

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DUMALI  
UN Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et  
d'Odonto-stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

THESE

N° \_\_\_\_/

**ABCES APPENDICULAIRE DANS LE  
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU  
CSREF DE LA COMMUNE III**

Présentée et soutenue publiquement le 30/06/ 2022

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par : M. Moctar DIALLO**

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

**JURY**

**PRESIDENT : Professeur Yacaria COULIBALY**

**MEMBRE : Dr Abdoulaye COULIBALY**

**CO-DIRECTEUR : Dr KAREMBE Boubacar**

**DIRECTEUR : Professeur KANTE Lassana**

## DEDICACES

*Je dédie ce travail à :*

### **DIEU :**

*LE TOUT PUISSANT, CREATEUR des cieux et de la terre pour m'avoir donné la force et le courage d'accomplir ce travail merci. Que ton nom soit loué à jamais. Veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de vous servir.*

*Puisse votre lumière guide nos pas.*

### ✓ **Au Prophète Muhammad :**

*Paix et salut sur lui, ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons et également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier.*

### ✓ **A mon pays le Mali :**

*Chère patrie que la paix, la prospérité et l'unité puissent te couvrir.*

### ✓ **Profond respect :**

*A tous les patients ayant participé à cette étude et qui m'ont permis de compléter ce travail. Vous méritez d'être le centre de tout intérêt.*

### ✓ **A mon père, Feu El hadji Mamadou Lamarana DIALLO, ami et complice :**

*On ne choisit pas ses parents, mais pourtant je suis particulièrement fière et heureux de t'avoir eu comme papa. Ton courage, ton dévouement, ta loyauté, ta bonté faisait de toi un père model et digne. Tu as incarné en nous des valeurs de la dignité, de la justice, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as cultivé en nous un esprit de partage et de tolérance. Cher père tu te distingué par la simplicité, le sérieux, et la bienfaisance envers les autres. L'amour, le pardon, le travail bien fait, voici ces souvenirs que je retiens de toi et qui restent vivaces dans mon esprit. J'aurais souhaité partager cet instant de joie avec toi mais hélas, DIEU en a décidé autrement. Tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite de tes enfants. Ta participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable; que ce travail, un parmi d'autres, soit l'un des gages de mon affectueux reconnaissance.*

*Que Dieu t'accorde le repos, et t'accueil dans son paradis éternel. Amine.*

***A ma Mère Assetou BAH :***

*Ma tendre Maman, tu as consenti d'énormes sacrifices pour nous assurer une meilleure éducation, tu nous as élevés dans la plus grande affection. Voici le moment tant attendu pour moi de te remercier pour l'éducation, l'affection dont nous avons bénéficiés auprès de toi. Ta générosité et l'affection maternelle envers toute personne font de toi une mère admirable et apprécier par tous. Tu as toujours été à l'écoute quand j'avais besoin de toi, m'encourageant et soutenant dans tes prières bienveillantes.*

*Ce travail est le couronnement de tes souffrances, de ta patience. Nous avons bénéficié auprès de toi toute la tendresse qu'une mère doit à ses enfants. Ton soutien moral et matériel ne nous a jamais fait défaut même à distance.*

*Tu resteras toujours pour nous un modèle pour la vie.*

*Trouve ici la récompense de tes immenses sacrifices et la consolidation de tes profondes angoisses. Puisse ALLAH le tout puissant te fasse bénéficier du fruit de ta patience, te garde à nos côtés aussi longtemps que possible.*

## **REMERCIEMENTS**

### **✓ Mes frères et sœurs de la famille DIALLO :**

*Koto Alpha, Koto Yassine les mots me manquent pour exprimer avec exactitude ma profonde admiration, de respect et de reconnaissance que j'ai pour vous ; Koto Thierno Moundjourou, Koto Siré, Mamadou Bailo Maroc, Mamadou Djouma Dakar, Mamadou Djouma Sapeur, Djogo, Samba, Sharif, Mohamed, Dia Binta, Yayé Djénéba, Dia Djélikatou, Dia Diariou, yayé Souadou, Marleytou, Diariou tossocoun, Binta, Marama.*

*Aucun mot ne saurait vous exprimer à quel point je suis fier de cette belle famille. Retrouvez ici ma profonde reconnaissance.*

### **✓ A mon âme-sœur, épouse, amie, confidente, sœur et mère :**

*Issatou SOW cher conjointe tu es plus qu'une épouse pour moi, car comme on le dit «le cœur ne dort mieux quand il y a un espoir de soutien». Tu as toujours été là aux moments difficiles. Ton savoir-faire, ton savoir vivre et ta persévérance dans les épreuves m'ont beaucoup impressionné, que Dieu puisse nous aider dans l'accomplissement de la mission qui nous ai confié, nous accorder longue vie et une meilleure vie conjugale.*

### **✓ A mes neveux et nièces :**

*Que ce travail soit pour vous un exemple.*

### **✓ Mes Tontons et Tantes :**

*Ismail BAH, Feu Cheick Oumar BAH, Samba BAH, Bilo BAH, Alassane BAH, Issaka BAH, Adama BAH, Amadou Bah, Mouminy, Djouldé, Brehima,...*

*Mariama, Nan Djouma, Feu Hawa BAH, Binta, Batouly, Cissé, Ouley, Yama, Ramata, Ousmane, Fadima, kadiatou.*

*Toutes vos patiences et l'ensemble de vos sacrifices ont payé. Je ne saurai exprimer convenablement l'étendue de ma gratitude et de mon amour. Que Dieu vous protège.*

### **✓ A La famille DIALLO, BAH, DABO, TRAORE, SOW, DIA, MAGASSA, SISSOKO, BOLY, KAREMBE.**

*C'est le moment de vous réitérer ma profonde gratitude et de reconnaissance.*

*Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.*

✓ ***A tous mes maîtres de l'école fondamentale et secondaire :***

*La qualité de l'enseignement m'a impressionnée. Merci le cœur plein d'émotions et de reconnaissance.*

✓ ***A mes professeurs de la FMOS :***

*Pour la disponibilité et la qualité de la formation.*

✓ ***A tous les personnels du bloc opératoire :***

*Pour votre participation à ma formation.*

✓ ***A mes camarades faisant fonction d'interne du service de chirurgie :***

*Ensemble nous formions une famille. Merci pour les bons moments passés ensemble dans une atmosphère familiale. Pardonnez-moi si j'ai eu à vous décevoir sans le savoir.*

✓ ***Mes Aînés :***

*Dr Fakama, Dr FOFANA Kondy, Dr Aly BAH, Dr Sékou, Dr Adama, Dr Amadou Diallo Kéniéba, Dr Amadou Diallo Chirurgien-Dentiste, Dr Aba DEMBELE, Dr ESPOIR ZOUNOU, Dr Ba Cabinet Mère –enfant, Dr kodjo Cabinet initial, Dr Coulibaly Cabinet médical Bintou.*

✓ ***Mes Amis :***

*Gounédy MAGASSA, Mamoudou Bankolin, Alou TRAORE, Ceydina DIA , Ousmane BOLY, Bobo SANGARE, Ibrahim Maïga, Mémé, Jean Marie KONE, Moctar haïdara, lassy, Mamadou lao, Mamadou Boye SOW, Mada, Ladji SOW, THERA, Aba TRAORE , Dr Djénéba GUINDO, Dr Mouminy DIARRA, Dr DIAKITE, DIARRA Aide de bloc, Major Mariko, Mamoutou COULIBALY, Dr Boua TONKORO, Dr Ousmane N'DIAYE , Dr Soumaila DOUMBIA, Bilguissou, Malick, Feu Bakary, Aly Togo, Abdoul ben , Batio , Dr Issiaka TRAORE , Bembading Sangaré, et tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici.*

✓ ***La 11<sup>e</sup> promotion du Numéris Clausus :***

*Pour ce temps passé ensemble.*

✓ ***A tous les personnels du service de chirurgie générale du csréf de la Commune III :***

*Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens et recevez ici toute ma reconnaissance.*

✓ ***A tous les personnels du csréf de la commune III :***

*Vous avez accepté que je commence mes premières pratiques en médecine à vos côtés afin d'avoir une bonne base. Soyez en rassurer nous avons eu satisfaction d'apprendre à vos côtés. Retrouvez ici notre profonde reconnaissance.*

✓ ***A Mes cadets :***

*Courage et merci sincèrement.*

✓ ***A tous les personnels de l'association de santé communautaire de Niamakoro (ASACONIA), et Hamdallaye (ASACOHAM) :***

*Merci pour votre confiance et vous avez toute notre reconnaissance.*

*Enfin, je reformule mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail et qui sont si nombreux pour que j'en fasse une liste nominative.*

*Vous avez été très sympathiques et courtois envers moi, toujours disponible à rendre service. Vos bonnes œuvres à mon égard vous place au rang de frère aujourd'hui. Que Dieu nous donne une meilleure vie et nous laisse unis à vie.*

✓ *Mes encadreurs au service de chirurgie générale :*

*Dr KAREMBE Boubacar ; Dr TOURE Aboubacar ; Dr CAMARA ;*

*Dr COULIBALY Abdoulaye ; Dr SANOGO Seydou ; Dr TRAORE Boureima :*

*Ce travail est le fruit de vos conseils et critiques.*

*A toutes personnes qui m'ont soutenu ; Aucun mot ne saurait vous exprimer à quel point je suis honoré de vous avoir à mes côtés.*

*Vous êtes une bénédiction divine.*

*Au service de la chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE : Merci de m'avoir fait confiance. Prions DIEU pour qu'il me donne le courage et la force afin que je puisse combler vos attentes.*

*Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie :*

*Le témoignage de toute mon estime.*

## **HOMMAGES AUX MEMBRES JURY**

### **A notre Maître et Président du jury**

#### **Professeur Yacaria COULIBALY**

- ❖ Pr titulaire en chirurgie pédiatrique à la FMOS,
- ❖ Spécialiste en chirurgie pédiatrique,
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- ❖ Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres(SACP),
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali(SOCHIMA),
- ❖ Membre de L'Association Malienne de Pédiatre(AMAPED),
- ❖ Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

#### **Cher Maître**

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury

Humaniste au grand cœur, vous avez toujours manifesté le souci de vos prochains et vous avez toujours soutenu vos étudiants. Votre constante sollicitude a été pour nous une source inépuisable de motivation.

Votre rigueur scientifique, votre intégrité et votre disponibilité ne constituent qu'une partie de vos qualités scientifiques et sociales.

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

Que Dieu vous accorde longue vie pleine de bonheur ! AMEN !



## **A notre Maître et Juge**

### **Dr Abdoulaye COULIBALY**

- ❖ Spécialiste en chirurgie générale,
- ❖ Praticien au Csréf de la commune III,
- ❖ Consultant et chirurgien de guerre à la MSF (Médecin sans frontière).

**Cher Maître,**

Nous ne saurions trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi ce jury.

Votre simplicité, votre gentillesse, votre esprit scientifique, votre capacité de décision lucide et votre savoir-faire font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

Vos qualités humaines et scientifiques nous ont particulièrement fascinés.

Vos critiques et suggestions ont été contributifs dans ce travail.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et élèves, votre simplicité ont forcé l'estime et l'admiration de tous.

Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'apporter votre contribution à l'amélioration de la qualité de cette thèse.

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

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur KANTE Lassana**

- ❖ Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS,
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA),
- ❖ Membre de L'Association des Chirurgiens D'Afrique Francophone(ACAF).

