

Ministère de l'enseignement supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



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



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

Thèse N° _____/

TITRE

**PERITONITE APPENDICULAIRE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE III DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29/06/2026 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Ely DIABATE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)**

JURY

Président : M. Moustapha Issa MANGANE, Maitre de conférences agrégé

Membres : M. Abdoulaye DIARRA, Maitre de conférences agrégé

M. Cheick Oumar BAGAYOKO, Chirurgien

Directeur : M. Boubacar KAREMBE, Maitre de conférences agrégé

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



SECRETARIAT PRINCIPAL

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie

26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale

21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépto Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto Gastro-Entérologie

20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire

8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 18 / 12 / 2025
Le Secrétaire Principal


Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace :

Je rends grâce

A l'Éternel Dieu, pour le souffle de vie, de m'avoir permis de participer à la réalisation de ce travail. Que toute la gloire lui revienne, maintenant et à jamais. A toi, **Jésus**, mon Sauveur et mon ami. Que toute ma vie soit une louange à ton nom.

Je dédie cette thèse à.....

A ma Patrie, le Mali

Chère Patrie, tu m'as vu naître et grandir pour devenir ce que je suis aujourd'hui en me donnant une formation de base et universitaire de haut niveau. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire de te servir avec loyauté et dévouement.

A mon très cher et adorable père : Yacouba Diabaté

Cher père, grâce à toi, j'ai appris le sens du travail et de la responsabilité. Ton amour, ta disponibilité, ton humilité, ta générosité et ton investissement dans la vie de tes enfants fait de toi pour nous, le meilleur père du monde. Tu es un père formidable. Papa, que le seigneur te bénisse et te garde. Merci pour ta force, ta tendresse et tes sacrifices. Que ta vie soit longue, paisible et remplie de lumière divine.

A ma très chère et adorable mère : Tabita tenin Coulibaly

A toi, maman, douce lumière de mon enfance, étoile de ma vie. Comme la fleur s'épanouit sous le soleil, mon cœur grandit sous l'ombre bienveillante de ton amour. Maman, tes sacrifices et ton amour resteront à jamais gravés dans mon cœur. Tu m'as appris à être fort et bienveillant, et à toujours croire en moi. Quel que soit mon âge, j'aurai toujours besoin de ton amour, de tes conseils et de ton soutien. Que Dieu te comble de sa grâce, te garde en parfaite santé et te couvre de sa paix. Tu es une bénédiction dans ma vie. Ce travail est le fruit de ton amour et de ta patience.

A mes très chers frères et sœurs :

Mme Dao Marthe Diabaté, Pierre Coulibaly, Marka Diabaté, Mme Coulibaly Ana Diabaté, Pascal Diabaté, Elizabeth Diabaté, Pierre Diabaté.

Les mots me manquent pour vous exprimer ma reconnaissance. Ce travail est le vôtre.

Que le tout puissant vous donne longévité, santé, et bonheur.

A ma future épouse, ce travail t'est dédié.

Remerciements :

A mes maitres du service de Chirurgie générale CSRéf commune 3 :

Pr Karembé Boubacar, Dr Touré Aboubacar, Dr Sanogo Seydou, Dr Traoré Boureima, Dr Camara Boubacar, Dr Haidara Karifala, Dr Bagayoko Cheick Oumar : merci pour l'encadrement et l'enseignement. En reconnaissance de votre rigueur scientifique, de la clarté de vos enseignements, recevez ici, dans ce travail nos sincères reconnaissances et notre profonde gratitude.

Aux anciens thésards du service :

Dr Seydou Mariko, Dr Philippe Douyon, Dr Fodé Fafré Traoré : merci pour les soutiens et conseils.

A mes oncles et tantes : particulièrement M Nouhoum Diabaté, M. Pierre Diabaté, Dr Oumar Daniel Diabaté, M Phillipe Diabaté, M Bandjoukou N'golo Diabaté.

Je ne peux exprimer avec des mots tout l'amour et l'affection que j'ai pour vous. J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés. Merci pour vos encouragements et accompagnements.

A mes cousins et cousines : un grand merci pour votre soutien inconditionnel. Je vous souhaite de tout cœur une excellente santé et beaucoup de bonheur.

A mes collègues internes du service :

Sounorodo Koné, Falaye Dembelé, Cheickna Bah, Boubacar Diabaté, Younoussa Sanogo, Aimé Dembelé. Merci pour votre collaboration et votre esprit d'équipe.

A mes amis de la faculté de médecine :

En témoignage des années passées ensemble nous vous remercions infiniment pour votre bonne collaboration.

A tout le personnel du bloc opératoire :

Merci pour la collaboration et votre sens de l'humour.

Aux personnels d'anesthésistes réanimateurs :

Dr Samaké Karim, Moussa Samaké, Mohamed Traoré, Djibril Maiga, Mamadi Diawara, Mané Diakité, Cheick O Diakité.

Merci votre collaboration, votre solidarité et votre soutien.

Aux personnels infirmiers :

Major Nana K Diarra, Karamoko Kiré, Hélène Coulibaly, Yahia Dagnoko, Tako Traoré

Merci pour vos conseils et votre accompagnement.

A mes cadets :

Le chemin est bien long mais avec courage et patience tout vient à bout. Soyez donc patients et courageux.

A tous mes enseignants, du fondamental à la faculté :

Je profite de cette occasion pour vous adresser mes sincères remerciements et ma grande reconnaissance.

Aux groupes :

GBEEM cellule FMOS, Campus pour christ.

A toute la 15ème promotion du numerus clausus.

A tous les personnels de l'ASACOSISOU et du Cabinet médical DJIGUIYA :

Mes sincères remerciements.

A tous ceux et toutes celles qui ne verront pas leurs noms ici ; je dis merci à tous ; qu'ils sachent que ce travail n'est qu'une œuvre humaine.

A tout le personnel du CSRéf commune III mes vives salutations pour ces moments passés ensemble.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Moustapha Issa MANGANE

- **Maître de Conférences Agrégé en Anesthésie Réanimation à la FMOS**
- **Chef de service de réanimation au CHU GT**
- **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de Neuro- réanimation à l'université de Lorraine (UL) à Nancy en France**
- **Membre de la société Malienne d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence**
- **Membre de la société française d'Anesthésie Réanimation**
- **Membre de la fédération mondiale d'Anesthésie Réanimation.**
- **Ancien interne des hôpitaux de Bamako**

Cher maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre culture scientifique, votre assiduité, votre sens du travail bien fait et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous un maître aimé de tous.

Trouver ici cher maitre, l'assurance de notre admiration et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Professeur Abdoulaye DIARRA

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien Hospitalier au CHU BSS de Kati**
- **Chef de service du Bloc opératoire du CHU BSS de Kati**
- **Membres de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie digestive (SAFCHID)**
- **Membre de la société malienne des maladies de l'appareil digestif (SOMAD)**
- **Membre de la société d'anesthésie de réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU MALI) ;**
- **Ancien interne des hôpitaux de Bamako**

Cher Maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce Jury nous a profondément touché.

Votre rigueur scientifique dans une simplicité sans égale et votre abord facile font de vous un maitre exemplaire et un modèle à imiter.

Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur Cheick Oumar BAGAYOKO

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au Csréf CIII**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS)**
- **Membre de l'association Malienne de soins palliatifs (AMSP)**

Cher maître,

Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles que nous admirons en vous.

Votre disponibilité, votre patience et votre rigueur dans le travail font de vous un maître remarquable.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Boubacar KAREMBE

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Chef de service de chirurgie au Csréf CIII**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOMACOT)**

Honorable maître,

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi pour l'enseignement de qualité et pour la simplicité et l'abord facile dont vous avez fait preuve tout au long de notre formation. Votre amour pour le travail bien fait, votre ponctualité, votre rigueur dans la démarche scientifique, ainsi que vos qualités intellectuelles font de vous un éminent homme de science.

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

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Schéma anatomique annoté des deux étages de la cavité abdominale	7
Figure 2 : Schéma anatomique annoté des loges péritonéales	8
Figure 3 : Schéma anatomique annoté de la jonction iléo-caecale	12
Figure 4 : Répartition selon la tranche d'âge.	23
Figure 5 : Répartition selon le sexe.	24
Figure 6 : Répartition selon la résidence.	25
Figure 7 : Répartition selon le mode d'admission.....	27
Figure 8 : Répartition selon la fièvre.....	31
Figure 9 : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP.....	33
Figure 10 : Répartition des patients selon le siège de la perforation.....	36
Figure 11 : Répartition des patients selon le score de Mannheim.....	38
Figure 12 : Image d'un appendice perforé et nécrosé à sa base.	76
Figure 13 : Image d'un appendice perforé à son sommet.	76

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition selon la profession.....	24
Tableau II : Répartition selon l'ethnie.....	25
Tableau III : Répartition selon le niveau d'étude.....	26
Tableau IV : Répartition selon le statut matrimonial.	26
Tableau V : La durée d'évolution de la symptomatologie avant la première consultation médicale.	27
Tableau VI : Le motif de consultation.	28
Tableau VII : Les antécédents médicaux.	28
Tableau VIII : Les antécédents chirurgicaux.	28
Tableau IX : Répartitions des patients selon les caractéristiques de la douleur.....	29
Tableau X : Les signes associés	30
Tableau XI : Performance selon l'OMS.....	30
Tableau XII : Autres signes généraux	31
Tableau XIII : Les signes physiques	32
Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie	33
Tableau XV : Répartition des patients selon le groupage Rhésus.....	34
Tableau XVI : Répartition des patients selon la glycémie	34
Tableau XVII : La Numération formule sanguine (NFS) des patients.	34
Tableau XVIII : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.	35
Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'incision.....	36
Tableau XX: Répartition des malades selon la quantité d'épanchement.	37
Tableau XXI: Répartition des patients selon la position de l'appendice.	37
Tableau XXII : Répartition des patients selon l'aspect de l'appendice	
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le geste chirurgical.	38
Tableau XXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires précoces (à 1 mois)	39
Tableau XXV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	39
Tableau XXVI : Répartition des patients selon les suites opératoires après 1 mois.	39
Tableau XXVII : Répartition selon la classification de CLAVIEN DINDON	40
Tableau XXVIII : L'âge et les complications	40
Tableau XXIX : Le sexe et les complications.....	41
Tableau XXX : Le délai de consultation et les complications	41
Tableau XXXI : Fréquence de la péritonite appendiculaire selon les auteurs	43
Tableau XXXII : Age moyen selon les auteurs.....	44

Tableau XXXIII : Le sexe selon les auteurs.....	45
Tableau XXXIV : Mode d'admission des patients selon les auteurs	46
Tableau XXXV : Motifs de consultation selon les auteurs	47
Tableau XXXVI : Contracture abdominale selon les auteurs	49
Tableau XXXVII : Fréquence de réalisation de l'échographie abdominale selon les auteurs.	50
Tableau XXXVIII : Type d'incision chirurgicale (incision médiane) selon les auteurs.....	53
Tableau XXXIX : Siège de l'appendice selon les auteurs	54
Tableau XL : Suites opératoires précoces selon les auteurs	
Tableau XLI: Mortalité selon les auteurs	56

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

AMG : Arrêt des Matières et des Gaz

ASP : Abdomen Sans Préparation

AVC : Accident vasculaire cérébrale

BHA : Bruits hydro-aérique

ATCD : Antécédent

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

FMOS : faculté de médecine et d'Odonto-stomatologique

EVA : Echelle Visuelle Analogue

FID : Fosse Iliaque Droite

FIG : Fosse Iliaque Gauche

Fig. : Figure

HTA : HyperTension Artérielle

Inf : inférieur

IOT : Intubation OroTrachéale

Mm3 : Millimètre cube

NFS : Numération Formule Sanguine

NHA : Niveau Hydro-Aérique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PAG : Péritonite aigue généralisée

PEV : Programme Elargie de Vaccination

SOCHIMA : Société de Chirurgie du MALI

SOMACOT : Société malienne de chirurgie Orthopédique et Traumatologique

AMSP : Association Malienne de Soins Palliatifs

Sup : Supérieur

TA : Tension Artérielle

TDM : tomodensitométrie

TR : Toucher Rectal

UGD : Ulcère Gastro-Duodénal

USA : United States of Amérique

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS	4
2.1. Objectif général :	4
2.2. Objectifs spécifiques :	4
III. GENERALITES :	6
3.1 Rappels anatomiques du péritoine :.....	6
3.2 Rappel anatomiques de l'appendice :	9
3.3. Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires :.....	12
3.4. Les rappels cliniques :	14
IV. METHODOLOGIE :.....	18
1. Type et période d'étude :.....	18
2. Cadre d'étude :	18
3. Population d'étude :	19
4. Echantillonnage : : on a procédé au regroupement exhaustif de tous les cas de péritonite par perforation appendiculaire qui répondraient aux critères d'inclusion.	19
5. Collecte et supports des données :.....	21
V. RESULTATS :	23
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	43
VII.CONCLUSION	58
VIII. RECOMMANDATIONS.....	59
IX. . REFERENCES.....	60
X. ANNEXES	66
ICONOGRAPHIE :	76
11. Serment d'Hippocrate	77

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les péritonites appendiculaires sont des complications de l'appendicite aiguë qui se caractérisent par la diffusion du processus infectieux dans la cavité péritonéale réalisant ainsi une péritonite purulente généralisée [1].

Elles peuvent apparaître d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire [1].

La perforation appendiculaire est la rupture de la paroi de l'appendice mettant en communication son contenu septique avec la cavité péritonéale [1].

