C., DRAY X., LAISNE M.J. et al.

Factors associated with septic shock and mortality in generalized peritonitis: comparison between community-acquired and postoperative peritonitis. Crit Care 2009 ; 13 : R99.

45. MONTRAVERS P., LEPAPE A., DUBREUIL L., et al.

Clinical and microbiological profiles of community-acquired and nosocomial intra-abdominal infections: results of the French prospective, observational EBIIA study. J Antimicrob Chemother 2009 ; 63 : 785-794.

46. CATTAN P., YIN D.D., SARFATI E., et al.

Cost of care for inpatients with community-acquired intra-abdominal infections. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2002 ; 21 : 787-793.

47. GAUZIT R., PEAN Y., BARTH X., et al.

Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis: a French prospective observational multicenter study. *Surg Infect* 2009 ; 10 : 119-127.

ANNEXES

IX. ANNEXES

❖ FICHE D'ENQUETE :

I-Données sociodémographiques du malade :

Q1-N° d'enquête :/.../.../

Q2-Date d'entrée :/.../.../

Q3-Nom et Prénoms :

Q4-Age :/.../.../

1=16-30 2=31-45 3. > 45

Q5-Sexe :/.../

1=Masculin 2=Féminin

Q6 Profession :/.../

1=Fonctionnaire 2=Ouvrier 3=Commerçant 4=Elève 5=Cultivateur

6=Ménagère

7=Autres (à préciser)

Q7-Ethnie :/.../

1= Bambara 2= Sarakolé 3= Peulh 4= Dogon 5= Malinké 6= Bobo 7= Sénoufo

8=Autres (à préciser).....

Q8-Résidence :/.../

1=Commune I

2=Autres (à préciser)

Q9-Statut matrimonial :/.../

1=Célibataire. 2=Marié 3= Divorcé(e) 4= Veuf(Ve)

Q10-Niveau d'étude :/.../

1=Aucun 2= Primaire 3=Secondaire 4=Supérieur 99=Indéterminé

Q11-Mode d'admission :/.../

1=Consultation ordinaire 2=Référé (e)

3=Autres (à préciser) :

Q12-Adressé par :/.../

2=Infirmier 3=Médecin généraliste 4=Médecin spécialiste

5=Autres (à préciser)

II-Étude clinique :

A-Interrogatoire :

Q13-Motif de consultation :/.../

1=Douleur abdominale 2=Vomissements 3=AMG 4=fièvre

5=Autres (à préciser)

99=Indéterminé

Q14- Délai de consultation :/.../

1. < 1j 2. 1-3j 3. > 3j

B- Histoire de la maladie (Anamnèse)

Q15-Douleur abdominale :/.../

1.Oui 2. Non

Q16-Siège de la douleur :/.../

1=FID 2=FIG 3=Flanc droit 4=Flanc gauche 5=Hypocondre droit

6=Hypocondre gauche 7=Epigastrique 8=Hypogastrique

9= Péri-ombilical 10=Diffus 11= Pelvien

99=Indéterminé

Q17-Mode de début de la douleur :/.../

1=Brutal 2=Progressif 99=Indéterminé

Q18- Type de la douleur en E.V.A :/.../

1=Brûlure 2=Piqûre 3=Torsion 4=Pesanteur 5=Colique

6=Autres (à préciser)

99=Indéterminé

Q19-Irradiation de la douleur :/.../

1=Organes génitaux externes 2=Périnéale 3=Ascendante

4=Postérieure 5=Sans irradiation 99=Indéterminé.

Q20-Intensité de la douleur :/.../

1=Faible 2=Moyenne 3=Forte 4=Extrême

99=Indéterminé

Q21-Evolution de la douleur :/.../

1=Permanente 2=Intermittente 99=Indéterminé

Q22-Facteur déclenchant :/.../

1=Spontanée 2=Effort 3=Stress 4=Repas 5=Faim

6=Autres (à préciser).....

99=Indéterminé

Q23-Facteur d'accalmie :/.../

1=Médicaments

2=Position antalgique (à préciser).....

3=Repas 4=Vomissement 5=Après les selles

6=Autres (à préciser)...../.../

99=Indéterminé

Q24 -Signes d'accompagnement de la douleur :/.../

1=Néant 2=Nausées 3=Vomissements 4=Diarrhée

5=Constipation 6= Rectorragie 7= Méléna 8= Arrêt de matière
et de gaz

9=Fièvre 10= Nausées + vomissements

11=Autres (à préciser)/.../

C-Antécédents :

Q25 Médicaux :/.../

1=HTA 2=Épigastralgie/UGD 3=Diabète 4=Drépanocytose

5=Asthme 6=Aucun

7=Autres (à préciser)...../.../

99=Indéterminé

Q26- Chirurgicaux :/.../

1=Oui 2=Non

Si oui : Diagnostic, date, lieu, opérateur et qualité (à préciser)

.....
.....
.....