**Cher Maître,**

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie, votre simplicité, votre abord facile et la spontanéité par laquelle vous accepter de diriger ce travail

Ainsi qu'il nous soit permis de saluer votre engagement combien inestimable tant dans la formation reçue que dans le suivi constant du travail.

Homme de sciences, votre capacité intellectuelle, pédagogique, votre façon d'enseigner font de vous un modèle de maître souhaité et respecté par tous.

Dévoué pour la cause de vos élèves, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à suivre.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

Que le bon dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

## **A notre Maître et Co-Directeur de thèse**

### **Docteur KAREMBE Boubacar**

- ❖ Maître-assistant à la FMOS.
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du MALI(SO.CHI.MA).
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale au CS Réf de la commune III.
- ❖ Chef d'unité de chirurgie générale au CS Réf de la commune III.

**Cher Maître,**

Ce travail est le vôtre. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre Formation au csref commune III. Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et respect que nous avons pour vous. Vous nous avez inspiré, suivi et guidé pas à pas tout au long de notre séjour dans votre service. Votre simplicité et votre dévouement envers vos patients traduit éloquemment votre culture scientifique.

Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail et garderons de vous pour toujours l'image d'un homme de science, d'une extrême persévérance, disponible et d'un enseignant déterminé pour la formation de ses élèves.

Recevez cher maître, l'expression sincère de nos profonds respects et reconnaissance.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

ASP= Abdomen sans préparation

ATCD= Antécédent

Anapath : Anatomopathologie

CH G = Chirurgie générale

CHU= Centre hospitalier Universitaire

CS. Réf : Centre de sante de référence

FMOS = Faculté de Médecine et Odontostomatologie

°C= Degré Celsius

DES= Diplôme d'Etudes Spécialisées

FID= Fosse iliaque droite

FIG=Fosse iliaque gauche

GT= Gabriel TOURE

HIV= Virus d'immunodéficience humaine

HTA= Hypertension Artérielle

ISO= Infection du Site Opératoire

NFS= Numération Formule Sanguine

SAU= Service d'Accueil des Urgences

UHCD= Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UGD= Ulcère Gastro Duodéal

TDM= Tomodensitométrie

TR= Toucher Rectal

TV= Toucher Vaginal

Dx= Douleur abdominale

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : les patients selon les ethnies .....	37
Tableau II : les patients selon leurs activités principales.....	38
Tableau III: Les patients selon la pratique du traitement traditionnel.....	38
Tableau IV: Les patients selon leur provenance.....	39
Tableau V : les patients selon leur mode de référence.....	39
Tableau VI: les patients selon leur mode de recrutement. ....	40
Tableau VII : les patients selon le traitement reçu avant l'admission.....	40
Tableau VIII : les patients selon le motif de consultation.....	40
Tableau IX les patients selon l'installation de la douleur.....	41
Tableau X: Les patients selon le siège de la douleur au début.....	41
Tableau XI : Les patients selon la durée de l'évolution de la maladie.....	41
Tableau XII : les patients selon le type de la douleur.....	42
Tableau XIII : Les patients selon l'intensité de la douleur. ....	42
Tableau XIV: Les patients selon l'irradiation de la douleur.....	42
Tableau XV: les patients selon le facteur déclenchant de la douleur.....	43
Tableau XVI: Les patients selon le facteur calmant de la douleur.....	43
Tableau XVII: Les patients selon la durée de l'évolution de la douleur .....	43
Tableau XVIII: Les patients selon les signes fonctionnels associés .....	44
Tableau XIX: Les patients selon les signes généraux.....	44
Tableau XX : Les patients selon ASA.....	44
Tableau XXI : Les patients selon l'aspect de la langue.....	45
Tableau XXII: Les patients selon l'aspect de l'abdomen à la respiration.....	45
Tableau XXIII : Les patients selon le siège de la douleur provoquée.....	45
Tableau XXIV: Les patients selon la défense localisée.....	46

Tableau XXV : Les patients selon la localisation d'une masse douloureuse..	46
Tableau XXVI : Les patients selon la douleur au touché rectale .....	46
Tableau XXVII : Les patients selon la réalisation de taux d'hémoglobines..	47
Tableau XXVIII : Les patients selon le résultat de l'échographie.....	47
Tableau XXIX: Les patients selon la présence d'hyperleucocytose.....	47
Tableau XXX : Les patients selon le diagnostic préopératoire .....	48
Tableau XXXI : Les patients selon le type d'incision (voie d'abord) .....	48
Tableau XXXII : Les patients selon l'aspect macroscopique de l'appendice peropératoire.....	48
Tableau XXXIII : Les patients selon la technique opératoire.....	49
Tableau XXXIV : Les patients selon les complications post opératoire.....	49
Tableau XXXV : les patients selon le taux de mortalité.....	49
Tableau XXXVI : Les patients selon la durée totale d'hospitalisation.....	50
Tableau XXXVII : Les patients selon le résultat de l'anatomie-pathologie..	50
Tableau XXXVIII : La quantité de pus aspiré et les types d'incisions.....	50
Tableau XXXIX: le diagnostic préopératoire et la morbidité .....	51
Tableau XL : complications post opératoire et la durée totale d'hospitalisation.....	51
Tableau XLI : Fréquence des abcès appendiculaire et auteurs.....	54
Tableau XLII : Les patients selon l'âge et auteurs.....	55
Tableau XLIII: Les patients en fonction du sexe et auteurs.....	55
Tableau XLIV: Les signes physiques et auteurs .....	57
Tableau XLV : voie d'abord et auteurs.....	59
Tableau XLVI : Technique opératoire selon les auteurs.....	60
Tableau XLVII : Suites opératoire immédiates selon les auteurs.....	61

Tableau XLVIII : Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs.....62

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Différente position de l'appendice.....	24
Figure 2 : Différente position de l'appendice.....	24
Figure3:Disposition anatomique classique de la région iléo-caeco- appendiculaire.....	26
Figure 4: Examen tomodensitométrie .....	30
Figure 5 : Patients selon l'âge .....	36
Figure 6 : Patients selon le sexe.....	37



## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	19
II.	OBJECTIFS.....	20
	1. Objectif général.....	20
	2. Objectifs spécifiques.....	20
III.	GENERALITES.....	21
	1. Rappels anatomiques.....	21
	1.1 Embryologie.....	21
	1.2 Anatomie macroscopique .....	21
	1.3 Anatomie microscopique .....	22
	1.4 Rapports de l'appendice... ..	22
	2.4.1. Caecum et l'appendice en position dite normale.....	22
	2.4.2. Caecum et l'appendice en position Haute .....	22
	2.4.3 Caecum et l'appendice en position base.....	22
	1.5 Anatomie topographique.....	23
	1.6 Anatomie fonctionnelle.....	25
	1.7 Vascularisation.....	25
	1.8 Innervation.....	26
	2. Pathogénie .....	27
	2.1 Obstruction appendiculaire.....	27
	2.2 Diffusion par voie hématogène.....	27
	2.3 Diffusion par contiguïté.....	27
	3. Pathogénie abcès appendiculaire.....	27
	4. Anatomie pathologique.....	27
	5. Etude clinique.....	28
	6.1. Signes Fonctionnels.....	28
	6.2. Signes Généraux.....	28
	6.3. Signes Physiques.....	28

7. Examens Complémentaires.....	29
7.1. Examen Biologique.....	29
7.2. Imagerie .....	29
7.2.1 Echographie abdominale .....	29
7.2.2 Radiographie de l'abdomen sans Préparation (ASP).....	29
7.2.3 Tomodensitométrie (TDM).....	30
8. Diagnostic Positif.....	30
9. Diagnostic différentiel.....	31
9.1. Pathologies médicales.....	31
9.2. Pathologies Chirurgicales.....	31
10. Traitement.....	31
10.1. But.....	31
10.2. Moyens et Méthodes.....	31
10.3. Techniques.....	32
11. Résultat.....	33
11.1. Complications post Opérateur.....	33
11.1.1. Complications post Opérateur Immédiates.....	33
11.1.2. Complications Post Opérateur Tardives .....	33
IV. Méthodologie de Recherche.....	34
1. Type et période d'étude.....	34
2. Cadre d'étude.....	34
3. Situation géographique.....	34
4. Les Locaux.....	34
5. Les personnels.....	35
6. Échantillonnage.....	35
V. Résultats.....	36
1. Epidémiologie.....	36
1.1. Fréquence.....	36
1.2. Age.....	36

1.3. Sexe.....	37
1.4. Ethnies.....	37
1.5. Activités.....	38
1.6. Provenance.....	39
1.7. Mode de Référence.....	39
1.8. Mode d'admission.....	40
2. Etude Clinique.....	40
2.1. Motifs.....	40
2.2. Signes Fonctionnels.....	44
2.3. Examens Généraux.....	44
2.3.1. Examens Physiques.....	46
2.3.2. Examens Complémentaires.....	45
3. Diagnostic Positifs.....	48
4. Traitement.....	48
5. Pronostic.....	49
VI. Commentaires et Discussions.....	52
1. Méthodologie.....	52
2. Epidémiologie.....	53
3. Etudes Cliniques.....	55
3.1. Signes Généraux.....	55
3.1.1. Fièvre.....	55
3.2. Signes Fonctionnels.....	55
3.2.1. Douleur.....	55
3.2.2. Siège de la douleur.....	55
3.2.3. Nausées et vomissements.....	55
3.2.4. Constipations et Diarrhées.....	55
3.3. Signes Physiques.....	56
4. Examens Complémentaires.....	57
4.1 Echographie Abdominale.....	57

5. Traitement.....	57
5.1. Voie d’abord.....	58
5.2. Techniques opératoire.....	59
6. Pronostic et Evolutions.....	60
6.1. Morbidité.....	60
6.2. Mortalité.....	60
6.3. Durée d’hospitalisations.....	61
Conclusion.....	61
Recommandations.....	62
VII. Référence.....	63
VIII. Annexe.....	70

## I. INTRODUCTION

L'abcès appendiculaire est l'un des modes évolutifs qui fait suite à la perforation de l'appendice dans lequel la diffusion de l'infection est "contenue" par le grand épiploon et les anses grêles aboutissant à la constitution d'un véritable abcès cloisonné de la grande cavité péritonéale [1].

Il constitue une urgence médicochirurgicale.

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

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

Au Mali, en 2008 les abcès appendiculaires ont représenté 11 % des interventions du service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré [3].

Koumaré et collaborateurs sur 109 cas d'appendicites colligés en une année dans les urgences à Bamako ont trouvé une fréquence de 12.5 % [4].

Le diagnostic est clinique, en cas de doute l'échographie permet de faire le diagnostic [3, 5, 6]

Le traitement de l'abcès est le drainage en urgence par voie radiologique ou chirurgical associé à une antibiothérapie [7].

En l'absence de drainage chirurgical précoce, l'abcès évolue spontanément vers une péritonite appendiculaire [7].

La laparoscopie jusqu'ici reste controversée pour ses avantages. Elle est déconseillée par certains auteurs dans les cas évolués notamment les abcès et les appendicites perforées [7, 8].

Plattner et collaborateurs concluent que l'appendicite compliquée peut être prise en charge de manière sûre chez l'enfant par voie laparoscopique [9].

Devant la rareté des travaux réalisés dans les centres de santé de référence, nous avons effectué cette étude avec les objectifs suivants :

## **II. OBJECTIFS :**

### **❖ Objectif général :**

Etudier l'abcès appendiculaire dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence (csréf) de la commune III du district de Bamako.

### **❖ Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès appendiculaire,
- Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques,
- Décrire les suites opératoires.