Les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales, le pronostic peut être grave. Cette gravité dépend de l'âge du patient, de son état général, des tares associées, de l'étiologie et du délai de la prise en charge [2].

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives ont montré la prédominance des perforations appendiculaires [3,4].

Aux USA : Flum. DR et Al en 2001 dans une étude rétrospective sur 63707 appendicectomies, ont trouvé 25,85% de péritonite par perforation appendiculaire [5].

En Europe : Lebedev. N. Ven 2023 à Moscou, dans une étude rétrospective portant sur 686 cas de péritonites aiguës a relevé 39,9% de péritonite d'origine appendiculaire [6].

En Afrique : Soumaoro L.T, dans son étude en 2019 en Guinée, a trouvé 249 cas de péritonites appendiculaires, soit 23,4% des péritonites aiguës généralisées avec une mortalité de 3,6% [7].

OUANGRÉ E. et al au Burkina Faso en 2013 dans une étude transversale descriptive sur les péritonites aiguës généralisées réalisée 33% était d'origine appendiculaire [8].

Au Mali : de nombreuses études ont montré la prédominance des perforations appendiculaires dans les perforations digestives. Touré. S en 2022 dans une étude rétrospective portant sur 136 cas de péritonites aiguës a retrouvé 55,15% de péritonite appendiculaire [3].

Diarra M O en 2018 dans une étude prospective et descriptive portant sur 59 cas de péritonites aiguës généralisées à Sikasso a relevé 52,54% d'origine appendiculaires [4].

Le plateau clinique est toujours dominé par la contracture abdominale, la douleur abdominale intense, les nausées ou vomissements et la douleur dans le cul de sac de Douglas.

Le diagnostic est essentiellement clinique. La confirmation est per opératoire ; et aucun examen (imagerie, biologie) n'est indispensable et ne doit pas retarder la sanction chirurgicale qui s'impose en urgence, mais sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [12, 13].

Le traitement est chirurgical associant la réanimation et l'antibiothérapie.

Le traitement des péritonites appendiculaires peut être réalisée par voie laparoscopie en permettant d'évacuer le foyer infectieux (appendicectomie) et de faire une toilette péritonéale de très bonne qualité du Cul de Sac Douglas jusqu'aux coupes diaphragmatiques [14].

Au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la commune III du district de Bamako, aucune étude spécifique jusqu'ici n'avait été réalisée sur les péritonites appendiculaires. Cette absence de données sur cette pathologie en tant qu'une urgence abdominale classique, fréquente et grave, nous a motivé à réaliser ce travail.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Étudier la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du Csréf de la commune III.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du Csréf de la commune III.
- Décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques.
- Evaluer les suites opératoires.

GENERALITES

III. GENERALITES :

3.1 Rappels anatomiques du péritoine :

3.1.1 L'anatomie du péritoine : [9]

Le péritoine est une membrane séreuse recouvrant les organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne autrement dit la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et certains organes de l'appareil génito-urinaire.

Macroscopiquement, il est composé de deux feuillets :

Un feuillet pariétal : ou péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino-pelviennes. Ce feuillet est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia propria.

Un feuillet viscéral : ou péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

Le péritoine pariétal est relié au péritoine viscéral par des replis membraneux (replis péritonéaux). Ils contiennent les vaisseaux et les nerfs destinés 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 partir du tube digestif.

Est appelé <**épiploon**> un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

3.1.2 La vascularisation du péritoine : [10,11]

- 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.

La séreuse péritonéale n'est pas dotée de circulation lymphatique propre, un dispositif juxta-diaphragmatique fait de fenêtres mésothéliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers la circulation générale en passant par les lymphatiques diaphragmatiques et le canal thoracique.

3.1.3 L'innervation du péritoine : [12]

Elle varie d'une région à l'autre, on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; on peut citer :

- le diaphragme (hoquet) ;
- le nombril (cri de l'ombilic) ;
- le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas).

3.1.4 L'anatomie topographique de la cavité abdominale : [13]

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 cœlon transverse tendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous- méso coliques. (Voir fig. 1)

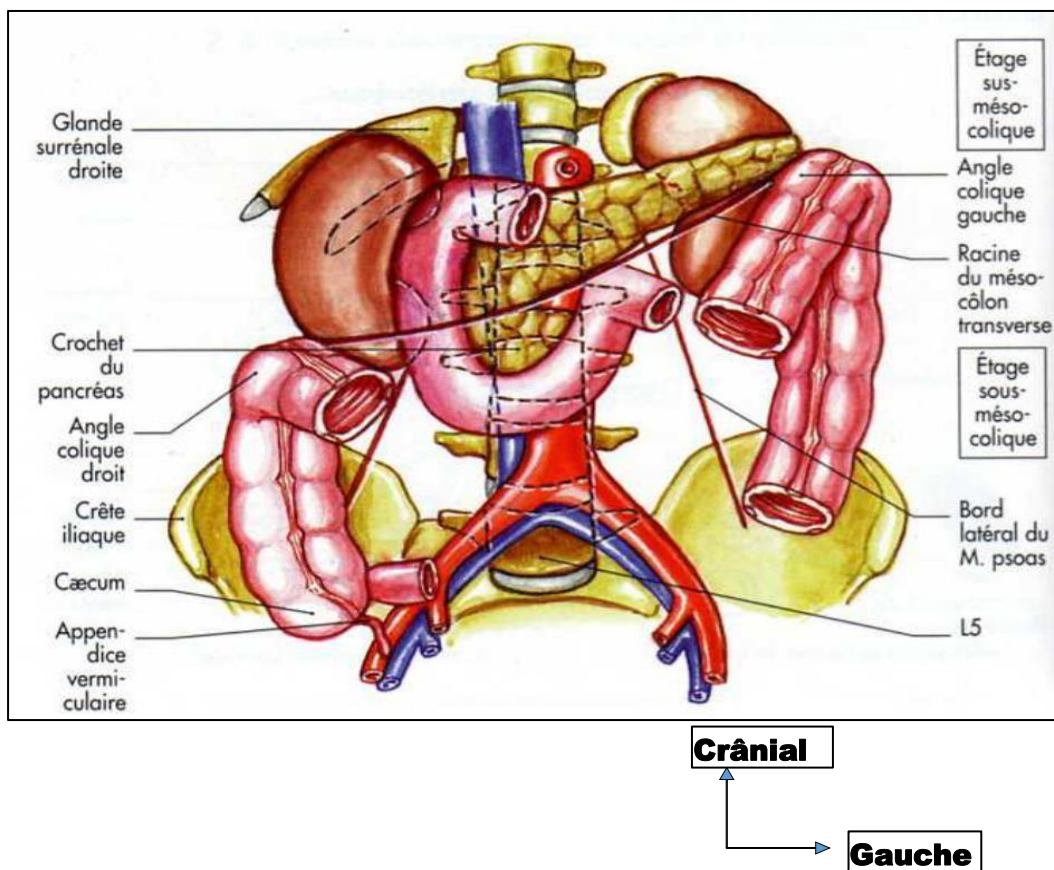


Figure 1 : Schéma anatomique annoté des deux étages de la cavité abdominale [13]

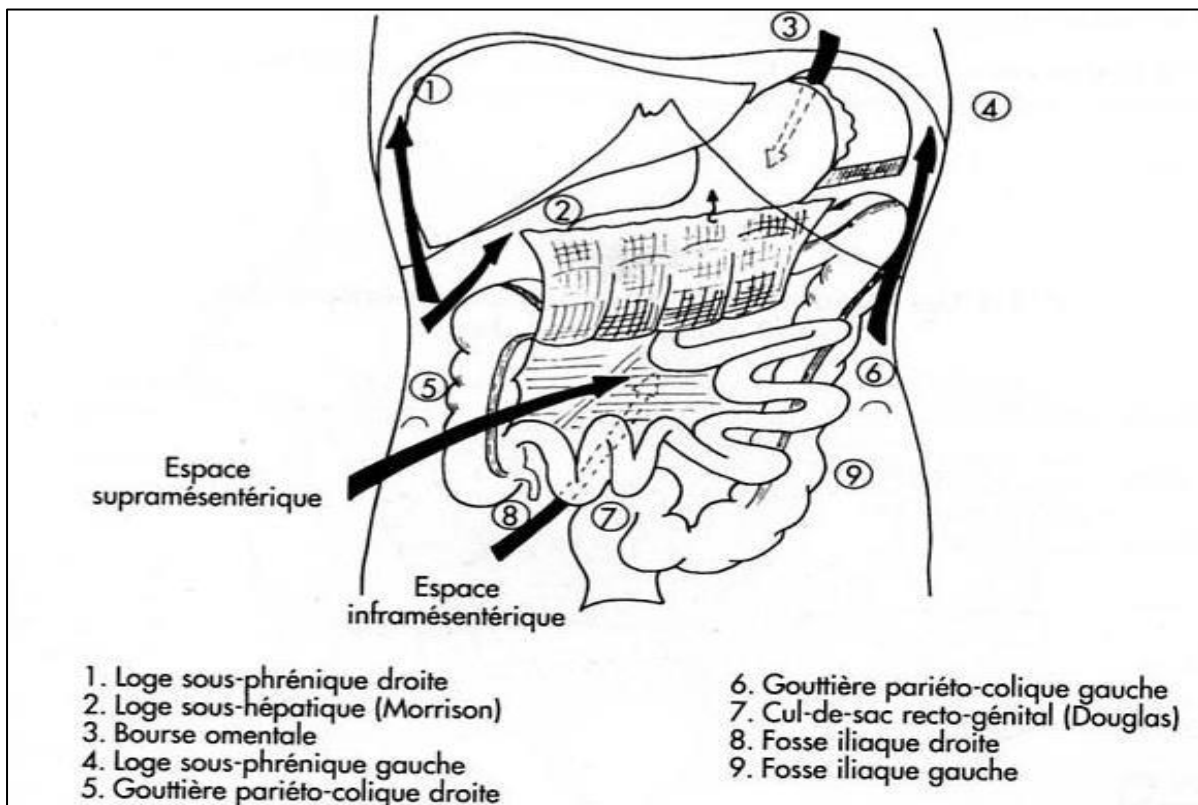
Les différentes loges péritonéales sont :

❖ **A l'étage sus-méso colique :**

- **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** (arrière cavité des épiploons)
- **l'espace sous –hépatique**, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

❖ **A l'étage sous méso colique :**

- **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).



Crânial

Gauche

Figure 2 : Schéma anatomique annoté des loges péritonéales [13]

3.1.5 La classification des organes par rapport au péritoine : [12]

Il existe trois types d'organes intra abdominaux :

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 situés 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, tel l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice

3.1.6 La physiologie du péritoine :

Le péritoine occupe environ 2m² chez l'adulte. La séreuse péritonéale est animée de deux mouvements liquidiens osmotiques dits :

-La sécrétion :

Les deux feuillets péritonéaux sont séparés par un espace virtuel contenant une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) continuellement renouvelée. Cette sérosité a une composition chimique proche du sérum sanguin. Ce sont 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, facilite le glissement des deux feuillets péritonéaux

-L'absorption :

Elle est plus importante au-dessus du foie et nulle au niveau du cul de sac de Douglas Le passage de liquide du péritoine vers les capillaires, est à la base de dissémination des germes dans la circulation sanguine. Le drainage lymphatique dit rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale serait un autre mécanisme de dissémination microbienne.

3.2 Rappel anatomiques de l'appendice : [10,11]

3.2.1 L'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. L'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 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).

3.2.3. L'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 considérer l'appendice comme $\diamond$. 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. L'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 mauvaise 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 quadrant horaire : latéro-cæcale, rétro cæcale pure ou en arrière de la jonction iléocæcale, méso-coélique (sus ou sous-iléale), pelvienne. La position latéro-cæcale est la plus fréquente (65% des cas).

3.2.5. L'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 La vascularisation de l'appendice :

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

La veine iléo- cæco- 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 iléo-colique.