Q27-Familiaux :/.../

1=HTA 2=Diabète 3=Asthme 4=Drépanocytose 5=Aucun

6=Autres (à préciser)/.../

99=Indéterminé

Q28 -Habitude alimentaire :/.../

1=Céréales

2= Autres (à préciser)

Q29-Mode de vie :/.../

1=Thé 2=Café 3=Tabac 4=Alcool 5=Cola 6=Aucun

7=Autres (à préciser).....

D- Examen physique

a- Signes généraux

Q30-État général :/.../

1= OMS I 2=OMS II 3= OMS III 4= OMS IV

Q31-Conjonctives :/.../

1=Colorées 2=Pâles 99= Indéterminé

Q32-Langue :/.../

1=Propre 2= Sèche 3=Saburrale 99= Indéterminé

Q33-Température :/.../

1= Normo thermie 2= Hyperthermie 3= Hypothermie

Q34-Pouls :/.../

1. <60/mn 2. 60-100/mn 3. >100/mn 99=Indéterminé

Q35-Pression Artérielle :/.../

1= Normo tendu 2=Hypertendue 3=Hypotendue

Q36-Effectif Respiratoire :/.../

1. 14-20 cycles/mn 2. <14cycles/mn 3. >20cycles/mn

99. Indéterminé

Q37-Déshydratation :/.../

1=Oui 2=Non

Q38-Conscience :/.../

1=Normale 2 =Agité(e) 3=Confus(e) 4=Coma

5= Autres (à préciser).....

99=Indéterminé

b- Signes physiques :

Inspection :

Q39-Conjonctives :/.../

1=Colorées 2=Pales 99= Indéterminé

Q40-Langue :/.../

1=Propre 2=Saburrale 3=Sèche

Q41-Aspect de l'abdomen :/.../

1=Symétrique 2=asymétrique 3=voussure FID 4=Distension
abdominale

5= Autres (à préciser).....

99 =Indéterminé

Q42-Respiration abdominale :/.../

1=Présente 2=Abolie

3=Autres (à préciser).....

Q43-Présence de cicatrice abdominale :/.../

1=Oui 2=Non

Si oui, le siège de la cicatrice.....

Palpation :

Q44-Douleur à la palpation :/.../

1=Oui 2=Non 99=Indéterminé

Q45-Masse abdominale :/.../

1=Oui 2=Non 3=Indéterminé

Si oui, le Siège :

Q46-Défense abdominale :/.../

1=Oui 2=Non

Si oui, le siège.....

Q47-Contracture :/.../

1=Oui 2=Non 99=Indéterminé

Q48-Cri de l'ombilic :/.../

1=Oui 2=Non 99=Indéterminé

Q49-Adénopathies :/.../

1=Présentes 2=Absentes 99=Indéterminé

Si présentes, préciser le siège :

.....

Q50-Toucher rectal :/.../

1=Normal 2=Douloureux 3= Douglas bombé 4= Hémorragique

5=Sphincter lâche

6=Autre (à préciser).....

Q51-Toucher vaginal :/.../

1=Normal 2=Douloureux 3=Présence de masse 4=Non fait

Si masse, préciser la consistance.....

Percussion :

Q52- Matité hydrique :/.../

1=Oui 2=Non

Q53 -Tympanisme :/.../

1=Oui 2=Non

Auscultation Abdominale :

Q54- Bruits Hydro-aériques :/.../

1= normaux 2=Absents 3=Augmentés 4=Diminués 99=Indéterminé

III-Examens para cliniques :

1. Imagerie :

Q55-Echographie abdomino-pelvienne :/.../

1=Fait 2=Non faite

Si faite, résultat.....

Q56-ASP :/.../

1=Fait 2=Non fait

Si fait, résultat

2. biologie :

Q57-Groupe rhésus :/.../

1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=O+ 6=O- 7=AB+ 8=AB-

Q58-NFS (Numération Formule Sanguine) :/.../

1=Fait 2=Non fait

Si fait, la conclusion

.....
.....

Q59-Glycémie :/.../

1=Normale 2= Hyperglycémie 3= Hypoglycémie 4=Non faite

Q60-Taux d'hémoglobine :/.../

1=Fait 2=Non fait

Si fait, résultat.....