### III. GENERALITES

#### 1. RAPPELS ANATOMIQUES :

##### 1. 1 Historique [10]:

La première description anatomique de l'appendice a été réalisée par Leonard de Vinci en 1492. En 1711 Heister décrit le cas d'une appendicite aiguë perforée avec abcès, découverte à l'autopsie d'un criminel exécuté. En 1759, Mestiever draine un abcès de la fosse iliaque droite chez un patient de 40 ans. La fistule débuta longtemps et après le tarissement de l'écoulement le patient décéda. L'autopsie révéla une appendicite aiguë perforée par une épingle avec abcédassions. La première intervention pour une appendicite aiguë est attribuée au chirurgien français De Garengrot en 1731. L'intervention a consisté à un drainage d'abcès inguinal qui secondairement s'est avéré être un abcès appendiculaire avec issue fatale. La première appendicectomie de la littérature a été effectuée le 6 décembre 1735 par le chirurgien militaire anglais Claudius Amyand, chirurgien chef de l'hôpital St George à Londres. Elle eut lieu sans anesthésie et l'opération fut, selon le chirurgien «aussi douloureuse pour le malade que laborieuse pour lui». En fait c'est en opérant une hernie qu'il avait découvert un appendice perforé. Le patient miraculeusement guérit. En 1886, Reginald Fitz, anatomopathologiste de Harvard publia les résultats d'une étude portant sur 500 personnes décédés d'appendicite (on disait à l'époque pérythyphite ; c'est Fitz, d'ailleurs, qui créa le terme d'appendicite), et incrimina formellement l'appendice comme responsable des abcès et de péritonites. Il en recommandait l'ablation rapide. Mais, comme il n'était pas chirurgien, ses confrères ne tiennent pas compte de ses travaux ; sauf quelques rares jeunes praticiens dont Georges Thomas Morton (fils du pionnier de l'anesthésie, William Morton). Le 27 avril 1887, à Philadelphie, il opéra un jeune homme de 26 ans atteint d'une appendicite aiguë dont il sauva ainsi la vie. Ce n'est qu'en 1889 que Mc Burney décrit le point et la voie d'abord, dit «gridiron» (dissection étoilée en fosse iliaque

droite qui a gardé son nom.

### **1. 2 Embryologie [5,10]:**

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

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

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

### **1. 3 Anatomie macroscopique [8,11] :**

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

### **1. 4 Anatomie microscopique [5,12]:**

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

- **Séreuse péritonéale** interrompue par un mince liséré correspondant à l'insertion du méso appendice;
- **Une couche musculaire** longitudinale, puis circulaire. Cette couche



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

- **La sous muqueuse** renferme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait considérer l'appendice comme «L'amygdale intestinale» ;
- **la muqueuse** appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares.

Cette structure varie suivant l'âge:

- ❖ Chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large,
- ❖ Chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction du diamètre de la cavité appendiculaire. On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes ;
- ❖ Chez le sujet âgé l'appendice se présente comme une corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

### **1. 5 Rapports de l'appendice [13] :**

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

#### **1- 5-1 Cæcum et appendice en position dite « normale » celui-ci répond:**

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

1. 5-2 **Cæcum en position haute:** l'appendice rentre en rapport avec le foie, la vésicule biliaire.

**1. 5-3 Cæcum en position basse (appendice pelvien) :** l'appendice sera en rapport avec : la vessie, le rectum, l'utérus, la trompe droite, l'ovaire droit et le ligament large chez la femme.

**1. 6 Anatomie topographique (fig. 1) [10,14] :**

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

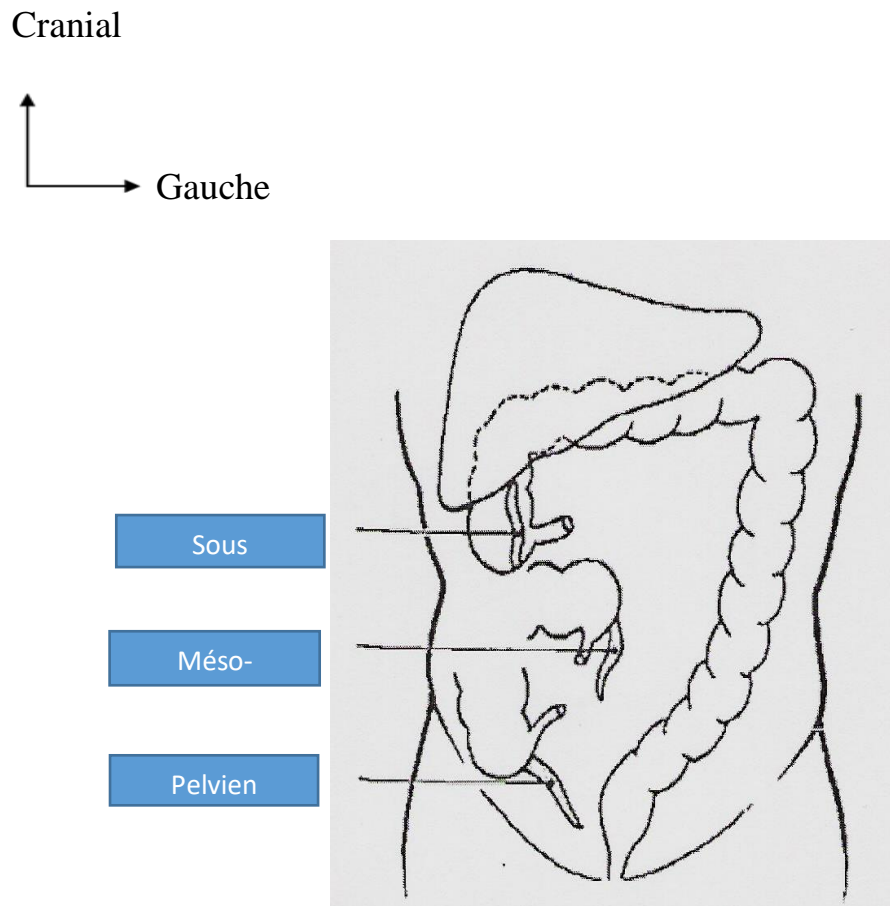
Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas); sa migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous-hépatique ou se poursuivre en position pelvienne (30% des femmes).

Une mal rotation complète de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs inversus avec l'appendice localisé dans la fosse iliaque gauche.

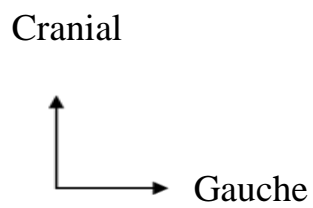
Le cæcum étant en position normale, la position de l'appendice peut être variable et décrite suivant le quadrant horaire:

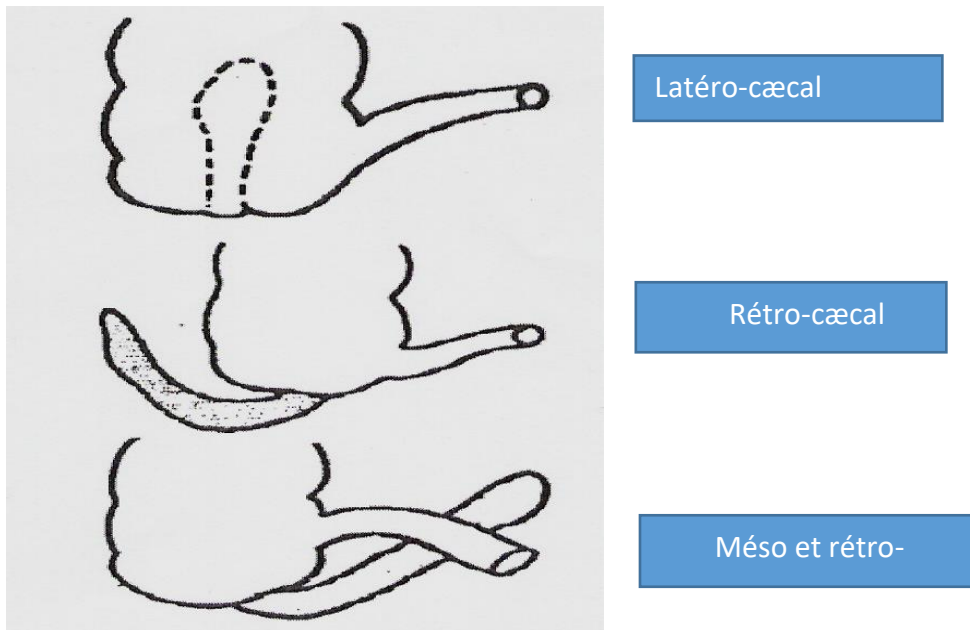
- Latéro-cæcale,
- Retro-cæcale pure ou en arrière de la jonction iléo-cæcale,
- Méso cœliaque (sus ou sous iléale),
- Pelvienne,

La position latéro-cæcale est la plus fréquente (65 %des cas).



**Fig. 1 : Différentes positions de l'appendice [15].**





**Fig. 2 : différentes position de l'appendice [15].**

### **1. 7 Anatomie fonctionnelle [10, 13,16]**

La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'anthérocytes. La sous muqueuse contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans le mécanisme de défense.

Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes qui franchissent la muqueuse en cas d'obstruction de la lumière appendiculaire.

La couche musculaire grâce à son péristaltisme évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique.

### **1. 8 Vascularisation de l'appendice [5,11] :**

L'artère iléo colique ou colique inférieure droite se divise en deux branches :

- ❖ L'une colique, remontant le long du colon ascendant ;
- ❖ L'autre iléale, constituant avec la branche terminale de l'artère mésentérique supérieure l'arcade iléo colique.
- ❖ De cette arcade naissent des artères terminales pour le Cæcum et l'appendice.
- ❖ L'artère cæcale antérieure passe en avant de l'iléon ;
- ❖ L'artère cæcale postérieure en arrière ;

❖ L'artère appendiculaire proprement dite se détache de l'artère cæcale postérieure ou de l'artère iléo colique. Elle passe derrière l'iléon et gagne le bord mésentérique de l'appendice. Soit en s'accolant à celui-ci près de sa base, puis en le suivant jusqu'à sa pointe soit le plus fréquemment en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale. Cette artère appendiculaire donne :

- ❖ Une artère co appendiculaire pour le bas fond cæcal ;
- ❖ Une artère récurrente iléo- appendiculaire inconstante se rendant vers l'iléon (qui rejoint la base d'implantation de l'appendice) des rameaux appendiculaires. Toutes ces artères sont de type terminal.

La veine iléo-cæco-colo-appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un tronc 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.