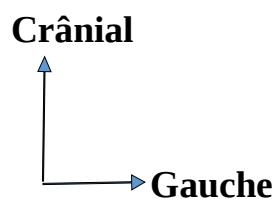
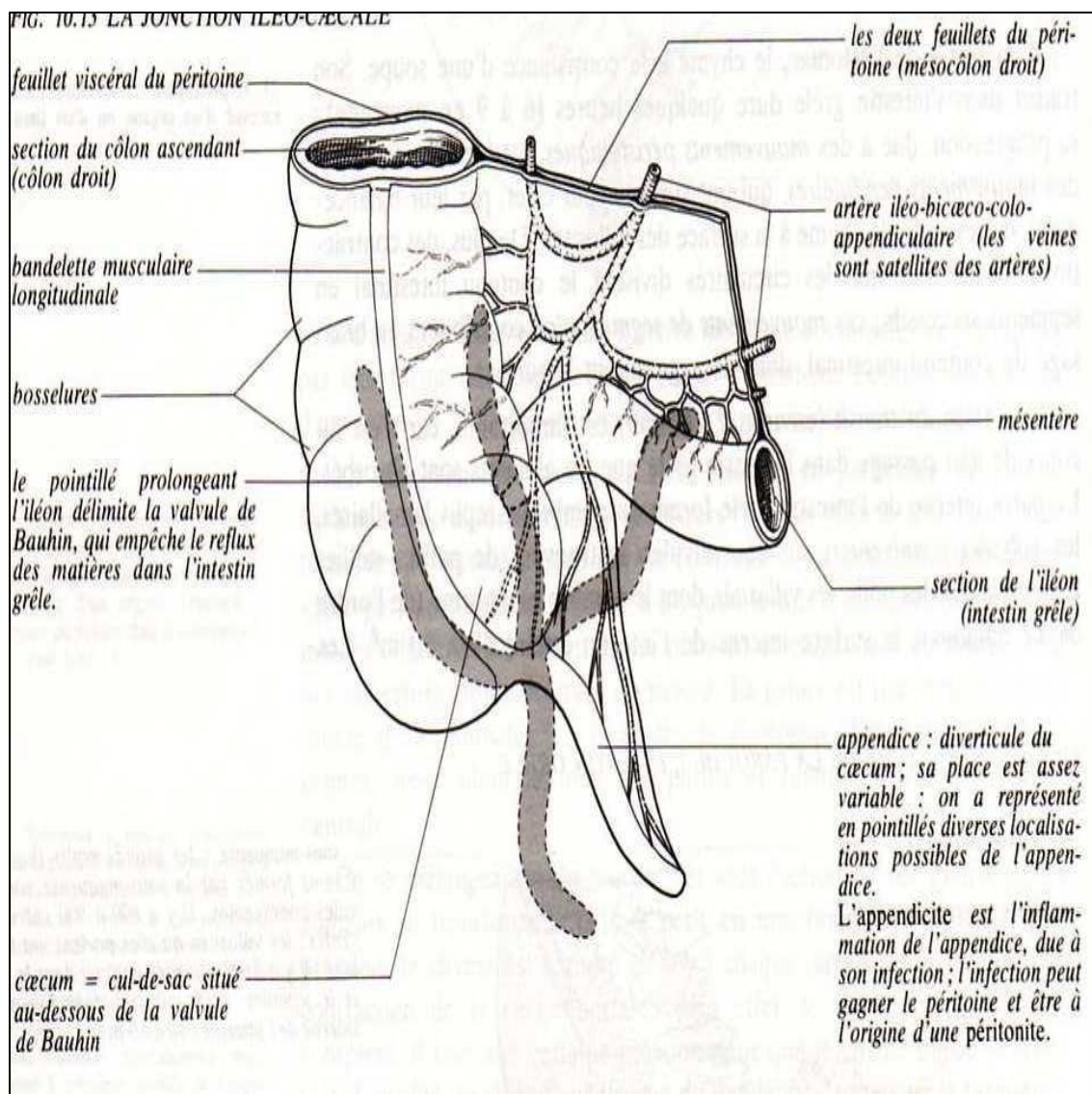


Figure 3 : Schéma anatomique annoté de la jonction iléo-caecale [13]

3.2.7 L'innervation de l'appendice :

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

3.3. Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires : [1, 16]

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

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 iléocæco-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.

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. Les rappels cliniques : [12]

Le type de description : Péritonite appendiculaire généralisée chez un homme jeune de 25 ans vu tôt.

3.4.1.1. Les 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.

3.4.1.2 Les 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 tension artérielle (TA) est habituellement normale à ce stade.

3.4.1.3 Les signes physiques :

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite A 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.

3.4.1.4 Les examens para cliniques :

-**L'Echographie** : met en évidence des signes d'épanchement intrapéritonéale et identifie la lésion causale : l'appendicite surtout en cas de doute. Les signes d'appendicite à l'échographie sont : diamètre de la lumière appendiculaire supérieur à 6 mm, épaisseur de la paroi supérieure à 3 mm, parfois infiltration de graisse péri appendiculaire et image en cône d'ombre postérieure illustrant un stercolite

-**La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP)** : montre :

Des signes occlusifs (distension gazeuse de la grêle et du côlon avec des NHA) ; Un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)

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

- **Le scanner abdominal** : n'est pas indispensable au diagnostic, il met en évidence les mêmes signes retrouvées à l'échographie avec plus de spécificité.

-**La biologie** : vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale : un hémocrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ; hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles souvent supérieurs à 15000/ mm³

3.4.1.5. Le 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 cytbactériologique 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** : 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. La présence 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 50 ans évoque **une péritonite sigmoïdienne** ;

- antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques et surtout trouble du rythme, devant faire penser à **l'infarctus mésentérique**.

3.4.1.6. Le traitement :

3.4.1.6.1. Le but :

-Éradiquer le foyer infectieux

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

3.4.1.6.2 Moyens : sont médicaux et chirurgicaux :

3.4.1.6.2.1 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 naso-gastrique 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 grams négatifs ;
- adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus, liquide péritonéal, hémoculture).

3.4.1.6.2.2 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 cœliochirurgie 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 trocars, 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 cœliochirurgie.

3.4.1.6.3. Le résultat :

La gravité est fonction de l'âge du malade, du retard diagnostique. La péritonite appendiculaire est une péritonite de bon pronostic avec un taux de mortalité <10%. (1)

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, descriptive et analytique allant du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2024, soit une période de 10 ans.

De 2014 à 2022 : période rétrospective

De 2022 à 2024 : période prospective

2. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

Description du cadre d'étude :

Le Csréf de la commune III est situé à Bamako coura en face de l'Avenue de l'indépendance. Dans l'enceinte de l'établissement, on distingue : L'administration et la finance, la médecine interne, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et PEV, imagerie médicale, la kinésithérapie, l'oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, la dermatologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie-diabétologie, la pneumologie, la rhumatologie, Odonto-stomatologie, la pharmacie, le laboratoire, la chirurgie générale.

L'unité de la chirurgie générale est divisée en trois blocs :

Les bureaux des chirurgiens, les salles d'hospitalisation, la petite chirurgie à l'entrée du centre qui représente également la salle des soins.

➤ Les locaux :

Le service de la chirurgie générale dispose de 3 salles d'hospitalisation, 5 bureaux pour les chirurgiens, une salle de garde (pour les infirmiers), un bureau du Major, une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles d'opération, une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, un bureau du major et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du Csréf excepté la chirurgie oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie qui n'ont pas débutés les activités chirurgicales.

➤ Les personnels :

- Le personnel permanent est composé de :
 - 4 Chirurgiens généralistes
 - 2 Chirurgiens urologues
 - 1Chirurgien orthopédiste-traumatologue
 - 3 Ibodes

- 1 Technicien supérieur de santé faisant fonction IBODE
- 4 Techniciens supérieurs en santé
- 1 Technicien de santé
- 6 Techniciens de surface ou manœuvres.

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

- **Les activités :** Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgences et les hospitalisations. Les staffs se tiennent les vendredis.

Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur les dossiers des patients en rétrospective et sur les patients en prospective admis et opérés dans le service pour péritonite appendiculaire.

- 4. Echantillonnage :** on a procédé au regroupement exhaustif de tous les cas de péritonite appendiculaire qui répondraient aux critères d'inclusion.

❖ Critères d'inclusions :

Tous les patients opérés pour péritonite dont l'origine était appendiculaire en peropératoire.

❖ Critères de non inclusion : N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Tout patient opéré pour péritonites non appendiculaires
- Les péritonites appendiculaires opérés en dehors du service

❖ Les critères opérationnels :

Tous les malades admis ont bénéficié d'un examen clinique comportant :

- un recueil des données administratives (nom, prénom, âge, adresse) des signes fonctionnels (douleur, fièvre, vomissements), les antécédents.
- un examen physique complet

Des examens complémentaires en particulier radiologique (ASP, Echographie abdominale), biologiques (groupage sanguin rhésus, NFS et/ou taux d'hémoglobine et d'hématocrite voire glycémie et créatininémie).

- Le score de Mannheim (MPI) a servi pour l'évaluation du pronostic vital

Score de MANNHEIM (MPI)

Paramètres	Données	Points
Âge	> 50	5
	< 50	0
Sexe	Féminin	5
	Masculin	0
Défaillance viscérale	Présente	7
	Absente	0
Malignité	Présente	4
	Absente	0
Délai de prise en charge >24	OUI	4
	NON	0
Foyer Primaire	Colique	4
	Non Colique	0
Péritonite généralisée	Oui	6
	Non	0
Nature du liquide péritonéal	Stercoral	12
	Trouble ou purulent	6
	Claire	0

Interprétation : score minimal = 0 ; score maximal = 53

MPI $\geq$ 26 : le taux de mortalité est de 56,7%

MPI < 26 : le taux de mortalité est de 5,9%

NB : les défaillances viscérales

Rénale : Créatinine > 177 μ mol/l, Urée > 16.7 mmol/l, Oligurie < 20 ml/h

Respiratoire : PaO2 < 500 mmHg, PaCO2 > 500 mmHg

Choc hypo ou hyperdynamique selon la définition de Shoemaker

#obstruction intestinale : Paralysie > 24h ou Iléus complet

❖ **Suivi**

Nos malades ont été suivis sur rendez-vous au service et par des appels téléphoniques.

5. Collecte et supports des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête et testée pour les variables.

Les supports suivants ont été utilisés : dossiers médicaux des patients ; les registres d'hospitalisation ; les registres des comptes rendus opératoires et de protocoles d'anesthésie.

6. Statistiques

Les données ont été saisies sur **les logiciels Word 2016, Excel 2016**, et analysées avec le **logiciel « SPSS » version 25**.

La comparaison des paramètres a été faite en utilisant le test statistique **Chi2** avec un seuil de signification **P < 0,05**.

RESULTATS

V. RESULTATS :

1. Fréquence :

Durant la période d'étude, les péritonites appendiculaires ont représenté :

- 0,8% des consultations (82/10275)
- 7,44% des urgences abdominales (82/1102)
- 1,8% des hospitalisations (82/4452)
- 2,19% des interventions chirurgicales (82/3743)
- 58,15% des péritonites (82/141)

2.Données sociodémographiques :

2.1-L'âge

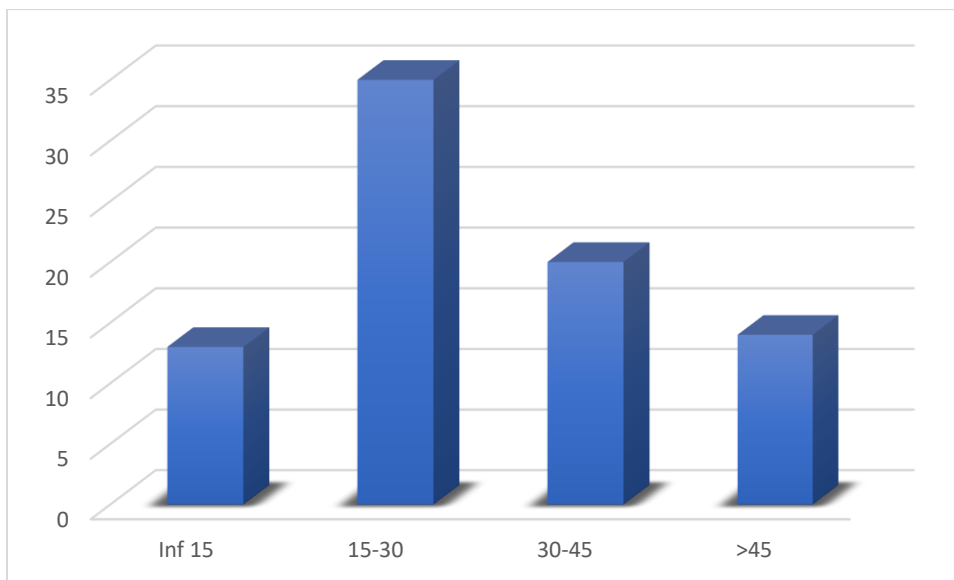


Figure 4 : Répartition selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge (15-30) était majoritaire, soit 43%.

La moyenne d'âge était de 26,29 ans avec un écart type de 13,83 et des extrêmes de 09 ans et 78 ans.

2.2- Le sexe

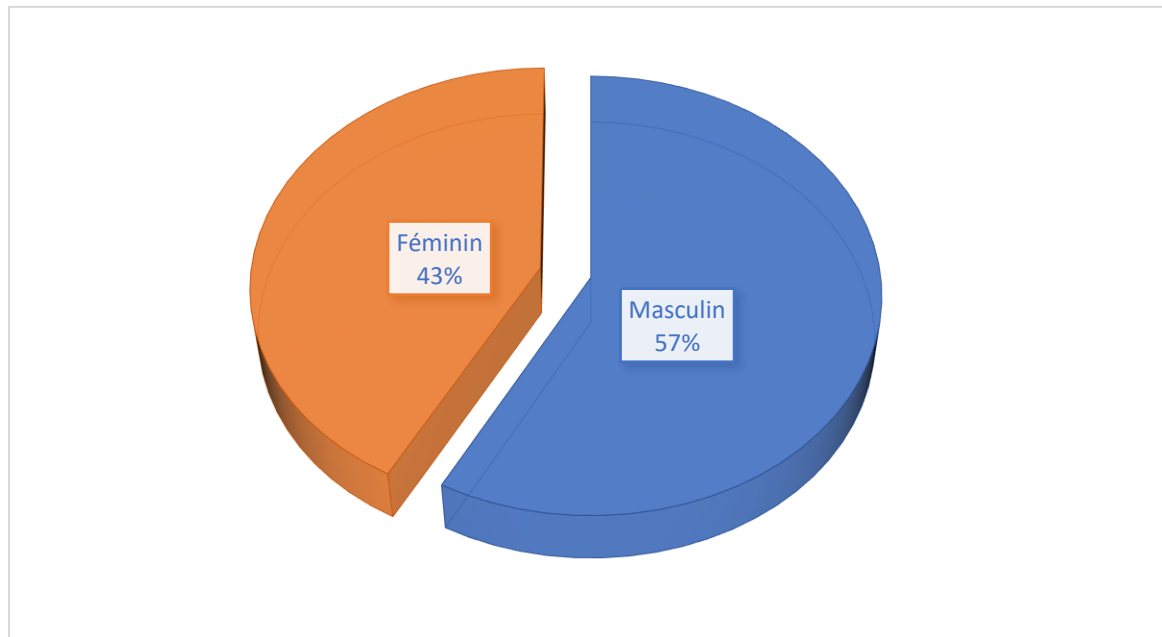


Figure 5 : Répartition selon le sexe.