Q61-Diagnostic préopératoire :/.../

1=péritonite aiguë 2=Occlusion intestinale aiguë 3=Appendicite aiguë

4= Salpingite 5= Perforation d'organe creux

6=Autres (à préciser)

Q62-Diagnostic per opératoire :/.../

1=Péritonite par perforation appendiculaire

IV- Traitement :

Q63-Traitement médical :/.../

1=Réanimation hydro électrolytique 2=Antalgique 3=Antibiotique

4=Transfusion 5=1+2+3 6= 1+2 7= 1+3 8=2+3

9= Autres (à préciser).....

-Chirurgical :

Q64-Date d'intervention :/.../.../.../

Q65-Type d'Anesthésie :/.../

1=ALR 2=AG+IOT

3= (Autres à préciser)

99=Indéterminé

Q66-Incision :/.../

1=Mac Burney élargi 2=Laparotomie médiane

3= (Autres à préciser)

Exploration :

Q67-Siège de l'appendice :/.../

1=Latéro-caecal 2= Rétro-caecal 3=Pelvien 4=Sous hépatique

5= Mésocœliaque

Q68- Quantité d'épanchement (ml) :/.../

1. <500 2=500-1000 3=sup1000

Q69- Aspect du liquide :/.../

1=Pus franc 2=Purulent 3=Selles 4=1+2+3 5=1+2

6= (Autres à préciser)

Q70-Diverticule de Meckel :/.../

1=Oui 2= Non

Q71-Diagnostic per opératoire :

...../.../

1= Péritonite appendiculaire

2= (Autres à préciser)

Geste chirurgical :/.../

1=Appendicectomie +enfouissement +lavage +drainage

2=Appendicectomie sans enfouissement +lavage+ drainage

3=Lavage +drainage

Q72-Drainage :/.../

1=Oui 2=Non

Q73-Durée de l'intervention chirurgicale :/.../

1.< 2h 2. >2h

Bactériologie :

Q74-Prélèvement pour étude bactériologique :...../.../

1=Oui 2=Non

Si oui, résultat

Q75-Antibiogramme :/.../

1=Oui 2=Non

Si oui germes :.....

Q76-Anatomopathologie :/.../

1=Oui 2=Non

Si oui, résultat

.....

Post opératoire :

Q77- Antibiothérapie :/.../

1=Oui 2=Non

Si oui durée :/.../

1=7j 2=7-15j 3.sup 15j

Q78-Réanimation :/.../

1=Oui 2= Non

Q79-Tranfusion :/.../

1=Oui 2=Non

Q80-Antalgiques :/.../

1= Oui 2= Non

V- Évolution/ Complications :

Q81-Suites opératoires précoces :/.../

1=Simple 2=Suppuration pariétale 3= Fistule digestive 4= Eviscération

5= (Autre à préciser) :...../.../

Q82-Suites opératoires tardives (1 mois et plus) :/.../

1= Simple

2= (Autres à préciser)

99=Indéterminé

Q83-Date de sortie :/...../...../...../

Q84-Durée totale d'hospitalisation :/.../

1-7jours 8-14jours >14 jours

Q85-Coût de la prise en charge en franc CFA :/.../

1. 125.000-150.000

2. 150.000 -200.000

3. 200.000-225.000

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Sambri

Contacts : 74682006 / 67200603

Titre de la thèse : Péritonite appendiculaire au CSRéf de la commune I

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2022-2023

Secteur d'intérêt : Unité de Chirurgie générale du CSRéf Commune I

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Résumé :

Le but était d'étudier la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune I.

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée sur une période de 05 ans ; allant du 01 janvier 2017 au 31 Décembre 2021.

Pendant la période d'étude, 136 cas de péritonites aiguës généralisées dont 75 cas de péritonites appendiculaires ont été colligés. La péritonite appendiculaire a représenté 6,1% des interventions chirurgicales.

Le sexe masculin a représenté 73% avec un sex-ratio de 2,75 en faveur des hommes. La moyenne d'âge était de 33,73 ans avec un écart type de 12,22 ; des extrêmes allant de 16 ans à 65 ans.

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent soit 96% des cas. La fièvre était présente chez 44% des patients.

L'examen clinique seul a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic. Dans les cas douteux, certains examens complémentaires ont été demandés (Echographie abdominale, ASP).

Le traitement chirurgical a constitué en une appendicectomie avec une toilette péritonéale suivie d'un drainage.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours.

Les suites opératoires étaient simples chez 87% des malades.

La mortalité hospitalière était de 1,3%.

Le coût moyen de la prise en charge était de 182 500F.

Mots clés : Péritonite appendiculaire ; urgence chirurgicale CSRéf CI ; Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie 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 jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin honoraires.

Admis à 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 !