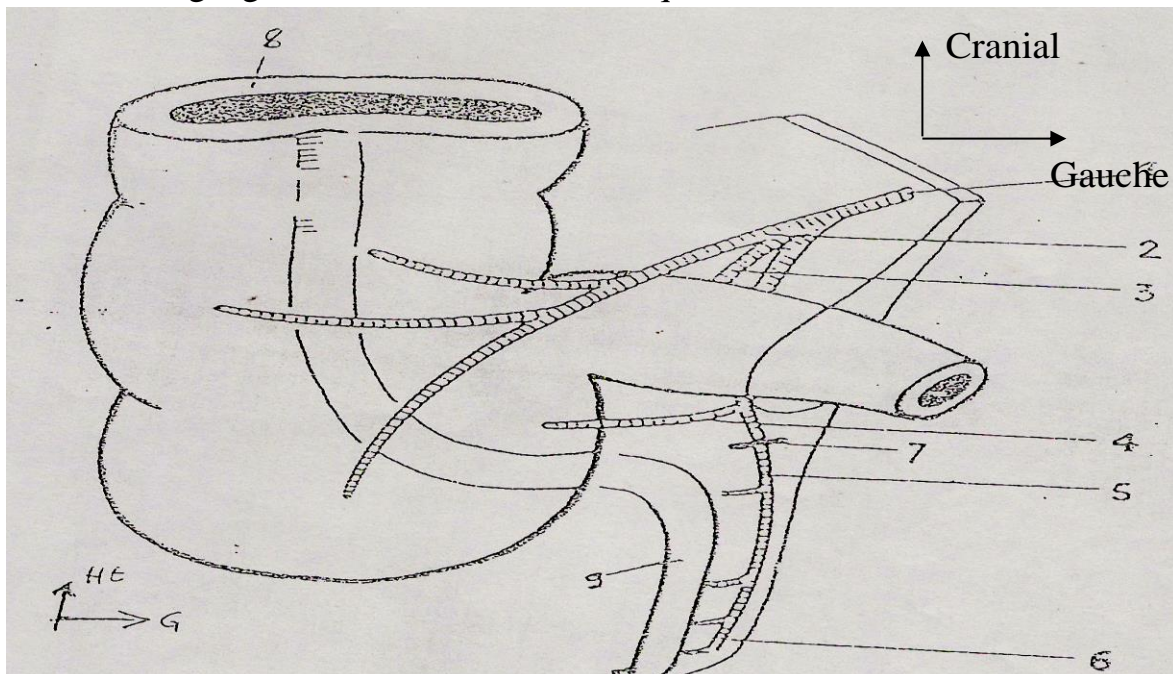


Fig. 3: Disposition anatomique classique de la région iléo-cæco-appendiculaire [15]

1 : Artère iléo-caeco-appendiculaire

2 : Artère cæcale antérieure

3 : Artère cæcale postérieure

4 : Artère récurrente cæcale

5 : Artère appendiculaire

6 : Méso appendice

7 : Ligament de l'artère appendiculaire

8 : Cæcum

9: Appendice

### **1. 9 Innervation de l'appendice :**

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

### **2. PATHOGENIE DE L'APPENDICITE : [4,10, 13, 16, 17]**

L'appendice est un organe diverticulaire en rapport avec le contenu septique du caecum. Il présente des prédispositions favorables à l'infection.

Il contient  $10^6$  à  $10^9$  germes par gramme de selles.

L'appendicite peut survenir par:

#### **1 - 1 Obstruction appendiculaire:**

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

- une ulcération muqueuse ;

- une inflammation pariétale ;
- une perforation ou une diffusion de l'infection par transsudation.

## **2- 2 Diffusion par voie hématogène:**

La porte d'entrée étant située à distance, les germes atteignent l'appendice par le courant sanguin.

## **2-3 Diffusion par voie de contiguïté :**

L'atteinte appendiculaire se fait à partir d'un foyer infectieux de voisinage le plus souvent gynécologique ou sigmoïdien.

## **3 - PATHOGENIE DE L'ABCES APPENDICULAIRE [4,17, 18] :**

Le tableau clinique survient après la phase d'accalmie d'une crise appendiculaire plus ou moins typique qui a régressée : c'est l'accalmie traîtresse de Dieulafoy. Suite à la perforation appendiculaire, il y'aura formation d'un abcès appendiculaire.

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

## **4- ETUDE CLINIQUE:[1, 3, 5]**

### **4 -1 Signes fonctionnels :**

En général le malade consulte pour:

#### **❖ La douleur**

C'est l'un des principaux signes de l'affection. Elle est pulsatile et insomnante au point de Mac Burney. Son début est rapidement brutal. Il s'agit d'une douleur siégeant habituellement dans la fosse iliaque droite puis diffuse (irritation péritonéale) avec un iléus paralytique. Son intensité est modérée mais continue et lancinante. Les signes d'irritation du péritoine sont importants : un état nauséux, des vomissements, une constipation ou une diarrhée.

### **4 -2 Signes généraux :**

- ❖ L'état général est altéré progressivement ;

- ❖ Le faciès septique ;
- ❖ Une température généralement supérieure à 38, 5°C ;
- ❖ La langue est saburrale ;
- ❖ Un pouls faible et filant.

#### **4- 3 Signes physiques:**

##### **Inspection :**

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

##### **Palpation :**

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

- ❖ Une douleur violente associée à une défense franche ;
- ❖ Un empâtement de la fosse iliaque droite ;
- ❖ **Perception d'une véritable masse douloureuse qui correspond aux différents éléments cloisonnant l'abcès.**

**Le reste de l'abdomen :** Souvent une douleur diffuse de tout l'abdomen.

Douleur provoquée aux touchers pelviens :

**Les touchers pelviens doivent être réalisés systématiquement.**

**Ils retrouvent une douleur dans le cul de sac latéral droit.**

#### **5 - EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**5 -1 Signes biologiques:** la numération formule sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose à 20 000 / mm<sup>3</sup> de globule blanc au stade d'abcès [3].

Les marqueurs de l'inflammation protéine C réactive (CRP) et le volume de sédimentation sont tous élevés (VS).

##### **5 -2 Imagerie:**

**5 – 2-1 L'échographie abdomino-pelvienne** confirme le diagnostic. Toutefois, cet examen est opérateur et matériel dépendant [3, 5, 19].

Elle montre :

- ❖ Une agglutination des anses dans la fosse iliaque droite ;
- ❖ Un épanchement péri appendiculaire.



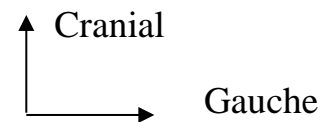
## 5 – 2- 2 La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

Peut montrer :

- ❖ Un iléus paralytique ;
- ❖ Une Anse sentinelle en fosse iliaque droite ;
- ❖ Des niveaux Hydro Aériques du grêle ;
- ❖ L'appendicite est également suspectée devant une grisaille, une stercorithe dans la fosse iliaque droite. [20].

## 5-2-3 L'examen tomодensitométrique :

La tomодensitométrie est utile dans les diagnostics douteux et difficiles [3].



Collection hypo dense à paroi prenant le contraste, renfermant le plus souvent des bulles gazeuses [54]



Fig. 4 : TDM abcès appendiculaire

## 6- DIAGNOSTIC POSITIF : [1, 5,21]

Le diagnostic positif de l'abcès appendiculaire repose sur les éléments cliniques et para cliniques. Il existe des douleurs violentes associées à une défense franche

de la fosse iliaque droite. La fièvre est constante et supérieur à 38,5°C.

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

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

Les examens complémentaires sont demandés dans les cas douteux.

### **7- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL: [4, 10, 13, 16, 22]**

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

#### **7-1 Les pathologies médicales**

- ❖ L'adénolymphite mésentérique ;
- ❖ La colique néphrétique droite ;
- ❖ La pneumopathie de la base droite ;
- ❖ Les douleurs d'endométriose ;
- ❖ La colite.

#### **7-2 Les pathologies chirurgicales:**

- ❖ Plastron appendiculaire ;
- ❖ cholécystite aiguë ;
- ❖ Diverticule perforé du côlon droit ;
- ❖ Sigmoidite ;
- ❖ Maladie de Crohn ;
- ❖ Péritonite aiguë généralisée.

### **8- TRAITEMENT :**

C'est une urgence médico-chirurgicale

#### **8-1 But :**

- ❖ l'évacuation de l'abcès ;
- ❖ Enlever le foyer infectieux ;
- ❖ Eviter les complications.

## **8-2 Moyens et Méthodes:**

### **Moyens:**

- ❖ Médicaux ;
- ❖ Chirurgicaux.

### ➤ **Méthodes médicales :**

Elle consiste à une rééquilibration hydro-électrolytique par remplissage vasculaire, l'antalgique et la mise en œuvre d'une antibiothérapie à large spectre pendant environ 5 jours [5,23].

### ➤ **Méthode chirurgicale:**

L'intervention a lieu sous anesthésie générale. La voie d'abord peut se faire à ciel ouvert (incision de Mac Burney, para rectale, Bikini, Jalaguier, Roux, médiane), ou par cœlioscopie.

## **8-3 Techniques : [2, 3, 22, 24]**

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

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

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

voie iliaque droite ;

- Une antibiothérapie probabiliste puis adaptée à l'antibiogramme. Bithérapie à large spectre en intra veineuse prolongée (5 jours).

### **Laparoscopie:**

Elle reste controversée par certains auteurs [2, 7, 8, 22, 23]

L'intervention est faite habituellement sous anesthésie générale. Elle consiste d'abord à réaliser un pneumopéritoine par injection sous pression du CO<sub>2</sub> à l'aide d'un trocart à extrémité mousse, permettant de faciliter l'exploration.

Elle présente certains avantages :

- ❖ Elle permet un toilettage péritonéal complet (péritonite généralisée) ;
- ❖ Une exploration de l'appareil génital chez la fille ;
- ❖ Chez l'enfant obèse ;
- ❖ Bénéfice pariétal (on constate en effet une diminution des abcès de parois) ;
- ❖ Elle réduit la formation d'adhérences donc le risque d'occlusion sur bride.

### **9- RESULTATS ET PRONOSTIC :**

#### **9-1 Complications post-opératoires [25, 26, 27, 28] :**

#### **9 – 1-1 Les complications post-opératoires immédiates:**

##### **❖ Suppuration pariétale :**

Elle est très fréquente et se caractérise par :

Un suintement au niveau de la plaie opératoire, entraînant ainsi un lâchage de suture. Le traitement consiste à faire des soins locaux à base d'antiseptique.

- ❖ **Abcès de paroi:** il est fréquent, une aseptie rigoureuse permet de diminuer considérablement sa fréquence.
- ❖ **Abcès du Douglas:** il s'annonce vers les 8<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jours avec des troubles du transit, le TR retrouve un bombement du Douglas. Un drainage chirurgical s'impose" pour éviter une fistulisation spontanée ou une rupture dans le péritoine.

## ❖ **Fistule du moignon appendiculaire.**

### **9-1- 2 Les complications tardives: [1]**

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

- ❖ Précoce, elle est associée à la persistance d'un foyer infectieux.
- ❖ Les occlusions tardives sont le fait de brides fibreuses situées en regard de la voie d'abord et peuvent survenir de nombreuses années après l'appendicectomie.

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

- **La mortalité post-opératoire:** la mortalité post-opératoires est pratiquement nulle sur les études réalisées sur l'abcès appendiculaire [2, 29].

## **IV- METHODOLOGIE :**

### **1- Type et période d'étude :**

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et analytique allant du 1er Janvier 2020 au 30 juin 2021.

**2- Cadre d'étude :** L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du csréf de la commune III du district de Bamako.

### **3- Situation géographique :**

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.

#### **4- 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.

#### **5- Les personnels :**

Le personnel permanent est composé de : 6 chirurgiens dont 1 urologue et 1 traumatologue -orthopédiste, 2 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.

#### **6- Echantillonnage :**

##### **○ Critères d'inclusion :** Ont été inclus dans l'étude :

Tout patient ayant été admis dans le service de chirurgie générale du csréf de la commune III du district de Bamako pour abcès appendiculaire diagnostiqué en pré et ou en peropératoire et confirmé à l'histologie.

##### **○ Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans cette étude :

-Toute péritonite appendiculaire généralisée, plastron appendiculaire et appendicite aiguë.

- Tout patient présentant une autre pathologie que l'abcès appendiculaire.
- Tous les cas d'abcès appendiculaire opérés ailleurs.

#### **7- Supports de l'étude :**

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

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016.