Le sexe masculin représentait 57% des cas, avec un sex-ratio de 1,34.

2.3- La principale activité

Tableau I : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elève et /ou Etudiant	25	30,5
Fonctionnaire	14	17,1
Ménagère	14	17,1
Ouvrier	12	14,6
Cultivateur	6	7,3
Commerçant	5	6,1
Chauffeur	3	3,7
Boutiquier	3	3,7
Total	82	100

Les élèves et/ ou étudiants étaient majoritaires, soit 30,5% des cas.

2.4- L'ethnie :

Tableau II : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	23	28
Peulh	16	19,5
Sarakolé	13	15,9
Malinké	10	12,2
Dogon	8	9,8
Bobo	6	7,3
Maure	5	6,1
Senoufo	1	1,2
Total	82	100

L'ethnie Bambara était majoritaire, soit 28% des cas.

2.5- La résidence :

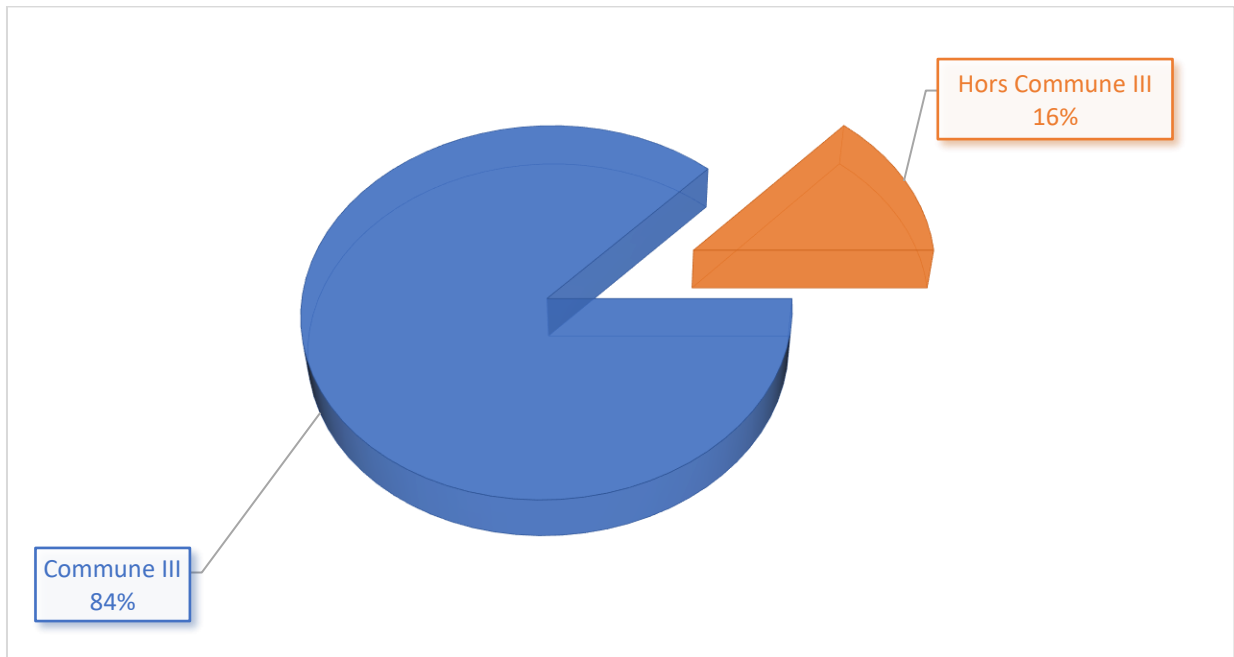


Figure 6 : Répartition selon la résidence.

La majorité de nos patients résidait en commune III soit 84% des cas.

2.6- Le niveau d'étude

Tableau III : Répartition selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Secondaire	29	35,4
Primaire	19	23,2
Non scolarisé	18	22
Supérieur	16	19,5
Total	82	100

Le niveau secondaire était majoritaire soit 29,3 % des cas.

2.7- Le statut matrimonial

Tableau IV : Répartition selon le statut matrimonial.

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	39	47,6
Marié(e)	35	42,7
Divorcé(e)	5	6,1
Veuf (Ve)	3	3,7
Total	82	100

Les célibataires étaient les plus représentés soit 47,6 % des cas.

6. Aspects cliniques

3.1-Le mode d'admission

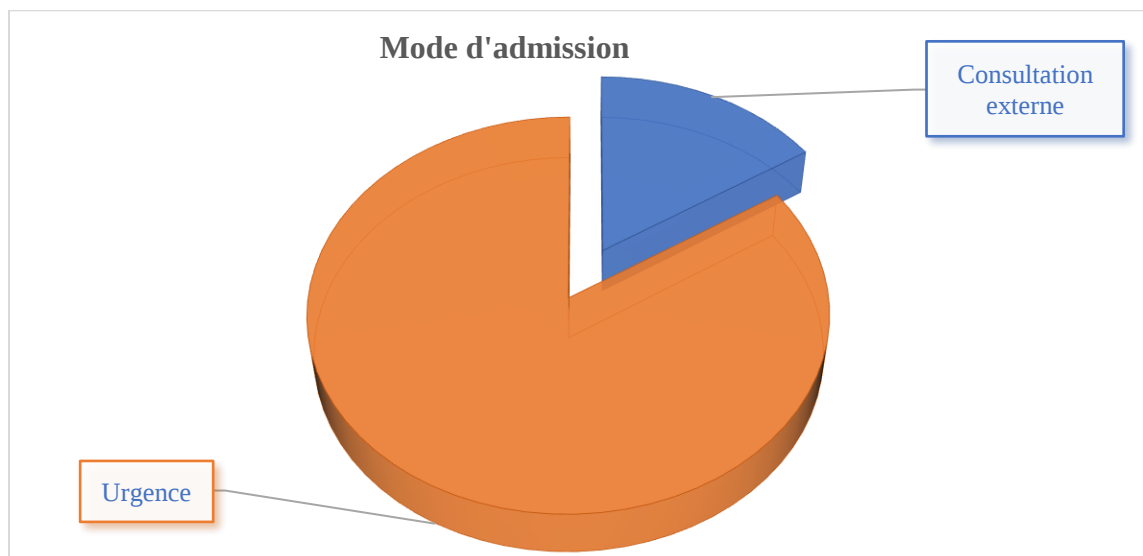


Figure 7 : Répartition selon le mode d'admission.

Les patients admis en urgences étaient majoritaires, soit 88% des cas.

3.2-La durée d'évolution

Tableau V : La durée d'évolution de la symptomatologie avant la première consultation médicale.

Durée de la symptomatologie	Effectif	Pourcentage
Sup à 72 heures	39	47,6
48 à 72heures	30	36,6
Inf à 48heures	13	15,9
Total	82	100

La durée moyenne d'évolution était 89,56 heures.

3.3-Le motif de consultation

Tableau VI : Le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	82/82	100
Douleur abdominale + Vomissements	40/82	48,8
Douleur abdominale +Arrêt des matières et des gaz	4/82	4,9

La douleur abdominale était le principal motif de consultation retrouvée chez tous nos patients.

3.4- Les antécédents médicochirurgicaux.

3.4.1-Antécédents médicaux

Tableau VII : Les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	73	89
HTA	5	6,1
Diabète	3	3,7
AVC	1	1,2
Total	82	100

La majorité de nos patients étaient sans antécédent médical, soit 89% des cas.

3.4.2- Antécédents chirurgicaux

Tableau VIII : Les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	76	92,7
Hernie inguinale	3	3,7
Hernie Ombilicale	2	2,4
Césarienne	1	1,2
Total	82	100

La majorité de nos patients étaient sans antécédent chirurgical, soit 92,7% des cas.

3.5- Les caractéristiques de la douleur

Tableau IX : Répartitions des patients selon les caractéristiques de la douleur

Caractéristiques de la douleur		Effectif	Pourcentage
Siège initial	FID	59	72
	Péri ombilicale	23	28
Mode de début	Progressif	52	63,4
	Brutal	30	36,6
Type	Pique	60	73,2
	Brulure	22	26,8
Intensité	Forte	55	67,1
	Modérée	23	28
	Légère	4	4,9
Irradiation	Diffuse	54	65,9
	Non	28	34,1
Evolution	Permanente	67	81,7
	Intermittente	15	18,3
Facteur aggravant	Effort	40	48,8
	Aucun	32	39
	Repas	10	12,2
Facteur calmant	Aucun	57	69,5
	Médicaments	18	22
	Position antalgique	7	8,5

La douleur dans la fosse iliaque droite puis diffuse dans tout abdomen, d'intensité forte, étaient les caractéristiques les plus représentés.

3.6- Les signes associés à la douleur

Tableau X : Les signes associés

Signes d'accompagnement de la douleur	Effectif	Pourcentage
Nausées + vomissements	40	48,8
Arrêt de matière et de gaz	4	4,9
Diarrhée	2	2,4
Aucun	36	43,9
Total	82	100

Les nausées et vomissements étaient les principaux signes associés, soit 48,8%.

3.7- Les signes généraux

3.7.1-L'indice de performance selon l'OMS

Tableau XI : Performance selon l'OMS

Scores de l'OMS	Effectif	Pourcentage
2	63	76,8
1	11	13,4
3	8	9,8
Total	82	100

Le score de performance OMS était égal à 2 chez 74,1% de nos patients.

NB : Indice de performance d'OMS

0=Aucune restriction activité physique

1=Activité physique diminuée, travail

2=Soins de lui-même, incapable de travailler

3=Alité ou en chaise supérieure à 50% du temps

4=Alité ou en chaise en permanence

3.7.2-La fièvre

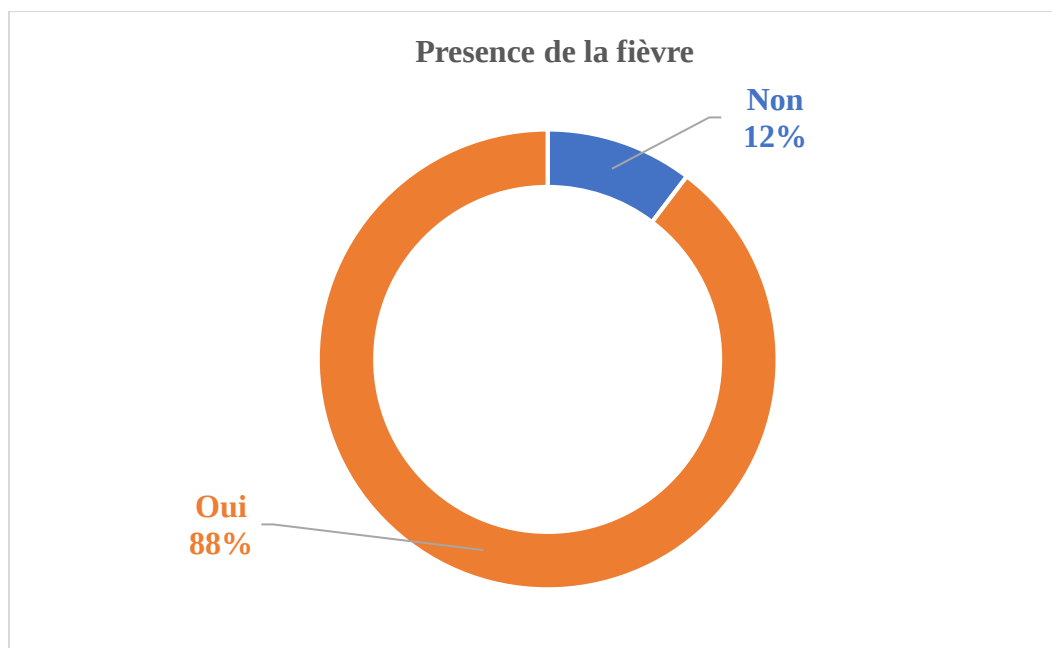


Figure 8 : Répartition selon la fièvre.

La majorité de nos patients présentaient une fièvre, soit 88% des cas.

3.7.3- Autres signes généraux

Tableau XII : Autres signes généraux

Signes généraux		Effectif	Pourcentage
Fréquence respiratoire	Normale	62	75,6
	Polypnée	20	24,4
Pouls	Accéléré	56	68,3
	Normale	26	31,7
Pression artérielle	Normale	65	79,3
	Diminuée	15	18,3
	Elevée	2	2,4
Plis de déshydratation	Non	73	89
	Oui	9	11
Conscience	Normale	75	91,5
	Agitée	7	8,5

Le pouls était accéléré chez la majorité de nos patients, soit 68,3% des cas.