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

## **V RESULTATS**

### **1- Epidémiologie :**

#### **1-1 Fréquence :**

Au cours de notre étude 1156 consultations avaient été effectuées, 520 hospitalisations, 410 interventions chirurgicales étaient effectuées, 160 abdomens aigus chirurgicaux, 105 d'appendicite aigus dont 30 abcès appendiculaires.

L'abcès appendiculaire représentait 5,76 % des hospitalisations, 7,31% des interventions chirurgicales, 18,75% des interventions d'urgences.



### 1-2 Age :

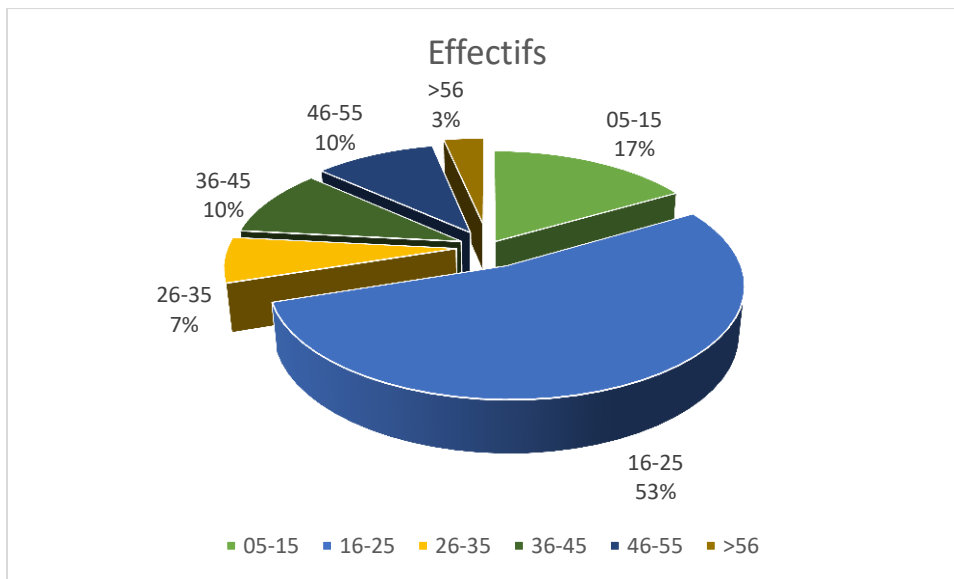


Figure 5: les patients selon l'âge :

La tranche d'âge de 16-25 ans était la plus représentée soit 53%.

L'âge moyen était de 24 ans avec des extrêmes de 10 et 58 ans.

### 1-3 Sexe :

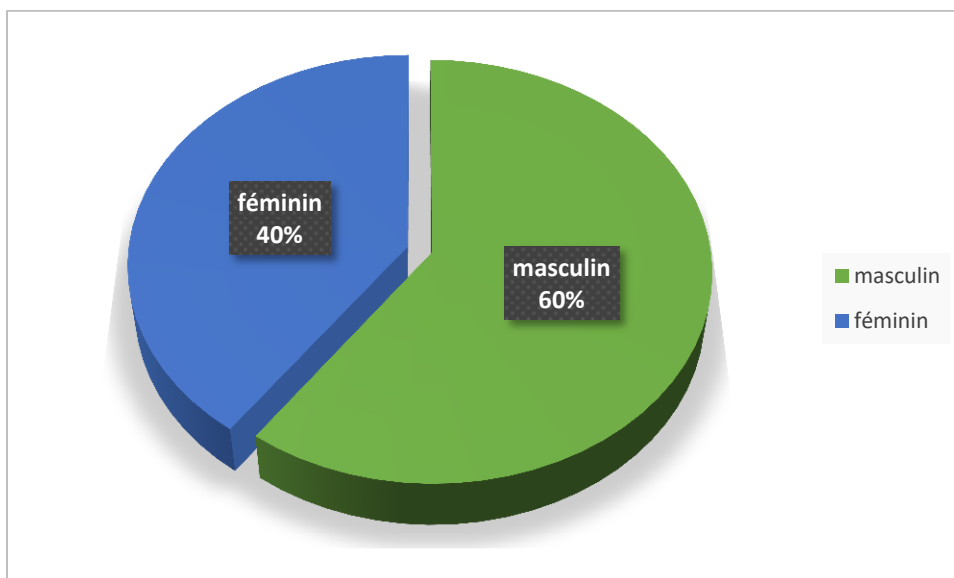


Figure 6 : Les patients selon le sexe :

Le sexe masculin a été majoritairement représenté avec une sex-ratio de 1,5.

#### 1-4 Ethnie

**Tableau I** : Les patients selon les ethnies.

<b>Ethnies</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>
<b>Soninké</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>
Peulh	5	16,7
Dogon	3	10,0
Malinké	3	10,0
Sonrhäi	2	6,7
Khassonké	1	3,3
Sénoufo	1	3,3
Un peulh Guinéen	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les Bambaras et les Soninkés étaient plus représentés soit 23,3% chacun.

## 1-5 Activité principale

**Tableau II** : les patients selon leur activité professionnelle.

Activités	Effectifs	Pourcentage
<b>Elève</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>
Commerçant	4	13,3
Ménagère	2	6,7
Mécanicien	2	6,7
Tailleur	2	6,7
Soudeur	1	3,3
Ouvrier	1	3,3
Journaliste	1	3,3
Agent-de-sécurité	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les élèves étaient plus représentés soit 53,3% des cas.

**Tableau III** : les patients selon la pratique du traitement traditionnel.

Traitement traditionnel	Effectifs	Pourcentage
<b>RAS</b>	<b>20</b>	<b>66,7</b>
Décoction	6	20,0
Massage	<b>4</b>	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les patients qui n'ont pas fait le traitement traditionnel étaient majoritairement représentés 66,7% des cas.

## 1-6 Provenance :

**Tableau IV** : les patients selon leur provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage
<b>Commune de Baguinéda</b>	<b>9</b>	<b>30,0</b>
Commune IV	8	26,7
Commune II	4	13,3
Commune V	4	13,3
Commune III	3	10,0
Commune I	2	6,7
Total	30	100,0

La majorité de nos patients venaient de Baguinéda avec 30% de cas.

## 1-7 Mode de référence

**Tableau V** : les patients selon leur mode de référence.

Référence	Effectifs	Pourcentage
<b>Parents</b>	<b>20</b>	<b>66,7</b>
Personnelle de Santé	10	33,3
Total	30	100,0

Sur l'ensemble de l'effectif, 10 patients ont été l'objet d'une référence par un personnel de la santé.

**1-8 Mode de recrutement :**

**Tableau VI :** les patients selon leur mode d'admission.

<b>Recrutement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Urgence</b>	<b>26</b>	<b>86,7</b>
Consultation externe	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les urgences ont représenté 86,7% de mode d'admission.

**Tableau VII :** les patients selon le traitement médical reçu avant l'admission.

<b>Médicaments</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Antalgiques +antibiotiques</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>
Antalgiques	9	30
Non spécifié	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les antalgiques associés aux antibiotiques représentaient 53% des médicaments prescrits avant l'admission.

## 2- Aspects cliniques:

### 2-1 Motif de consultation :

**Tableau VIII** : les patients selon les motifs de la consultation.

Motifs de la consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleur abdominale associée aux vomissements	30/30	100,0

La douleur abdominale associée à des vomissements étaient les principaux motifs de consultation.

### ❖ Douleur :

**Tableau IX**: les patients selon l'installation (mode de début) de la douleur.

Caractéristiques de la douleur	Effectifs	Pourcentage
<b>Brutal</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>
Progressif	9	30,0
Total	30	100,0

Le mode de début de la douleur était brutal dans 70% des cas.

**Tableau X** : les patients selon le siège de la douleur au début.

Localisation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
<b>Fosse iliaque droite</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>
Epigastrique	5	16,7
Peri-ombilicale	1	3,3
Total	30	100,0

La douleur siégeait au niveau de la fosse iliaque droite dans 80% des cas.

**Tableau XI** : les patients selon la durée d'évolution de la maladie.

Durée de l'évolution	Effectifs	Pourcentage
<b>4 - 6 jours</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>
7 - 10 jours	9	30
1 - 3 jours	8	26,7
Total	30	100,0

La durée de l'évolution de la maladie était comprise entre 4 et 6 jours dans 43% des cas.

**Tableau XII** : les patients selon le type de la douleur.

<b>Types de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Piqûre</b>	<b>26</b>	<b>86,7</b>
Crampe	3	10
Brûlure	1	3,3
Total	30	100,0

La douleur à type de piqûre était plus représentée avec 86,7%.

**Tableau XIII** : les patients selon l'intensité de la douleur.

<b>Intensité de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Modérée</b>	<b>25</b>	<b>83,3</b>
Légère	5	16,7
Total	30	100,0

L'intensité de la douleur était modérée dans 83,3%.



**Tableau XIV** : les patients selon l'irradiation de la douleur.

<b>Irradiation de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sans irradiation</b>	<b>18</b>	<b>60,0</b>
Pelvienne	11	36,7
Peri-ombilicale	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

La douleur était sans irradiation dans 60 % des cas.

**Tableau XV** : les patients selon le facteur déclenchant de la douleur.

<b>Facteurs déclenchants</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aucun</b>	<b>26</b>	<b>86,7</b>
Aliments	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Aucun facteur déclenchant n'a été trouvé dans 86,7% des cas.

**Tableau XVI** : les patients selon les facteurs calmant de la douleur.

<b>Traitement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Médicamenteux</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>
Position antalgique	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les médicaments calmaient la douleur dans 90% de cas.

**Tableau XVII : les patients selon la durée de l'évolution de la douleur.**

<b>Durée de l'évolution de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Permanente</b>	<b>19</b>	<b>63,3</b>
Intermittente	11	36,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

La douleur était permanente dans 63,3% des cas.

## 2-2 Signes fonctionnels :

**Tableau XVIII : les patients selon les signes fonctionnels associés.**

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Douleur abdominale</b>	<b>30/30</b>	<b>100,0</b>
Nausées	30/30	100,0
Vomissements	30/30	100,0
Constipation	9/30	30
Diarrhée	4/30	13,3
Troubles urinaire	1/30	3,3

Tous nos patients présentaient une douleur abdominale associée à une notion des vomissements.

### 2-3 Examens généraux :

**Tableau XIX** : répartition des patients selon les signes généraux.

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre (38 – 38,5)	30/30	100,0
Tachycardie (pouls filant >100 battements/minute)	28/30	93,3
Polypnée (fréquence respiratoire >18 cycles/minute)	26/30	86,6

La fièvre était le principal signe général retrouvé.

**Tableau XX** : les patients selon la classification « ASA+U »: American Society of Anesthesiologists du risque anesthésique (Vêt Anesthésia).

Etat général	Effectifs	Pourcentage
ASA I + U : Patient sain, anamnèse sans particularité	30/30	100,0

Tous nos patients étaient classés ASA I+U.

### 2-3-1 Examen physique :

**Tableau XXI :** les patients selon l'aspect de la langue.

<b>Langue saburrale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>
<b>Non</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les patients avaient une langue saburrale dans 93,3% des cas.

**Tableau XXII :** les patients selon l'aspect de l'abdomen à la respiration.

<b>L'aspect de l'abdomen modifié à la respiration</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non</b>	<b>29</b>	<b>96,7</b>
<b>Oui</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

L'abdomen respirait bien dans 96,7% des cas.

**Tableau XXIII :** les patients selon le siège de la douleur provoquée.

<b>Siège de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Fosse iliaque droite</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>
<b>Epigastrique</b>	<b>5</b>	<b>16,7</b>
<b>Peri-ombilicale</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

La douleur était localisée dans la FID dans 93,3% des cas.

**Tableau XXIV** : les patients selon la défense localisée.

Défense	Effectifs	Pourcentage
Présente	28	93,3
Absente	2	6,7
Total	30	100,0

La douleur abdominale associée à une défense de la fosse iliaque droite étaient présente chez 93,3 % de cas.

**Tableau XXV**: les patients selon la localisation d'une masse douloureuse.

Masse douloureuse	Effectifs	Pourcentage
Oui	27	90,0
Non	3	10,0
Total	30	100,0

Une masse douloureuse était présente chez 90% de cas.

**Tableau XXVI** : les patients selon la douleur au toucher rectal.

Douleur au toucher rectal	Effectifs	Pourcentage
Douleur dans le cul de sac latéral droit	27	90,0
Absence de douleur dans le cul de sac latéral droit	3	10,0
Total	30	100,0

Au toucher rectal 90% de patients ont présenté une douleur au le cul de sac latéral droit.

### 2-3-2 Examens complémentaires :

**Tableau XXVII** : les patients selon le taux d'hémoglobine (g/dl).

Taux hémoglobine (g/dl)	Effectifs	Pourcentage
<b>10,10 – 12,80</b>	<b>14</b>	<b>46,7</b>
13 – 16,30	9	30
<b>6,40 – 10</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>
Total	30	100,0

Les patients dont le taux d'hémoglobine qui se situaient entre (10,10 et 12,80) g/dl étaient plus représenté 46,7% des cas.

**Tableau XXVIII** : les patients selon le résultat de l'échographie.

Effectifs		épanchement péri-appendiculaire			Total	Pourcentage
		oui	Non	Non précis		
Echographie	<b>Réalisée</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>83,3</b>
	non faite	0	0	4	4	16,7
Total		25	1	4	30	100,0

Sur l'ensemble de 26 patients ayant réalisé une échographie, un épanchement péri appendiculaire était présent chez 83,3 % des cas.

**Tableau XXIX:** les patients selon la présence d'hyperleucocytose.

Globules Blancs	Effectifs	Pourcentage
Élevée	27	86,6
Normale	3	13,3
Total	30	100,0

Les globules blancs étaient élevés chez 86,6% de cas.

### 3- Diagnostic :

**Tableau XXX :** les patients selon le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectifs	Pourcentage
Abcès appendiculaire	25	83,3
Appendicite aigue	5	16,7
Total	30	100,0

L'abcès appendiculaire était le principal diagnostic préopératoire soit 83,7% de cas.

### 4- Traitement :

#### Chirurgical :

**Tableau XXXI :** les patients selon le type d'incision (voie d'abord).

Types d'incision	Effectifs	Pourcentage
Incision de Mac Burney	27	90,0
Jalaguier	3	10,0
Total	30	100,0

L'incision au point de Mac Burney était la voie d'abord la plus utilisée soit 90% de cas.

**Tableau XXXII** : les patients selon l'état macroscopique de l'appendice en peropératoire.

<b>L'aspect macroscopique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Perforé</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>
Suppuré	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

L'examen macroscopique a révélé 80% d'appendice perforé.

**Tableau XXXIII** : les patients selon la technique opératoire.

<b>Technique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Appendicectomie+ enfouissement +drainage</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>
Appendicectomie + drainage	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

L'appendicectomie avec enfouissement suivie du drainage a été la technique la plus utilisée.



## 5- Pronostic :

**Tableau XXXIV:** les patients selon les complications post opératoire immédiates.

complications post opératoire immédiates	Effectifs	Pourcentage
<b>Simple</b>	<b>25</b>	<b>83,3</b>
Suppuration pariétale	3	10,0
Fistule du moignon appendiculaire	1	3,3
Septicémie	1	3,3
Total	30	100,0

Les suites opératoires ont été simples dans 83,3% de cas.

**Tableau XXXV:** les patients selon le taux de mortalité.

Suites post opératoire	Effectifs	Pourcentage
<b>Vivant</b>	<b>29</b>	<b>96,7</b>
Décès	1	3,3
Total	30	100,0

Un cas de décès a été enregistré (secondaire à une septicémie) soit 3.3% de cas.

**Tableau XXXVI :** les patients selon la durée totale d'hospitalisation.

Durée totale d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
<b>4 jours</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>
> 4 jours	3	10,0
Total	30	100,0

Les patients avaient une durée moyenne d'hospitalisation de 4 jours dans 90% de cas.

**Tableau XXXVII :** les patients selon le résultat de l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologie	Effectif	Pourcentage
<b>Abcès appendiculaire</b>	<b>29</b>	<b>96,6</b>
Examen non réalisé	1	3,3

A l'anatomie pathologie, l'abcès appendiculaire a été retrouvé chez 96,6 % de cas.

**Tableau XXXVIII :** la quantité des pus aspirés et les types d'incisions.

Pus aspiré		voie d'abord		Total
		incision de Mac Burney	Jalaguier	
Quantité de pus aspiré	< 20 cc	24	3	27
	30-50 cc	3	0	3
Total		27	3	30

Khi deux =0,370 dll=1, p=0,534

La quantité de liquide aspiré était liée à la voie d'abord utilisée.

Il existe un lien statistiquement significatif entre la quantité de pus aspiré et les types d'incisions.

**Tableau XXXII :** Complications postopératoire immédiates et la quantité de pus aspiré.

Complications postopératoire immédiates	Quantité de pus aspiré		Total
	<20	<30 – 50>	
Simple	22	3	25
Fistule du moignon appendiculaire	1	0	1
Suppuration pariétale	3	0	3
Septicémie	1	0	1
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>30</b>

Khi deux = 1,115      dll=1,      p=0,735

Il existe un lien entre un lien entre la quantité de pus aspiré et les complications postopératoire.

**Tableau XL :** complications post opératoire et la durée totale d’hospitalisation / jours.

Complications immédiates	Durée totale d’hospitalisation/jours		Totale
	4 jours	4 et plus	
Simple	25	0	25
Fistule du moignon appendiculaire	0	1	1
Suppuration pariétale	3	0	3
Septicémie	1	0	1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>30</b>

Khi deux =9,556      dll=3,      p=0,23

La durée totale d'hospitalisation de 4 jours et plus était observée dans 13,2 % de cas des complications post opératoire.

Il existe un lien entre les complications post opératoire et la durée totale d'hospitalisation dans notre étude.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### 1. Méthodologie :

Notre étude prospective allant du 01 Janvier 2020 au 30 juin 2021 soit une période d'une année six mois au cours de laquelle nous avons recensé.

30 patients qui répondaient aux critères d'inclusion.

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.

L'étude prospective à l'avantage de planifier les données avec peu d'erreurs et mieux contrôler celles-ci.

Nous avons choisi l'approche prospective pour minimiser les erreurs et de répondre aux différentes questions de notre objectif général.

Au cours de notre étude nous avons été confrontés aux difficultés suivantes :

- ❖ l'insuffisance du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires (bilan biologique et échographique pendant la nuit) ;
- ❖ l'absence de service anatomopathologique pour l'histologie ;
- ❖ l'insuffisance des moyens financiers et l'absence d'assurance maladie rendant difficile la prise en charge rapide des malades.

## 2 Epidémiologie

**TABLEAU XLI** : la fréquence de l'abcès appendiculaire et auteurs.

Auteurs	Fréquence		Test
	Effectifs	Pourcentage	Statistique
Pius ISO Nigeria 2003 [30]	30	2,9	P=0,0000
Guifo M L, Cameroun 2010 [2]	19	9,5	P=0,2943
Jeong, Corée 2010[32]	73	3,4	p= 0,0000
Hussain, Arabie Saoudite, 2011 [31]	80	14,2	P=0,0432
Notre étude	30	28,5	

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

Il a représenté 28,5% de l'appendicite aiguë dans notre série.

Ce taux est significativement différent de ceux des auteurs au Nigéria [30], en Corée [32] et en l'Arabie Saoudite [31].

Cette différence pourrait être expliquée par la prise en charge précoce des appendicites dans leur série.

**TABLEAU XLII:** les patients en fonction de l'âge et auteurs.

Fréquence		
Auteurs	Age Moyen	Test statistique
Testart, USA, 2004 [33]	24,1	P=0,76
Guifo M L, Cameroun, 2010[2]	31+/-19,37	P=0,9451
Hussain, Arabie Saoudite, 2011[31]	31.55+/-14,38	P=0,4216
Tolo M, Mali ,2014 [34]	32±14, 04	
Notre étude	24+/-16,7	

L'appendicite est surtout une maladie du sujet jeune comme l'abcès appendiculaire, rare chez le vieillard [1,22].

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

L'âge moyen de 24 ans dans notre étude se rapproche de celui des auteurs [2, 31, 33].

**Tableau XLIII** : les patients en fonction du sexe et auteurs.

Sexe		Sex- ratio
Auteurs		
Pius ISO	Nigéria, 2003[30]	2
Hussain,	Arabie Saoudite, 2011[31]	1,28
Ohene,	Ghana, 2006 [35]	1,7
Jeong,	Corée, 2010 [32]	1,5
Notre étude		1.5

Dans la littérature le sexe ne représente pas un facteur de risque [8].

Le sex- ratio de 1,5 en faveur des hommes dans notre série est comparable à ceux retrouvés dans les séries Coréenne, et Ghanéenne, avec respectivement 1,5 et 1,7.

### 3 ASPECTS CLINIQUES

#### 3-1 Signes généraux

##### 3-1-1 Fièvre :

La fièvre est constante et elle est supérieure à 38,5°C [22, 24].

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

#### 3-2 Signes fonctionnels

##### 3-2-1 La douleur :

La douleur est un signe constant de l'abcès appendiculaire [24].

Elle a été retrouvée chez tous nos patients.



### 3-2-2 Siège de la douleur :

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

Elle représente le siège anatomique le plus fréquent de l'appendice [36].

La FID a été le siège de la douleur dans 80% des cas dans notre série.

### 3-2-3 Nausées et vomissements :

Les troubles digestifs peuvent accompagner la douleur dans les abcès appendiculaires. Nous avons noté les vomissements dans 93.3% des cas. La fréquence élevée des nausées et vomissements dans notre série peut être expliquée par la consultation tardive de nos patients.

### 3-2-4 La constipation et la diarrhée :

Le transit est normal dans 50% des cas et n'a pas un grand intérêt diagnostique [1]. La diarrhée constitue un piège redoutable, car associée à la fièvre et aux vomissements, elle peut conduire au diagnostic erroné de gastroentérite aiguë avant même l'examen clinique [37].

Elles ont représenté respectivement 30% et 13,3% dans notre série.

### 3-3 Signes physiques :

**Tableau XLIV** : signes physiques et auteurs

Auteurs	Défense FID	Douleur aux touchés pelviens
Hartwing, Norvège, 2000[38]	85%	40%
David. D, RCA, 2001[39]	80%	41%
Latutippe L, Québec, 2002 [40]	74%	-
Dicko A, Mali, 2019 [41]	97,2%	69,4%
Coulibaly M, Mali, 2002[42]	79,5%	72,6%
Notre étude N=30	<b>93,3%</b>	<b>90%</b>

La défense pariétale de la fosse iliaque droite due à l'irritation du péritoine par l'inflammation associée à la perception d'une véritable masse douloureuse bien limitée et fluctuante dans la fosse iliaque droite qui correspond aux différents éléments cloisonnant l'abcès sont des principaux signes physiques en faveur du diagnostic de l'abcès appendiculaire [24].