3.8-Les signes physiques au niveau de l'abdomen

Tableau XIII : Les signes physiques

Signes physiques		Effectif	Pourcentage
Inspection	Abolition de la respiration abdominale	66	80,5
	Distension abdominale	61	74,4
	Cicatrice opératoire	6	7,3
Palpation	Douleur à la palpation	82	100
	Cris de l'ombilic	77	93,9
	Contracture abdominale	74	90,2
Percussion	Matité des flancs	67	81,7
	Tympanisme	15	18,3
Auscultation	Diminution des BHA	44	53,7
TR	Douglas douloureux	52	63,4
	Douglas douloureux et bombé	30	36,6

La douleur à la palpation, la contracture abdominale ainsi qu'une douleur au TR ont été noté chez la majorité de nos patients.

4. Examens complémentaires :

4.1 . L'ASP :

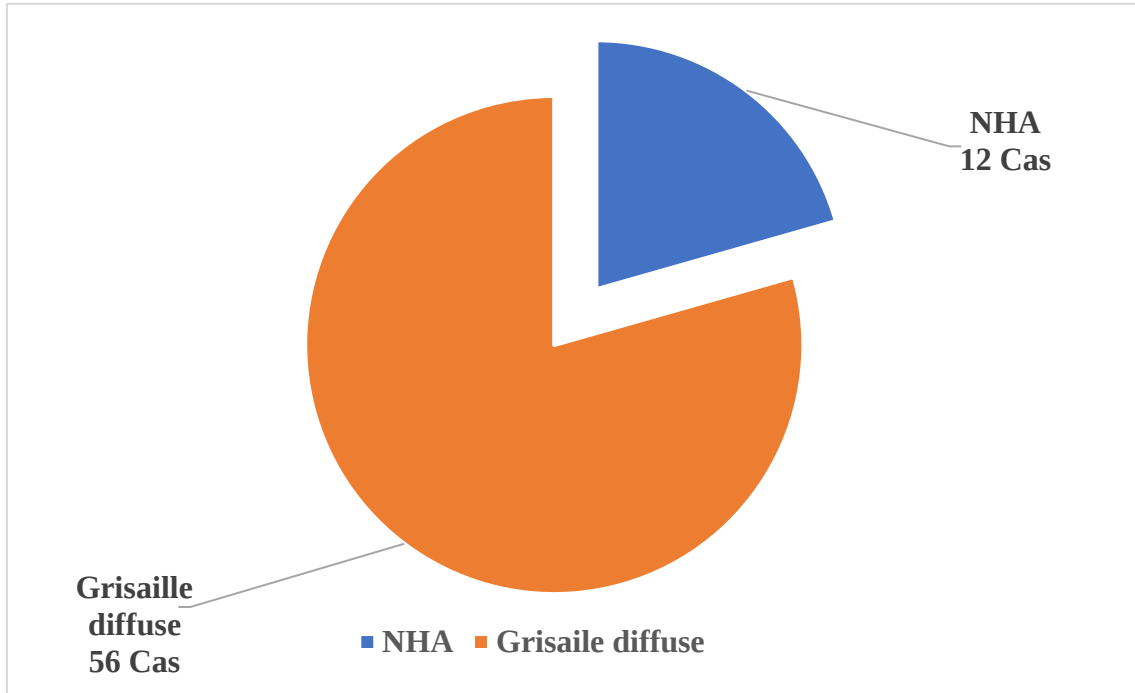


Figure 9 : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP.

Chez les 68 patients ayant réalisé l'ASP une grisaille diffuse a été noté dans 56 cas soit 82,3%

4.2. Echographie abdominale :

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

Echographie	Effectif	Pourcentage
Epanchement péritonéal + lésions appendiculaires	37	45,1
Epanchement péritonéal	13	15,8
Aspect d'appendicite aigüe	3	3,7
Non faite	29	35,4

L'échographie réalisée chez 64,6% de nos patients a objectivé un épanchement péritonéal + lésions appendiculaires dans 45,1 % des cas.

4-3. Le groupe sanguin et le rhésus :**Tableau XV : Répartition des patients selon le groupage Rhésus.**

Gr/Rh	Effectif	Pourcentage
A+	27	32,9
B+	19	23,2
O+	17	20,7
AB+	11	13,4
O-	5	6,1
B-	3	3,7
Total	82	100

Le groupe A rhésus positif était majoritaire, soit 31% des cas.

4-4. La glycémie des patients**Tableau XVI : Répartition des patients selon la glycémie**

Glycémie	Effectif	Pourcentage
Normale	78	95,1
Hyperglycémie	2	2,4
Hypoglycémie	1	1,2
Total	82	100

Les patients avaient une glycémie normale dans 95,1% des cas.

4-5. La NFS**Tableau XVII : La Numération formule sanguine (NFS) des patients.**

NFS	Effectif	Pourcentage
Hyperleucocytose	59	72
Hyperleucocytose + anémie	6	7,3
Total	65	79,3

Une hyperleucocytose a été notée chez 79,3% de nos patients. Elle était associée à l'anémie dans 6 cas, soit 7,3% des cas.

NB : La numération formule sanguine (NFS) n'a pas été effectuée chez tous les malades.

5. Diagnostic pré opératoire

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.

Diagnostic pré opératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	64	78
Péritonite aiguë	13	15,8
Abcès appendiculaire	4	5
Occlusion intestinale	1	1,2
Total	82	100

Le diagnostic préopératoire le plus retenu a été la péritonite appendiculaire, soit 78% des patients.

6. Données peropératoires et thérapeutiques

6-1. Traitement médical :

Réanimation hydro électrolytique pré per et post opératoire

Toutes nos patients ont bénéficié d'une réanimation hydro électrolytique préopératoire de courte durée composée de :

- Mise en place d'une sonde urinaire et sonde naso-gastrique
- Perfusions de solutés de cristalloïdes et ou de colloïdes
- Bi antibiothérapie à base de ceftriaxone (1 à 2g toutes les 12 heures) et de métronidazole 500mg toutes les 8 heures.
- L'antalgique à base paracétamol et nefopam.
- Diète jusqu'à la reprise du transit

NB : La transfusion a été faite chez 3 de nos patients soit 3,7%.

6-2. Traitement chirurgical :

→ Le type d'anesthésie :

Anesthésie générale + intubation oro-trachéale a été effectuée chez tous nos patients.

→ Le type d'incision.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'incision.

Type d'incision	Effectif	Pourcentage
Xypho -sus pubienne	58	70,7
Médiane sous ombilicale	20	24,4
Mac Burney élargie	4	4,9
Total	82	100

L'incision médiane xypho-suspubienne a été réalisée chez 70,7% de nos patients.

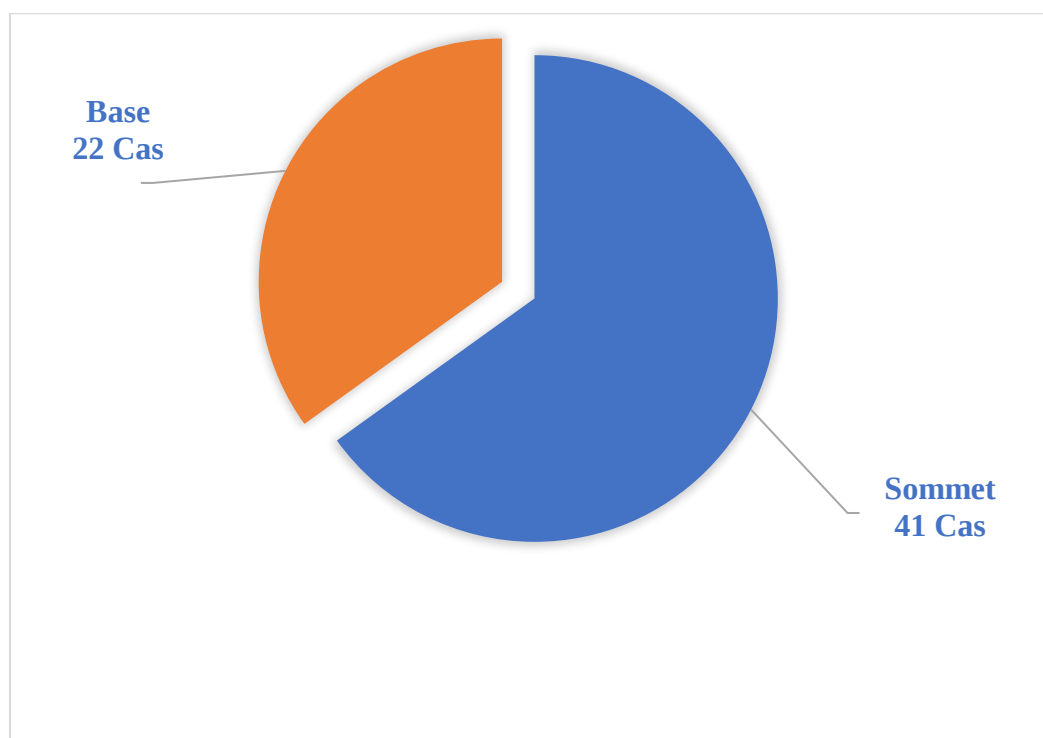


Figure 10 : Répartition des patients selon le siège de la perforation.

En peropératoire l'appendice était perforé à son sommet dans 41 cas, soit 65%.

→ **La quantité de pus aspirée :**

Tableau XX: Répartition des malades selon la quantité d'épanchement.

Quantité d'épanchement	Effectif	Pourcentage
Inf. à 500ml	51	62,2
500 à 1000 ml	28	34,1
Sup à 1000	3	3,7
Total	82	100

La quantité de pus aspiré était inférieure ou égale à 500ml dans 62,2% des cas.

→ **La position de l'appendice :**

Tableau XXI: Répartition des patients selon la position de l'appendice.

Siège de l'appendice	Effectif	Pourcentage
Latérocaecale	62	75,6
Rétro caecale	17	20,7
Mesocoliaque	3	3,7
Total	82	100

La position latérocaecale était prédominante, soit 75,6% des cas.

→ **L'aspect macroscopique de l'appendice**

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'aspect de l'appendice

Aspect de l'appendice	Effectif	Pourcentage
Perforé	63	76,8
Abcédé	10	12,2
Gangréné	5	6,1
Phlegmoneux	4	4,9
Total	82	100

L'appendice était perforé dans 76,8% des cas.

→ Les gestes chirurgicaux effectués :

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le geste chirurgical.

Geste effectué	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie + enfouissement + lavage + drainage	50	61
Appendicectomie + sans enfouissement + lavage + drainage	32	39
Total	82	100

L'appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire plus la toilette péritonéale plus drainage a été réalisée chez 61% de nos patients.

6-3-Pronostic :

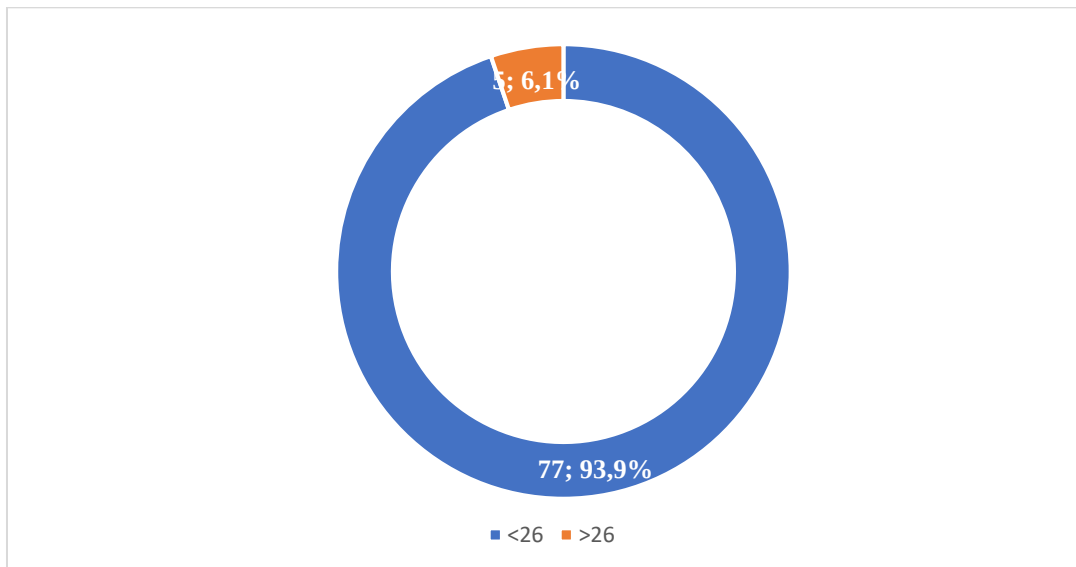


Figure 11 : Répartition des patients selon le score de Mannheim.

Le score de Mannheim était < 26 chez 93,9% des patients.

7. Données évolutives

7.1- Les suites opératoires précoces :

Tableau XXIIIIV : Répartition des patients selon les suites opératoires précoces (à 1 mois)

Suites opératoires précoces	Effectif	Pourcentage
Simple	73	89
Suppuration pariétale	8	8,6
Total	82	100

Les suites opératoires précoces ont été simples chez 89% des patients.

7.2- La durée d'hospitalisation :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
0 - 7jours	67	81,7
8 - 14jours	12	14,6
Plus de 14jours	3	3,7
Total	82	100

La durée d'hospitalisation était inférieure à 7 jours chez 81,7% de nos patients.

La durée moyenne était 6,87 jours avec des extrêmes allant de 3 jours et 24 jours

7.3. Les suites opératoires après un (1) Mois :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les suites opératoires après 1 mois.

Suites opératoires après 1 mois	Effectif	Pourcentage
Simple	80	97,6
Eventration	1	1,2
Total	81	98,8

Les suites opératoires après 1 mois ont été simples chez 97,6% de nos patients.