La douleur au toucher pelvien est aussi un signe qui doit être systématiquement recherchée même si son absence ne signifie pas toujours que l'appendice est indemne des lésions [43].

La défense au niveau de la fosse iliaque droite et la douleur aux touchés pelviens sont les signes physiques les plus retrouvés. Ces signes ont représenté respectivement 93,3% et 90% dans notre série.

Ces signes ont été également notés par des auteurs [38, 41, 42].

Notre étude se rapproche de celui apporté par des auteurs en Norvège [38], au Mali [41], et [42] dans leurs séries.

## **4 Examens complémentaires**

### **4-1 L'échographie abdominale:**

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

Au cours de notre étude 86,7% ont bénéficié de l'échographie parmi lesquels le diagnostic de l'abcès appendiculaire a été posé et confirmé en peropératoire.

Certains auteurs [24, 43, 44, 45, 46] pensent que sa sensibilité varie de 48 à 90 % et sa spécificité de 83 à 100 %. Cette sensibilité baisse à 30 % devant un appendice perforé [44, 47].

L'ASP est aussi un moyen de diagnostic des cas douteux, nous ne l'avons pas demandé au cours de notre étude.

## **5 Traitement**

Tout abcès diagnostiqué doit être opéré dans les plus brefs délais, afin de supprimer le foyer infectieux pour éviter la diffusion de l'infection dans la cavité péritonéale [48].

En présence d'un abcès appendiculaire, l'appendicectomie avec un drainage de l'abcès n'est pas seulement un fonctionnement en toute sécurité avec un taux de morbidité faible, mais c'est une procédure de choix permettant une réduction significative de l'hospitalisation et le coût de la santé [49].

### 5-1 Voie d'abord :

**Tableau XLV:** voie d'abord et les auteurs

Voie d'abord Auteurs	Classique Mac Burney	Médiane sus et sous-ombilicale	Jalaguiet
Zoguereh Bangui RCA, 2001 [51]	65% P=0,0016	35% P=0,0016	-
Farthouat Dakar, 2005 [50]	65% P=0,00072	35% P=0,0000001	-
Guifo M L, Cameroun, 2010 [2]	14 (73,6%) p= 0,6124	4 (21%)	1 (5%)
COULIBALY M, MALI, 2002 [42]	84,5 %	15,5 %	-
Tolo M, Mali, 2014[34]	85,71%	14,29%	-
Notre série	27 (90%)	-	3 (10%)

Selon les auteurs, l'incision de Mac Burney est la voie élective et le caractère esthétique de cette incision plaide en sa faveur, lorsqu'elle est petite et la réparation parfaite des plans.

Dans notre série elle a été la plus utilisée soit 90% des cas.

Elle a représenté dans la série de TOLO M au CHU Gabriel Touré 85,71% des cas en 2014[34].

Sur 19 cas d'abcès appendiculaire, 14 ont été opérés par la voie classique Mac Burney soit 73,6%, par Guifo au Cameroun M L en 2010[2].

Notre résultat se rapproche à celui de leurs études.

## 5-2 Technique opératoire

**Tableau XLVI** : Technique opératoire selon les auteurs

Techniques Auteurs	Appendicectomie+		
	Appendicectomie+ Drainage	enfouissement drainage	Drainage simple
Zoguereh Bangui RCA, 2001 [51]	79,3% P=0,000001	8,7% P=0,000001	12% P=0,204
Pius ISO, Nigeria, 2003[30]	2(6,7%) P=0,047337	21(76,6%) P=0,238956	5(16,7%) P=0,442178
Guifo ML, Cameroun, 2010[2]	14(73,7%) P=0,000010	–	2(10,5%) P=0,775169
Tolo M, Mali, 2014 [34]	24(22,9%)	65(67,6%)	10(9,5%)
Notre étude	6(20%)	24(80%)	–

Certains auteurs pratiquent l'enfouissement systématique du moignon appendiculaire. Ils soutiennent que cette pratique isole le moignon septique de la cavité péritonéale, diminue ainsi le risque infectieux et celui des brides.

D'autres au contraire condamnent cette pratique, pour eux la nécrose et l'inflammation du moignon appendiculaire favorisent la perforation du bas fond caecal [24, 47,52, 53].

La technique d'appendicectomie plus enfouissement plus drainage a été plus pratiquée dans notre série soit 80% des cas. Cette technique a été également utilisée par l'auteur Pius ISO au Nigeria 2003[31] soit 76,6%.

Ce taux est comparable à celui observé dans notre série

## 6 Pronostic et évolution

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

chez l'enfant [54].

### 6-1 Morbidité

**Tableau XLVII:** Suites opératoires immédiates selon les auteurs

Auteurs	Morbidité	Pourcentages
Chir M, Italie, 1997 [55]	4	9%
Latutippe L, Québec, 2002 [40]	8	4,4%
Farthouat, Dakar, 2005 [49]	7	7%
Guifo ML, Cameroun, 2010 [2]	2	10,5%
Tolo M, Mali, 2014[34]	14	14,3%
Notre étude	4	13,3%

La morbidité est représentée par des suppurations pariétales, fistules du moignon appendiculaire et la septicémie. Elles sont fréquentes dans les formes compliquées [4].

Le taux de morbidité de 13,3% dans notre série se rapproche à celui des auteurs [2, 34].

## 6-2 Mortalité

La mortalité varie selon le délai écoulé entre le début de la pathologie, la prise en charge et d'autres pathologies associées [49].

Nous avons enregistré un cas de décès.

## 6-3 Durée moyenne d'hospitalisation

**Tableau XLVIII:** Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

Durée d'hospitalisation Auteurs	Durée moyenne		
	effectifs	d'hospitalisation/jour	Probabilité
Neilson IR, Québec Canada, 1990[56]	410	6,9	P=0,528
Zoguereh, Bangui, 2001[51]	77	4,5	P=0,414
Pius I S O, Nigeria, 2003[30]	30	7	P=0,678169
Guifo ML, Cameroun 2010 [2]	19	8,5	
Hussain, Arabie Saoudite, 2011[31]	80	9,7	P=0,410579
Notre étude	30	4	

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours dans notre série et se rapproche de celui des auteurs [30, 56].

## **CONCLUSION**

L'abcès appendiculaire est une urgence médico-chirurgicale fréquente. Son diagnostic est essentiellement clinique. L'imagerie notamment l'échographie peut être utile dans la confirmation du diagnostic.

C'est une affection qui comporte une morbidité et une mortalité faible sous réserve d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapide et adapté.

## **RECOMMANDATIONS :**

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

### **Au personnel sanitaire**

- 1- L'examen anatomopathologique des pièces opératoires ;
- 2- La référence des malades dans les meilleurs délais ;
- 3- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

### **A la population**

- 1- L'éviction de tout traitement traditionnel et de l'automédication devant toute douleur abdominale aiguë en particulier de la fosse iliaque droite ;
- 2- Consultation immédiate dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.

### **Aux autorités sanitaires du pays**

- 1- L'amélioration de plateau technique rendant possible la réalisation de certains examens complémentaires (bilan biologique et échographique pendant la nuit) ;
- 2- La mise en place d'un service anatomopathologique pour l'histologie ;
- 3- La mise en place d'une sécurité sociale pour une prise en charge adéquat et rapide ;
- 4- La meilleure organisation d'un système de référence.

## **VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **[1] S. Garcia y. Heloury v. Plattner.**

Appendicite aigue et péritonite : Chirurgie digestive de l'enfant; Ed. Douin, 1990. Paris. P 6/6.

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

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

### **[3] Traore A.**

Appendicite aigue chez l'enfant dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré, thèse de médecine.2008 M374 page 70.

### **[4] Koumaré A K.**

Les appendicites aiguës. IPN 1992; Bamako Mali: 2-9.

### **[5] Appendicite de l'enfant et de l'adulte :**

Conférence de consensus Appendicite, Hépto-gastroentérologie et chirurgie digestive, 2008, p. 43.1.

### **[6] Bargy. F, Helardotp. G, Bienayme J.**

Comment faire le diagnostic d'une appendicite aiguë chez l'enfant. Concours Med 1982 ; 104 : 4137-4147.

### **[7] Michel Juricic.**

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

Les appendicites aiguës. IPN 1992; Bamako Mali: 2-9.

### **[8] Bittner R.**

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



**[9] Maïga B.**

Contribution à l'étude des appendicites :

Aspects cliniques, anatomo-pathologiques et étiologiques. Thèse Méd, Bamako, 1975 ; 75:93.

**[10] Plattner V, Raffaitin Ph, Miraille E et al.**

Appendicites compliquées de l'enfant : laparoscopie ou Mc Burney ?

Ann chir 1997 ; 51(19) : 990-994.

**[11] Rohr Serge, Hervé Lang, Christian Meyer, Agnès Mechine.**

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

**[12] Leguerrier A.**

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

**[13] Coulibaly Dk.**

Etude statistique de l'évaluation du nombre des interventions chirurgicales dans les hôpitaux de Bamako et de Kati à propos de 82987 actes chirurgicaux.

Thèse Med, Bamako 1985 ; 25 :144.

**[14] Traore I T.**

Contribution à l'étude épidémiologique de l'appendicite dans les hôpitaux de Bamako et Kati. These Med: Bamako 1983; 15:93.

**[15] Condon R.E and al.**

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

**[16] Adloff M, Schløgel M.**

Appendicite EMC (Paris) France Estomac-intestin; 1989, 9066A10 10p.

**[17] Delattre J F.**

Appendicite aiguë et ses complications diagnostic, traitement.

Impact internat 1997;356.

**[18] Segol Ph Et Coll.**

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

**[19] Frazee RC, Roberts JW, Symmonds RE, Snyder SK, Hendricks JC, Smith RW 3rd, Custer MD, Harrison JB.**

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

**[20] Mondor H.**

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

**[21] D. Mutter, J. Marescaux.**

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

**[22] Joseph M. Graham; M.D Houston; Texas.**

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

**[23] Aurélie Le Mandat.**

Appendicite aiguë de l'enfant (et de l'adulte\*), 2008, p.8.10.

**[24] Marion C.W. Henry. Gerald Gollin, Saleem Isla.**

Matched analysis of no operative management's immediate appendectomy for perforated appendicitis. Journal of pediatric surgery. 2007; 42(1):12-24.

**[25] Musa Abes, Bulent peti.**

No operative treatment of acute appendicitis in children. Journal of pediatric surgery 2007; 42: 1439-1442.

**[26] Charles J. Aprahamian, Douglas C.**

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

**[27] Muehtstedt SG, Pham TQ, Schmeling DJ,**

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

**[28] Chen C. Botelho C. Cooper A, et al**

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

**[29] Goita. A**

Plastron appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako, 2005, page 203.

**[30] Pius I.S.O Okafor M.D., Jideofor C. Orakwe M.B.B.Ch., Gabriel U. Chianakwana M.B.B.Ch.**

Gestion des masses appendiculaire dans un hôpital périphérique au Nigeria : *World Journal of Surgery*. Juillet 2003; 27(7) : 800-803.

**[31] Hussain et al.**

Gestion des abcès appendiculaire : département de Chirurgie. Riyad, au Royaume d'Arabie Saoudite, 2011, p.4.90.

**[32] Jeong-Ki Kim, SeungbumRyoo, Heung-Kwon Oh, Ji Sun Kim, Eun**

**Kyung Shin Rumi Choe, Seung-Yong Jeong Kyu Joo Parc.**

Management de l'appendicite présentant un abcès ou une masse Département de chirurgie, Séoul Collège Université nationale de médecine, Séoul, Corée. *Journal de la Société coréenne de Coloproctology*; 2010 ; 26 :6-20.

**[33] Chooi WK, Brown JA, Zetler P, Wiseman S, Cooperberg P :**

Imagery of acute appendicitis and its impact on negative appendectomy and perforation rates, The St Paul's experience. USA 2004.

**[34] Maimouna TOLO.**

Abcès appendiculaire dans le service de la chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine 2014. 14M246.

**[35] Ohene, Yeboah M, Togbe B.**

An audit of appendicitis and appendicectomy in Kumasi, Ghana. West Afr J Med 2006;25:138-43.

**[36] Francois G F, Giuly J**

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

**[37] Valayer J et al.**

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

**[38] Kirurgish Avedeling sykehuset Asker orf Baerum post boks 831309 Rud. Foroide maess @sabh.no. 2005, Norvège.**

Laparoscopy and suspected acute appendicitis. Tidsskr Nor Laegeforen 2005;125(13):1820-1.

**[39] David D, Xavier Lemaitre et al.**

Les appendicites aiguës au centre national hospitalier universitaire de Bangui, Centrafrique : aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. In Bangui; 2001. p. 117-25.

**[40] Latulippe L G.**

Le diagnostic de l'appendicite aiguë par l'omnipraticien : le défi est de taille. Clinicien.2002 : 107-115.

**[41] Dicko Arafau.**

Appendicite aiguë au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Médecine 2019.19M179.

**[42] Coulibaly M.**

Appendicites aiguës dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako, 2002;page 44.

**[43] Silew S Appendicite aiguë. In.**

TR Harrison. Principe de médecine interne. 5ème éd. Paris : Masson ; 1992.

p 1298-1299.

**[44] Erdoğan D1, Karaman I, Narci A, Karaman A, Cavuşoğlu YH, Aslan MK, Cakmak O.**

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

**[45] Francois y et Coll.**

Etude prospective d'un score prédictif d'appendicite dans les douleurs de fosse iliaque droite. EMC(Paris). Gastroenterol Clin biol 1991; 15: 794 -799.

**[46] Ooms H W and al.**

Ultrasonography in the diagnostic of acute appendicitis.

Br J Surg 1991;78:31518.

**[47] Rohr S et coll.**

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

**[48] Parys BT and al.**

Use of ultrasound scan as a bedside diagnostic aid. Br J Surg 1987;74:611-12.

**[49] Beltran M A, Villar M R, Cruces KB.**

Application of a diagnostic score for appendicitis by health-related non-physician professionals. Rev Med Chile. 2006; 134:39-47.

**[50] P Farthouat; O.Fall; M.O Goug bemy; A. Sow; A. Millo, D.**

**Dieng; M. B. Diouf.**

Appendicectomie en Milieu tropical: etude prospective à l'hôpital Principe de Dakar.Med trop. 2005; 65: 549-553.

**[51] David Debot Zoguereh, Xavier Lemaître, Jean Fortune Ikoli, et al.**

Les appendicites aiguës au centre national hospitalier universitaire de Bangui,

Centrafrique : aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques. Centre de formation et de recherche en médecine et santé tropicale, Hôpital nord chemin des Bourrellys, 13015 Marseille, France.

Santé 2001 ; 11(2) :117-25.

**[52] Brocoq P, PoilleuxF, Charbrut R.**

Appendicite aiguë vue tardivement. Traité des urgences en chirurgie,

Tome I. Masson. 588-90.

**[53] Silen W. Appendicite aiguë.**

TR Harrison principe de médecine interne 5ème édition française, Masson 1992;245:1298-99.

**[54] Perez Martinez A, Conde – Cortes J, Martinez – Bermego Ma, Bento-Bravo L, Busto – A Guirreureta N, Goni-Orayen C.**

Programmed Surgery for acute appendicitis Cir Pediatr, 2005 Sul; 18 (3); 109-12.

**[55] Minerva Chir.**

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

**[56] By IR Neilson laberge JM, N ggyen LT et Al**

Appendicitis in children current therapeutic recommendation journal of pediatric surgery 1990; 25: 11133-1116.

## VIII. ANNEXES

### Fiche d'enquête de l'abcès appendiculaire

#### A- DONNEES ADMINISTRATIVES :

1-N° de fiche...../ \_ / \_ /

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

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

4-Nom et Prénoms...../ \_ / \_ / \_ /

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

6-Sexe ...../ \_ /

1. Masculin

2. Féminin

7-Adresse habituelle .....

8- Profession...../ /

8- Nationalité...../ \_ /

1. Malienne

2. Autres

9-Ethnie...../ \_ /

1. Bambara

2. Malinké

3. Soninké

4. Khassonké

5. Peulh

6. Sénoufo

7. Bobo

8. Minianka

9. Dogon

10. Sonrhäï

11. Autres

10 -Mode de recrutement ...../ \_ /

1. Urgence ;

2. Consultation externe

#### B-ETUDE CLINIQUE :

Traitement reçu :

11- Médical...../ \_ /

1. Oui

2. Non

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

1. antalgiques

2. antibiotiques

3. aucun

4. 1+2

5. autres

6. ind.

13-Traditionnel...../ \_/

1. massage                      2. décoction                      3. non

Signes fonctionnels :

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

1. progressif                      2. brutal                      3. Ind.

15- Le siège de la douleur...../ \_/

1. FID                      2. Pelvien                      3. FIG                      4. Epigastrique  
5. Péri ombilical                      6. Autre                      7. Ind.

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

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

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

1. 1 –3 jours;    2. 4 –6 jours;    3. 7 – 10 jours;    4. plus de 10 jours;    5. ind

Les autres signes fonctionnels :

18- Vomissements...../ \_/

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

19- Nausée...../ \_/

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

20- Constipation...../ \_/

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

21- Diarrhée...../ \_/

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

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

1. absents    2. pollakiurie    3. brûlure mictionnelle    4. dysurie



5. hématurie      6.pyurie      7. ind

Signes généraux :

23- Etat général...../ \_/

1. ASA I +U    2. ASA II +U    3. ASA III +U    4. ASA IV+U    5. ASAV+U    6. ind.

24- La température...../ \_/

1. 37,5 ;      2. 38,5 ;      3. 39 et plus ;      4. ind.

25- Le pouls...../ \_/

1. tachycardie      2. bradycardie      3. normal      4. ind.

26- Tension artérielle (TA)...../ \_/ \_/

1. hypertension      2. hypotension      3. normal      4. ind.

27- Fréquence respiratoire...../ \_/ \_/

1. tachypnée      2. bradypnée      3. normal      4. Ind.

28- Langue saburrale ...../ \_/

1. Oui ;      2. Non ;      3. ind.

29- Plis de déshydratation...../ \_/

1. Oui ;      2. Non ;      3. ind.

C- EXAMENS PHYSIQUES :

Inspection :

30- Abdomen respire...../ \_/

1. Oui ;      2. Non ;      3. Ind.

31- Conjonctive...../ \_/

1. bien colorée      2. moyennement colorée      3. pâleur      4. Ind.

Palpation :

32- Douleur de la FID...../ \_/

1. Oui ;      2. Non ;      3. ind.

33- Défense dans la FID...../ \_/

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

34- Masse dans la fosse iliaque droite (FID)...../\_\_\_/

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

35- Contracture abdominale...../\_\_\_/

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

36-Psoïtis...../\_\_\_/

1. Oui                    2. Non                    3. ind.

37- Percussion...../\_\_\_/

1. normale ;            2. matité ;                    3. tympanique ;            4. ind.

38- Auscultation...../\_\_\_/

1. normale ;            2. bruits intestinaux augmentés            3. tympanique  
4. silence                    5. autres                    6. ind.

39- Touchers pelviens (TR / TV)...../\_\_\_/

1. Douleur à droite dans le cul de sac de Douglas aux touchers pelviens

2. Cul de sac de Douglas bombe

3. a+b

4. rien

5 ind.

D-EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

BILAN SANGUINS :

40 - Groupe sanguin...../\_\_\_/

1. A ;                    2. B ;                    3. AB ;                    4. 0 ;                    5. Non fait

41 - Rhésus ...../\_\_\_/

1. Positif (+) ;            2. Négatif(-) ;            3. non fait

42 - NFS ...../\_\_\_/

1. Oui                    2. Non

43-Taux D'hémoglobine (g/dl)...../\_\_\_/

1. 6,40 – 10 ;            2. 10,10 – 12,80 ;            3. 13 – 16,30 ;            4. Non fait

44- Créatinémie...../\_\_\_/

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

45- Glycémie...../\_\_\_/

1. Normale ; 2. Pathologie (1 : oui 2 : non) ; 3. non faite  
4. autres Pathologie à préciser.....

46- Hémoculture...../\_\_\_/

1. Stérile 2. Germes à préciser

47- Examen bactériologique...../\_\_\_/

1. absence de germes 2. germes à préciser

48 - VS...../\_\_\_/

1. Normale 2. anomalie à préciser

49 - CRP...../\_\_\_/

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

IMAGERIE :

50 – ASP

1. Normale 5. stercolithe  
2. Iléus paralytique 4. Epanchement intra-péritonéale  
3. Niveau hydro-aérique de la FID 6. Anses sentinelle 7. Non faite  
7. autres Pathologie à préciser .....

51 - Ecographie...../\_\_\_/

1. réalisée 2. non faite

Si Oui .....

52 - Epanchement péri-appendiculaire...../\_\_\_/

1. oui 2. non

53 - Epanchement liquidien intra péritonéal...../\_\_\_/

1. oui 2. non 3. autre à préciser .....

E-Diagnostic :

54- Diagnostic préopératoire...../\_\_\_/

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



## **Fiche signalétique**

**Prénom** : Mocktar

**Nom** : DIALLO

**Contact** : 00223 70 44 18 99 / 00223 61 19 17 50

**Email** : diallomocktar@gmail.com

**Titre de la thèse** : Abcès appendiculaire dans le service de chirurgie générale du csréf de la commune III.

**Année universitaire** : 2021 - 2022

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt** : Chirurgie générale.

**Objectifs** : étudier les Abcès appendiculaire dans le Service de chirurgie générale du Csréf de la commune III.

**Matériels et méthodes** : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 18 mois ans allant de janvier 2020 à juin 2021 dans le service de la chirurgie générale du csref de la commune III incluant tous les cas d'abcès appendiculaire.

**RESULTATS** : Sur 18 mois 105 cas d'appendicites aiguës ont été colligés dont 30 cas d'abcès appendiculaire soit 28,6%. L'âge moyen était de 24 ans avec des extrêmes de 10 et 58 ans. La douleur abdominale et la fièvre étaient présentes chez tous les patients. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite dans 80% ; épigastrique dans 16,7% et la région péri-ombilicale 3,3 %.

Dans la quasi-totalité des cas, une défense abdominale était présente soit 93,3%. L'échographie avait été réalisée chez 86,7% et avait retrouvé un épanchement péri appendiculaire dans 83,3%. On a réalisé abords par une incision de Mac Burney chez 27 patients (90%) et Jalaguier 3 cas (10%).

La quantité de liquide aspire était inférieure à 20 cc chez 90% (27) des patients. Nous avons réalisé une appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire suivi de drainage de la cavité abdominale chez 80% (24) des

patients, sans enfouissement dans 20%(6). Nous avons noté un taux de morbidité dans 13,3% cas. Un cas de décès a été enregistré.

Notre durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours avec des extrêmes de 1 à 7 jours.

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

Mots clés : Abcès appendiculaire, Appendicectomie.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

**Je le jure.**