7.4. La mortalité :

Nous avons enregistré un cas de décès par choc septique soit 1,2%.

7.5. La classification de CLAVIEN DINDO

Tableau XXVII : Répartition selon la classification de CLAVIEN DINDO

Grade	Effectif	Pourcentage
Grade I	14	17,1
Grade II	3	3,7
Grade V	1	1,2
Total	18	22

Le grade I de la classification de CLAVIEN DINDO a représenté 17,1%.

7.6 L'analyse bi variable :

7.6.1 L'âge et les complications :

Tableau XXVIII : L'âge et les complications

Tranche d'âge	Complications		Total
	Simple	Suppuration pariétale	
15-30	31	4	35
30-45	18	2	20
>45	12	1	14
< 15	12	1	13
Total	73	8	82

Chi2 = 5,61 p-value = 0,467

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la tranche d'âge des patients et les complications ($p > 0,05$).

7.6.2. Le sexe et les complications :

Tableau XXVIII : Le sexe et les complications

Sexe	Complications		Total
	Simple	Suppuration pariétale	
Masculin	43	4	47
Féminin	30	4	35
Total	73	8	82

Chi2 = 1,59 p-value = 0,451

Il n'y avait pas de relation significative entre le sexe et la survenue des complications ($p > 0,05$)

7.6.3 Le délai de consultation et les complications :

Tableau XXIX : Le délai de consultation et les complications

Délai de consultation	Complications		Total
	Simple	Suppuration pariétale	
>72h	34	5	39
48h à 72h	28	2	30
<48h	11	1	13
Total	73	8	82

Chi2 = 6,14 p-value = 0,189

La suppuration pariétale a été plus observée chez les patients qui avaient un long délai de consultation. Mais la relation entre délai de consultation et les complications n'était pas statistiquement significative ($p > 0,05$).

COMMENTAIRES

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Nous avons mené une étude rétrospective et prospective sur 10 ans allant de janvier 2014 à décembre 2024 dans le CSRéf CIII. Elle a portée sur 82 patients opérés pour péritonite appendiculaire.

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

Les difficultés rencontrées ont été :

- Le mauvais archivage
- La difficulté de pouvoir réaliser en urgence certains examens complémentaires
- Le faible pouvoir d'achat des malades rendant difficile la prise en charge rapide de certains patients.

2. Epidémiologie :

2.1 Fréquence

Tableau XXXI : Fréquence de la péritonite appendiculaire selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Effectif	Test statistique P=
Notre étude	58,15%	82/141	—
Touré S. [3] (Mali 2022)	55,15%	75/136	0,61
Diarra M.O. [4] (Mali 2018)	52,50%	31/59	0,47
Loubna. T [16] (Maroc 2022)	40,24%	33/82	0,009
Bah TS. [17] (Guinée 2021)	49,39%	41/83	0,20

Nous avons enregistré une fréquence de 58,15% qui est statistiquement comparable aux études de Touré S au Mali en 2022 (55,15%), Diarra M.O au Mali en 2018 (52,50%) et Bah TS en Guinée en 2021 (49,39%) sans différence statistiquement significative ($P > 0,05$).

Par ailleurs, notre fréquence est différente des résultats de Loubna. T au Maroc en 2022 avec $P < 0,05$.

Ces différences pourraient s'expliquer par des variations dans les contextes épidémiologiques, les critères d'inclusion, les structures hospitalières ou l'accessibilité aux soins selon les pays et les périodes d'études.

2.2 Age :

Tableau XXXII : Age moyen selon les auteurs

Auteurs	Âge moyen	Effectif	Test statistique P=
Notre étude	26,29	82	—
Touré S. [3] (Mali 2022)	33,73	75	0,04
Koné A. [15] (Mali 2020)	28,40	42	0,33
Zewdu D. et al. [20] (Ethiopie 2022)	25	125	0,41
MARIAGE M. [22] France (2016)	39,8	89	< 0,01

L'âge moyen de nos patients était de 26,29 ans avec des extrêmes de 9 ans et 78 ans.

Cette moyenne est :

- Comparable à celles de Koné A. en 2020 au Mali qui a trouvé 28,40 ans et de Zewdu D. et al. 2022 en Ethiopie 25 ans [15, 20].
- Inférieure à celles de MARIAGE M. France en 2016 et Touré S. au Mali en 2022 qui ont respectivement trouvé 39,8 ans et 33,73ans [22 ,3].

2.3 Le sex-ratio :

Tableau XXXIII : Sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	Sex-ratio	Effectif	Test statistique P=
Notre étude	1,34	82	—
Touré S. [3] (Mali 2022)	2,75	75	0,03
Koné A. [15] (Mali 2020)	1,33	42	0,89
Balogun OS. [21] (Nigeria 2019)	2,46	59	0,05

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 :

TOURE. S :2,75 ; Koné A. : 1,33 ; Balogun OS. : 2,46 [3,15,21].

3. ETUDE CLINIQUE :

3.1 Mode et motifs d'admission

Tableau XXXIIIV : Mode d'admission des patients selon les auteurs

Auteurs	Urgence	Consultation ordinaire	Test statistique P=
Notre étude	88%	12%	—
Camara B. 2008 Mali [18]	97,1%	2,9%	<0,05
Touré S. Mali 2022 Mali [3]	67%	33%	< 0,05

Dans notre étude, la majorité des patients ont été admis en urgence (88%), ce qui reflète le caractère aigu et sévère de la péritonite par perforation appendiculaire, pathologie relevant d'une prise en charge chirurgicale immédiate.

Cette prédominance des admissions urgentes est encore plus marquée dans la série de Camara B au CHU Gabriel Touré, où près de la totalité des patients ont été recrutés par les urgences [18].

À l'inverse, Touré S. au CSRéf de la commune I rapporte une proportion plus importante de patients admis en consultation ordinaire. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure accessibilité géographique du CSRéf, permettant à certains patients de consulter plus précocement avant l'aggravation du tableau clinique. Toutefois, même dans cette série, l'admission en urgence reste majoritaire, confirmant que la péritonite appendiculaire demeure le plus souvent une urgence chirurgicale. [3]

Les différences statistiquement significatives observées entre les séries soulignent l'influence du niveau de référence de la structure sanitaire, du délai de consultation et des circuits de référence sur le mode d'admission. Globalement, nos résultats concordent avec les données africaines, où le retard de consultation et la référence tardive expliquent la forte proportion d'admissions en urgence dans les péritonites appendiculaires.

3.2 Motifs de consultation

Tableau XXXIV : Motifs de consultation selon les auteurs

Auteurs	Douleur abdominale	Douleur + vomissements	P-value
Notre étude	82 (100%)	40 (48,8%)	—
Camara B. Mali 2008 [18]	137 (100%)	-	1
Touré S. Mali 2022 [3]	72 (96%)	-	0,3
Loubna. T Maroc 2022[16]	33 (100%)	27 (81,1%)	1

Dans notre étude, la douleur abdominale était présente chez tous les patients, confirmant son rôle central dans le diagnostic de la péritonite appendiculaire. Cette constance clinique est retrouvée de façon similaire chez Camara B au CHU Gabriel Touré et chez Loubna T à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès au Maroc ; où la douleur abdominale constituait également un symptôme universel. L'absence de différence statistiquement significative ($p = 1$) traduit une parfaite concordance entre les trois séries. [16, 18]

Au CSRéf de la Commune I, Touré S rapportait également une prédominance marquée de la douleur abdominale, bien que légèrement inférieure à celle observée dans notre étude. Toutefois, cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,31$), confirmant que la douleur abdominale reste le symptôme dominant quel que soit le niveau de référence sanitaire. [3]

L'association douleur abdominale et vomissements, retrouvée chez près de la moitié de nos patients, était rapportée avec une fréquence légèrement élevée par Loubna T. L'absence de différence significative ($p = 1$) suggère que cette association reflète davantage le stade évolutif de la maladie que des particularités liées au contexte géographique. [16]

Dans la littérature africaine, la fréquence élevée des vomissements associés à la douleur abdominale est souvent expliquée par le retard de consultation, favorisant une irritation péritonéale diffuse et des troubles du transit. [20,21]

Ces observations concordent avec nos résultats, où la majorité des patients étaient admis en urgence après un délai d'évolution prolongé.

3.3 Signes associés à la douleur abdominale

Dans notre étude, les signes associés à la douleur abdominale étaient dominés par la fièvre, retrouvée chez 88% des patients, suivie des nausées et vomissements présents dans 48,8% des cas. L'arrêt des matières et des gaz était moins fréquent, noté chez 4,9% des patients. Cette triade clinique traduit le caractère infectieux évolué de la péritonite appendiculaire, souvent observée dans un contexte de retard de consultation [4, 18].

La fièvre constitue un signe quasi constant des péritonites appendiculaires. Dans l'étude de Diarra MO à Sikasso, elle était présente chez 100% des patients, traduisant un état septicémique franc lié à la diffusion péritonéale de l'infection. Des résultats comparables ont été rapportés par Loubna T au Maroc en 2022, où la fièvre était également notée chez 91% des patients. Ces données confirment que la fièvre est un marqueur clinique majeur de gravité dans les péritonites appendiculaires en milieu africain [4, 16].

Les vomissements sont également fréquemment associés à la douleur abdominale. Dans notre étude, ils étaient présents chez 48,8% des patients. Ce taux est inférieur à celui rapporté par JHOBTA R.S en Inde en 2006, où ils étaient retrouvés dans 81% des cas. En revanche, nos résultats sont proches de ceux de Diarra MO, qui rapportait des vomissements bilieux tardifs dans 45,2% des cas. Ces variations s'expliquent principalement par la durée d'évolution de la maladie avant la consultation et le degré d'irritation péritonéale [4, 44].

Concernant l'arrêt des matières et des gaz, il était peu fréquent dans notre série (4,9%), suggérant que la majorité des patients consultaient avant l'installation d'un iléus paralytique complet. Ce taux est nettement inférieur à ceux rapportés par KUNIN N en France (14%) et surtout par Bakhou A au Maroc (19%) [26, 43]. Ces différences traduisent un retard de consultation plus important dans certaines séries, favorisant l'évolution vers des formes plus graves de péritonite.

Dans l'ensemble, la prédominance de la fièvre et des vomissements dans notre étude et dans celles de la littérature confirme le caractère infectieux systémique des péritonites appendiculaires. Les variations observées pour l'arrêt des matières et des gaz reflètent essentiellement le stade évolutif de la maladie au moment de l'admission, fortement influencé par le délai de consultation et l'accessibilité aux structures de soins [4, 15–17].

3.4 Signes physiques à l'admission

Tableau XXXVI : Contracture abdominale selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Contracture abdominale	Absence de contracture	P-value
Notre étude	82	74 (90,2%)	8 (9,8%)	—
Touré S.	75	68 (90,7%)	7 (9,3%)	0,92
Mali 2022 [3]				
Loubna. T,	33	29 (87,9%)	4 (12,1%)	0,96
Maroc 2022 [16]				
Koné A.	42	40 (95,2%)	2 (4,8%)	0,48
Mali 2020 [15]				

Dans notre étude, la contracture abdominale était retrouvée chez 90,2% des patients, traduisant une irritation péritonéale diffuse avancée, caractéristique des péritonites appendiculaires. Ce taux varie entre 20,8% à 89% selon les auteurs [25–29].

Ce résultat est très proche de celui rapporté par Touré S au CSRéf de la commune I, et de Loubna. T qui retrouvaient une contracture respectivement chez 90,7% et 87,9% des patients, sans différence statistiquement significative ($p = 0,92$ et $p=0,96$) [3 ,16].

Cette similitude suggère des profils cliniques comparables entre nos études, marqués par un retard de consultation fréquent.

L'étude de Koné A. au CSRéf de la commune II retrouvait également une fréquence élevée de contracture (95,2%), sans différence significative avec notre série ($p = 0,48$), confirmant que la contracture abdominale est un signe quasi constant dans les péritonites appendiculaires [15].

La littérature africaine et subsaharienne confirme que la contracture abdominale est un signe de gravité, souvent associé à :

- une durée d'évolution prolongée,
- une perforation appendiculaire constituée,
- et un risque accru de complications postopératoires [17, 18, 19].

Ainsi, nos résultats confirment que la contracture abdominale reste un élément clinique clé du diagnostic, surtout dans les contextes où l'accès à l'imagerie est limité, et souligne l'importance d'un diagnostic clinique précoce pour réduire la morbidité et la mortalité.

3.5 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 sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [2,29,30].

3.5.1 Echographie abdominale :

Tableau XXXVII : Fréquence de réalisation de l'échographie abdominale selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Échographie réalisée	Échographie non réalisée	P-value
Notre étude	82	53 (64,6%)	29 (35,4%)	—
Loubna. T, Maroc 2022[16]	33	33 (100%)	0 (0%)	< 0,01
Koné A. Mali 2020 [15]	42	6 (14,3%)	36 (85,7%)	< 0,05
Touré S. Mali 2022 [3]	75	75 (100%)	0 (0%)	< 0,01

L'échographie abdominale est devenue un examen courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [32].

Les signes positifs sont une structure tubulaire de plus de 6 mm de diamètre et parfois un stercolite 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 [32].

Dans notre étude, l'échographie abdominale a été réalisée chez 64,6% des patients, ce qui traduit un recours important à l'imagerie dans la démarche diagnostique de la péritonite appendiculaire au CSRéf de la commune III. Loubna. T au Maroc et Touré S au Mali ont rapporté une fréquence de réalisation de 100% avec une différence statistiquement significative comparée à notre étude [3, 16].

Notre taux est nettement supérieur à celle rapporté par Koné A au CSRéf CII ; où l'échographie n'a été réalisée que chez 14,3% des patients, différence statistiquement significative ($p < 0,05$) [15].

Cette disparité peut s'expliquer par :

- Une meilleure disponibilité de l'échographie dans notre structure durant la période d'étude,

- Une volonté d’orientation diagnostique préopératoire avant laparotomie,
- Et la présence d’un plateau technique plus fonctionnel.

Sur le plan sémiologique, dans notre série, l’échographie a objectivé un épanchement péritonéal associé à des lésions appendiculaires dans 53,7% des cas, confirmant son intérêt pour :

- Orienter le diagnostic,
- Apprécier l’extension de l’infection,
- Et éliminer certains diagnostics différentiels.

Cependant, plusieurs auteurs soulignent que l’échographie ne doit pas retarder la prise en charge chirurgicale, surtout dans les contextes africains où la péritonite est souvent diagnostiquée à un stade avancé [3,16,20]. Ainsi, son rôle est surtout d’appoint, le diagnostic restant essentiellement clinique.

3.5.2 L’abdomen sans préparation (ASP)

Dans notre étude, l’ASP a été réalisé chez 68 patients, soit 82,9% des cas, et a montré une grisaille diffuse dans 56 cas. Dans l’étude de Koné A, elle n’a été réalisée aussi que chez 16,7% (n=7) des patients. [15]

Selon plusieurs auteurs l’ASP garde un intérêt limité pour mettre en évidence :

- une grisaille diffuse,
- un iléus réflexe,
- ou un croissant gazeux sous phrénique, mais il ne permet pas de préciser l’étiologie appendiculaire avec certitude. [15,16,20]

En revanche Loubna. T stipule que malgré sa réalisation fréquente dans leur contexte, habituellement demandé devant tout syndrome douloureux abdominal aiguë, que la rentabilité de cet examen reste faible [16].

3.6 TRAITEMENT : chirurgical et non chirurgical

Le traitement de la péritonite appendiculaire comprend : la réanimation, la chirurgie et l'antibiothérapie [2].

3.6.1 Non chirurgical :

➤ Réanimation préopératoire :

C'est le premier temps essentiel, elle associe :

La rééquilibration hydro électrolytique et hématologique par perfusion de solutés [2, 33].

Dans notre étude la réanimation a été systématique chez tous les patients. 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) et parfois d'une sonde nasogastrique.

➤ L'antibiothérapie :

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie [2]. 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) puis modifiée au besoin en fonction du résultat de l'antibiogramme et de l'évolution clinique. Cette antibiothérapie est intraveineuse en péri opératoire [34]. Cette association a été utilisée par plusieurs auteurs [28 ,35]. Elle était conforme aux recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation [30].

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 [35]. Toute infection locale ou généralisée en chirurgie digestive doit être traitée par une antibiothérapie de 7 jours ou plus, suivant l'évolution [29].

3.6.2 Chirurgical :

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.

3.7 Données peropératoires

Les données peropératoires constituent un élément central dans l'évaluation de la gravité de la péritonite appendiculaire. Elles permettent d'apprécier le stade évolutif de la maladie, d'orienter le geste chirurgical et d'estimer le pronostic postopératoire.

3.7.1 Type d'incision

Tableau XXXVIII : Type d'incision chirurgicale (incision médiane) selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Incision médiane	Test statistique P
Notre étude	82	58 (70,7%)	—
Diarra M.O.	31	24 (77,4%)	0,47
Mali 2018 [4]			
Loubna. T,	33	29 (87,9%)	0,002
Maroc 2022 [16]			
MARIAGE M.	89	3(3,4%)	< 0,001
France 2016 [22]			

Dans notre étude, l'incision médiane xypho-suspubienne a été utilisée chez 70,7 % des patients. Ce taux est comparable à ceux rapportés par Diarra M.O. (77,4 %) avec une différence non statistiquement significative ($p = 0,47$) [4].

En revanche, Loubna. T rapportait une utilisation nettement plus élevée de l'incision médiane (87,9%), avec une différence statistiquement significative par rapport à notre série ($p = 0,002$) [16].

La littérature africaine s'accorde à reconnaître que l'incision médiane reste la voie d'abord de référence dans les péritonites appendiculaires généralisées, car elle permet :

- une exploration complète de la cavité abdominale ;
- un lavage péritonéal efficace ;
- un drainage adéquat [18, 21, 24].

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. 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 [37, 38].

En France dans la série de MARIAGE M, 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie [22].

3.7.2 Siège de l'appendice selon les auteurs

Tableau XXXVIII : Siège de l'appendice selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Latéro-caecal	Rétro-caecal	Méso cœliaque
Notre étude	82	62 (75,6%)	17(20,7%)	3(3,7%)
Diarra M.O.	31	26 (83,9%)	4(12,9%)	
Mali 2018 [4]		P=0,39	P=0,54	-
Loubna.T	33	22 (66,7%)	6(18,2%)	2(6,7%)
Maroc 2022 [16]		P=0,24	P=1	P=0,85

De l'ombilic, au fond du cul de sac de Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout [39]. 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. Dans notre série, la perforation appendiculaire siégeait en position latéro-caecale à droite dans 75,6 % des cas. Ce résultat est comparable à ceux rapportés par Diarra M.O. (83,9 %) et Loubna. T [16] (66,7%), sans différence statistiquement significative ($p > 0,05$) [4,16].

La prédominance de la position latéro-caecale est classiquement décrite dans la littérature et s'explique par la fréquence anatomique de cette position [3, 16, 23].

Cette constance inter-études renforce la validité anatomoclinique de nos résultats.

3.7.3 Le geste chirurgical :

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

Dans notre étude, le geste chirurgical le plus réalisé était : **appendicectomie + enfouissement + lavage + drainage** (61 %). Ce résultat est proche de celui rapporté par Diarra M.O., où l'appendicectomie sans enfouissement était légèrement plus fréquente (58,1 %) [4].

Bah TS et al ont rapporté qu'une appendicectomie avec toilette et drainage de la cavité péritonéale a été systématique chez tous les patients [17].

L'enfouissement du moignon appendiculaire reste controversé :

- Certaines équipes y voient une protection contre la fistule ;
- D'autres estiment qu'il n'apporte pas de bénéfice significatif et allonge le temps opératoire [21,24].
- Pour certains la nécrose du moignon se faisant en vase clos entraînerait la pullulation des germes qui favorise la perforation du bas fond caecal [40, 41].

Dans les contextes africains, la priorité demeure :

- Le contrôle du foyer septique ;
- Un lavage péritonéal abondant ;
- Un drainage efficace, plus que le débat technique sur l'enfouissement [18, 21].

4. L'évolution :

4.1 Morbidité

➤ Les suites opératoires précoces selon les auteurs :

Tableau XL : Suites opératoires précoces selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Morbidité	Test statistique P=
Notre étude	82	8,6%	
OUANGRE E. [8] BURKINA FASO 2013	73	23,3	0,015
KONE A. [15] MALI 2020	42	9,5	0,86
MARIAGE M. [22] FRANCE 2016	89	24,7	0,003

La morbidité post opératoire a été dominée par la suppuration pariétale.

Dans notre étude, le taux de morbidité 8,6% est comparable à celle de Kone A (9,5%), mais significativement plus faible que celle rapportée par Ouangre (23,3%) et Mariage M (24,7%).

La reprise chirurgicale n'a été effectué chez aucun de nos patients.

Les facteurs de morbidité retrouvés dans notre série étaient l'âge et le délai de consultation.

4.2 Mortalités

Tableau XLI : Mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Mortalité	Test statistique P=
Notre étude	82	1 (1,2%)	—
Touré S. Mali 2022 [3]	75	1 (1,3%)	1,00
Diarra M.O. Mali 2018 [4]	31	3 (9,7%)	0,04
Bah TS et al. Guinée 2021 [17]	41	2 (4,9%)	0,53
Loubna. T Maroc 2022 [16]	33	0	1,00
Keïta S. et al. Mali 2020 [18]	30	1 (3,3%)	0,42

La mortalité observée dans notre étude (1,2%) est faible et comparable à celles rapportées par Touré S. (1,3%) ; Bah TS et al. (4,9%), sans différence statistiquement significative ($p = 1,00$ et 0,53) [3, 17]. Loubna T au Maroc n'a enregistré aucun décès [16].

Les facteurs pronostiques rapportés dans les séries africaines sont essentiellement :

- Le retard de consultation lié à certaines pratiques traditionnelles,
- Et aux modestes moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Les causes de décès rapportées dans les séries africaines sont essentiellement (le choc septique et hypovolémique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale) [4, 17, 42].

La mortalité des péritonites extrahospitalières varie entre 0 à plus de 40 % selon l'étiologie, la population étudiée et la sévérité clinique initiale [45 ; 46 et 47].

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

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

VII. CONCLUSION

La péritonite appendiculaire demeure une urgence médico-chirurgicale fréquente dans notre contexte, touchant principalement des patients jeunes et admis tardivement en milieu hospitalier. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médico-chirurgicale.

Elle associe une réanimation préopératoire adéquate à un traitement chirurgical approprié, le plus souvent par appendicectomie avec toilette péritonéale et drainage. L'évolution est généralement favorable lorsque la prise en charge est précoce et correctement conduite, mais des complications peuvent survenir en cas de retard diagnostique ou de sepsis avancé.

Cette étude souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'une référence rapide et d'une amélioration continue des conditions de prise en charge afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à cette pathologie.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes.

1-Aux autorités sanitaires

- Assurer la formation continue du personnel.
- Renforcer l'organisation du système de référence et de contre-référence afin de réduire les délais de prise en charge des urgences abdominales.
- Améliorer l'accessibilité financière et géographique aux structures chirurgicales pour les populations périphériques.
- Doter les centres de santé de référence en matériel de réanimation, d'imagerie de base et en consommables chirurgicaux adaptés à la prise en charge des urgences digestives.

2-Au personnel de santé

- Insister sur l'évaluation clinique rigoureuse dès l'admission afin de limiter les retards diagnostiques.
- Référer tous patients présentant un doute diagnostique pour une prise en charge correcte ;
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire et interservices.
- Eviter l'utilisation abusive des antibiotiques en utilisant le référentiel de l'utilisation des antibiotiques du Mali.

3-À la population

- Prise de conscience sur la gravité des douleurs abdominales persistantes et à la nécessité d'une consultation médicale précoce.
- Lutter contre l'automédication et le recours tardif aux soins traditionnels en cas de douleur abdominale aiguë.

IX. . REFERENCES

1. **Constantin CL.** Urgences chirurgicales, 2^e Ed. Paris : Vernazobres-Grego ; 2005. p.109.
2. **Faniez, P.L., Koffi, E. et Panis, Y.** Péritonites appendiculaires. Encycl Med (Paris) 1992 ; 42 : 706-710.
3. **Touré S.** Péritonite appendiculaire au CSRéf de la commune I, Thèse méd, FMOS, Bamako, 2023 ; n°23M291 :88p.
- 4 **Diarra, M.O.** Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso, Thèse méd, FMOS, Bamako, 2018 ; n°18M71 : 91p.
5. **Flum DR, Koepsell T.** Has is diagnosis of appendicitis decreased over time? A population-based analysis. JAMA. 2001; 286(14): 1748-1753.
6. **Lebedev NV, Klimov AE, Shadrina VS, Belyakov AP.** Vybora operativnogo dostupa i varianta zaversheniya laparotomii pri rasprostranennom peritonite. Khirurgiia (Mosk). 2023 ; 54 :41-46.
7. **Soumaoro LT.** Péritonite appendiculaire : fréquence et prise en charge dans le service de chirurgie générale de l'Hopital National Ignace Deen de Conakry (Guinée). Med Afr Noire. 2019 ;66(2) :86-90
8. **Ouangré E, Zida M, Bonkougou PG, Sanou A, Traoré SS.** Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. Rev CAMES Santé. 2013 ; 1 :78-83.
9. **Rouvière H, Delmas A.** Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome 2 : le tronc.15^e éd. Paris : Masson ; 1998. p.116-131.
10. **Maïga B.** Contribution à l'étude des appendicites : aspects cliniques, anatomopathologique et étiologique, Thèse de méd, FMOS, Bamako, 1975 ; N°75M08 : 65p.
11. **Rohr S. Meyer C, Meyer N.** Appendicite aiguë, EMC Gastroentérol. 1999; 9-066-A10: 1-11.

12. **Faniez PL, Serpeau, Thomson C.** Péritonite aigue. Encycl Med Chir (Paris) Estomac – Intestin. 1982 ; 5-9045 :1-6.
13. **Chevalier JM.** Anatomie : le tronc. Tome 2. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1998. p. 120-128.
14. **Begin GF.** Appendicectomie laparoscopique. EMC Techniques chirurgicales-Appareil digestif. 2006 ;40-505 :1-11.
15. **KONÉ A.** Péritonite appendiculaire au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako, Thèse méd, FMOS, Bamako, 2020 ; n°20M169 : 95P.
16. **Loubna T.** Les péritonites appendiculaires : Expérience du service de Chirurgie viscérale à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès (à propos de 33 cas). Thèse de Méd. Fès (Maroc) : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah ; 2022. 201 p.
17. **Bah TS, Camara FL, Diallo MA, Balde M, Camara M, Barry AL et al.** Péritonites appendiculaires aspect épidémiologiques et prise en charge au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara (Guinée). Rev Guinéenne Chir. 2024;1(1):14-16.
18. **Keita S, Keita K, Coulibaly M, Sissoko M, Soumare L, Sacko O, et al.** Peritonitis management through appendicular perforation in the department of surgery Bougouni Hospital (Mali). Surg Sci. 2020 ;11(12) :446-452.
19. **Konaté M, Diallo M, Diakité IK, Doumbia MM, Sissoko M, Diarra L, et al.** Les péritonites aiguës au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako : aspects cliniques et thérapeutiques. Health Res Afr. 2024;2(10).
20. **Zewdu D, Wondwosen M, Tantu T, Tilahun T, Teshome T, Hamu A.** Predictors and management outcomes of perforated appendicitis in sub-Saharan African countries: a retrospective cohort study. Ann Med Surg (Lond). 2022; 80:104-194.

21. **Balogun OS, Osinowo A, Afolayan M, Olajide T, Lawal A, Adesanya A.** Acute perforated appendicitis in adults: management and complications in Lagos, Nigeria. *Ann Afr Med.* 2019 ;18(1) :36-41.
22. **Mariage M.** Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë Thèse Méd. Amiens : Université de Picardie Jules-Verne ; 2016. 59p.
23. **Hagenimana JP, Fader J.** The pattern, causes, management and outcome of peritonitis at CHU-Kamenge and Kibuye Hope Hospital in Burundi. *Medtigo J Anesth Pain Med.* 2025;1(1).
24. **Molla E, Abubeker Z, Amare E, Gebeyehu N.** Patterns, treatment outcomes and predictors of mortality in patients with secondary generalized peritonitis in two referral hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Surgery.* 2025 ;25 :478.
25. **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.
26. **Kunin N, Letoquard JP.** Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : analyse statistique multifactorielle de 216 observations. *J Chir (Paris).* 1991; 128(11): 481-486.
27. **Adesunkanmi AR.** Acute generalized peritonitis in African Children: assessment of severity of illness using modified APACHE II Score. *Br J Surg.* 2003; 73(5): 275-279.
28. **Cougard P, Barrat C.** Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. *Ann Chir.* 2000 ; 125 : 726-731.
29. **Sakhri J.** Traitement des ulcères duodénaux perforés. *Tunis Med.* 2000 ; 78(8-9) :485-489.
30. **Flamant Y.** Complications de l'appendicite aiguë. *Rev Prat.* 1994 ;6 : 2231-2235.
31. **Jean Y.M., Jean L.C.** Péritonite aiguë. *Rev Prat.* 2001 ; 51 : 2141-2145.
32. **Podevin G, Barussaud, M., Leclair D, et al.** Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant. *EMC Pediatr Mal Infect.* 2013 ;4 : 1-6.

33. **Société française d'anesthésie et de réanimation.** Prise en charge des péritonites communautaires. Conférence de consensus du 16 juin 2000.Paris : SFAR ; 2000. 11p.
34. **Ouali M, Rahil O.** Antibiothérapie pour péritonites appendiculaires chez l'enfant. Devons-nous changer nos habitudes ? Annal françaises d'anesthésie et de réanimation. 2014; 33(Suppl. 3) : A393-A394
35. **Lund DP, Murphy EU.** Management of perforated appendicitis in children: a decade of aggressive treatment. J Pediatr surg. 1994; 29(8): 1130-1134
36. **Yaokreh J-B, Coulibaly O, Kouamé DB, Koffi KM, Tembely S et al.** Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon. Rev. int. sc. méd. Abidjan; 2015; 17:173-177.
- 37.**Horwitz J, Monford D.** Should laparoscopic appendectomy be avoided for complicated appendicitis in children? J Pediatr Sur.1997;32(11):1601-1603.
38. **Yau KK, Siu WT.** Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. J Am Coll Surg. 2007 ; 205(1) : 60-65.
39. **Delattre J F.** Appendicite aiguë et ses complications : diagnostic et traitement. Impact Internat. 1997 ; 356 :1-8.
40. **Estour E, Geri JP.** Traitement coelioscopique des péritonites et abcès appendiculaires primitifs : étude rétrospective à propos de 107 cas. J Coeliochir. 2003 ; 47 :84-89.
41. **Dissa BA.** Les péritonites aiguës aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes. Thèse méd, FMOS, Bamako, 2012 ; n°12M53 : 139p.
42. **Bakhou A.** Les péritonites appendiculaires chez l'enfant. Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU de Marrakech, Thèse méd. Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ; 2012. n° 25.
43. **Jobta R.S, Attri AK, Kaushik R.** Spectrum of perforation peritonitis in India-review of 504 consecutive cases. World J Emerg Surg. 2006; 1: 26.

44. **Riche FC, Dray X, Laisné MJ et al.** Factors associated with septic shock and mortality in generalized peritonitis: comparison between community-acquired and postoperative peritonitis. Crit Care, Paris. 2009 ; 13(3) : 9.
45. **Montravers P, Lepage 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(4) :785-794.
46. **Cattan P, Yin DD, Sarfati E, et al.** Cost of care for inpatients with community-acquired intra-abdominal infections. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2002; 21(11): 787-793.
47. **Gauzit R, Pean Y, Barth X., Mistretta F, Lalaude O;** French Study Group. Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis: a French prospective observational multicenter study. Surg Infect (Larchmt). 2009; 10(2):119-127.

ANNEXES

X. ANNEXES

1. Fiche d'enquête :

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

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)

.....

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=Hypochondre droit

6=Hypochondre 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

Q20-Intensité de la douleur :/.../

1=Faible 2=Moyenne 3=Forte 4=Extrême

99=Indéterminé

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

1=Permanente 2=Intermittente

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=Epigastralgie/UGD 3=Diabète 4=Drépanocytose

5=Asthme 6=Aucun

7=Autres (à préciser)

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)

Q28 -Habitue 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

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

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

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 3=Indéterminé

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

1=Oui 2=Non 3=Indéterminé

Q49-Adénopathies :/.../

1=Présentes 2=Absentes 3=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 5=Indéterminé

III-Examens para cliniques :

1. Imagerie :

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

1=Faite 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=Faite 2=Non faite

Si faite, 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)

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 : DIABATE

Prénom : Ely

Téléphone : 78 84 90 02

Email : elydiabate82@gmail.com

Titre de la thèse : Péritonite appendiculaire au centre de santé de référence de la commune III de Bamako

Année universitaire : 2025-2026

Pays d'origine : MALI

Lieu de soutenance : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Résumé :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, descriptive et analytique de Janvier 2014 au 31 Décembre 2024, soit une période 10 ans dans le service de chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune III de Bamako.

Nous avons colligé 82 dossiers de malade pour perforation appendiculaire qui a représenté 7,44% des urgences chirurgicales et 2,19% des interventions chirurgicales. L'âge moyen a été de 26,29 ans avec un écart type de 13,83 et des extrêmes de 09 et 78 ans. La tranche d'âge (15-30) était majoritaire avec 43%. Le sexe masculin a représenté 57% avec une sex-ratio de 1,34 au risque des hommes. Les patients ont été reçu en urgence dans 88% ; le principal motif de consultation a été la douleur abdominale dans 100% des cas. Les nausées et vomissements étaient les principaux signes associés avec 48,8%. La contracture abdominale a été retrouvé dans la majorité des cas 90,2% et le cri de l'ombilic 93,9% des cas. Le cri du Douglas était présent dans 63,4% des cas. L'examen physique a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic. Dans les cas douteux certains examens complémentaires ont été demandés (ASP, échographie abdominale). L'appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire plus la toilette péritonéale plus drainage était la technique la plus utilisée avec un pourcentage de 61%. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 89% des cas ; la morbidité était de 1,2%.

Conclusion : La péritonite appendiculaire demeure une complication redoutable de l'appendicite aiguë, particulièrement fréquente dans les pays à ressources limités ou le retard de consultation et l'automédication sont courants. Le tableau clinique est toujours dominé par la contracture abdominale, la douleur abdominale intense, les nausées ou vomissements et la douleur dans le douglas.

Mots-clés : Péritonite / Perforation/ Appendiculaire/CSREF COMMUNE III.

ICONOGRAPHIE :

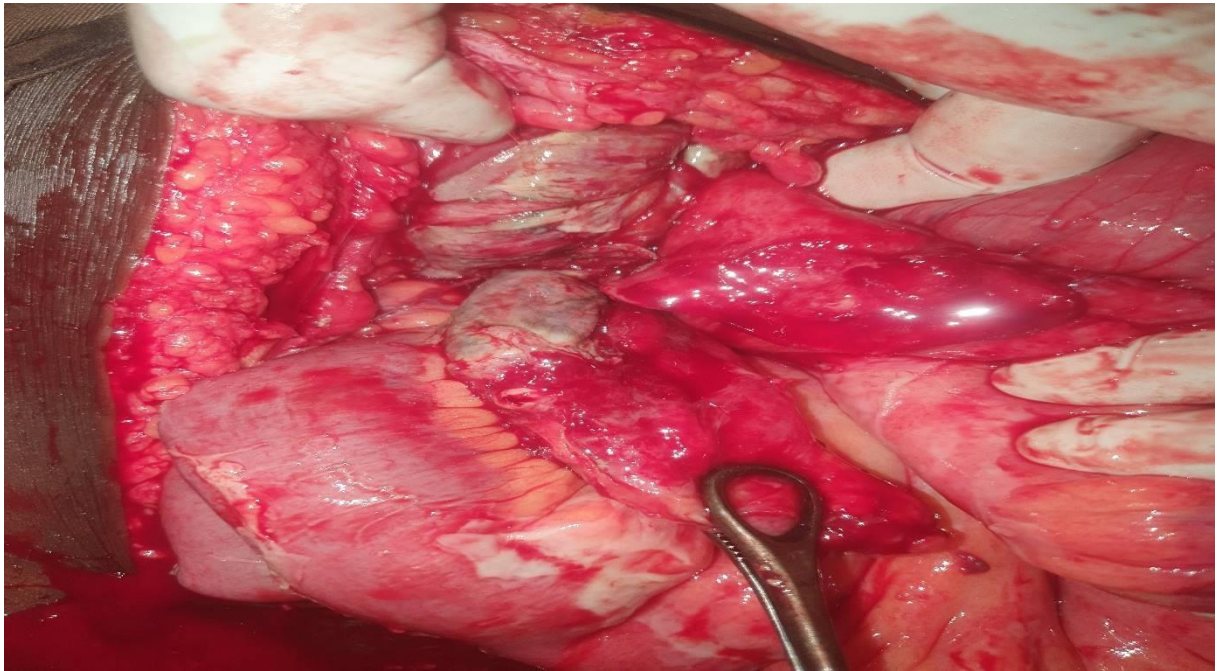


Figure 12 : Image d'un appendice perforé et nécrosé à sa base.

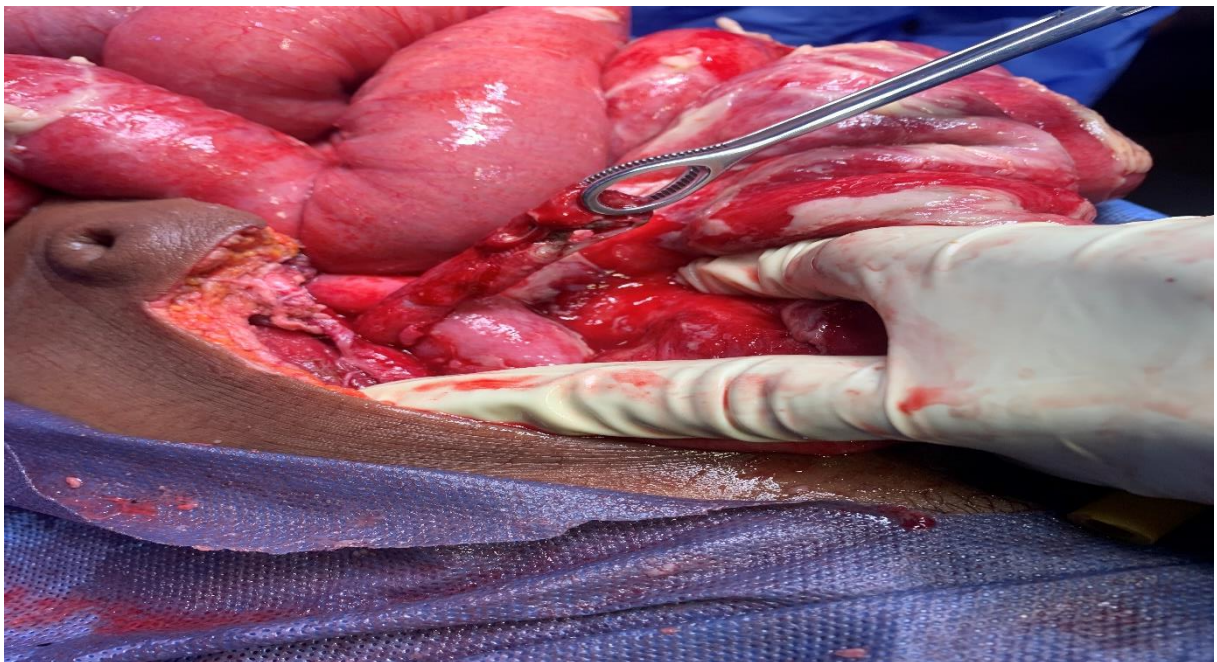


Figure 13 : Image d'un appendice perforé à son sommet.

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 jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'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 race, de parti ou de classe 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 !