

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But -Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

Année : 2007 - 2008

N°

Thèse

LA PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr Boubacar CAMARA

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

Jury :

Président : Prof. Filifing SISSOKO
Membres : Prof. Sadio YENA
Dr. Ibrahim DIAKITE
Directeur de Thèse : Prof. Gangaly DIALLO

La péritonite par perforation appendiculaire



DEDICACES

Je dédie ce travail à ALLAH, le tout Puissant ; le Miséricordieux ; le Maître des destins, de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document.

Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

✓ **A ma mère : Oumou KONE**

Tu as été et tu resteras pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de vos prières et sacrifices. Je suis fier de toi et plus jamais reconnaissant pour tous ceux que tu as fait et continues à faire pour moi.

Puisse ALLAH le Tout Puissant te faire bénéficier le fruit de ta patience. Amen

✓ **A la mémoire de notre père Karim CAMARA**

Que le Tout Puissant par grâce vous accueille dans son paradis éternel. Amen

✓ **A mon tonton Aly Ag AGALY**

En ce moment solennel de ma vie, il me manque des mots pour vous exprimer ma reconnaissance et mon attachement à vous. Votre gentillesse, votre disponibilité et votre esprit de sacrifice m'ont beaucoup marqué.

Recevez ainsi toute ma gratitude.

✓ **A mes tontons et oncles**

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant et ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières et vos encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Soyez assurés de ma sincère reconnaissance.

✓ **A ma tante Sali KONE**

Votre affection, vos encouragements et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation. Une fois de plus, les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance, car vous avez été une mère pour moi.

que Dieu le Tout Puissant vous accorde une longue vie. Amen

✓ **A mes tantes**

Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soyez rassurées de ma sincère reconnaissance.

✓ **A mes frères et sœurs**

Ce travail est le vôtre. Il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Retrouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

✓ **A mes cousins et cousines**

Merci pour l'estime et le respect que vous avez manifesté à mon égard.

✓ **A mes amis : Boubacar HAIDARA, Siaka, Yacouba TOGO, Mohamed KOUYATE, Mati, Fotigui.**

✓ **A toute ma promotion : Moussa SAMAKE, LY, Mandra, Abbdoul, Sidiki, Baco, François, Franc, KONE, que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.**

REMERCIEMENTS

A tout le corps professoral de la FMPOS

A mes maîtres:

Dr SIMPARA, Dr SINGARE, Dr TRAORE M, Dr KANTE L, Dr DIAKITE ML,
Dr Moran MARTINEZ, Dr TOURE L. j'ai beaucoup appris auprès de vous,
soyez en remercier.

A mes aînés: Dr Yacinthe GOUNDO, Dr souleymane DEMBELE, Dr
Donald ABALO, Dr djoumé DIAKITE, Dr Bakari COULIBALY Dr
Fatoumata MAIGA Dr Ourératou BARRY Dr Oumar COULIBALY Dr
Fatoumata MARE Dr Ibrahim DABO Dr Cheick Oumar DIAKITE. Merci
pour votre esprit d'équipe.

A mes collègues: Amadou CAMARA, Moussa SAMAKE, Moussa
DIASSANA Moumine SANOGO, Dr Moussa KONATE, Dr Yacouba
OUATTARA, Dr Aissata COULIBALY, Dr Alou BAGAYOGO, Amadou

BOGOLAN, Dramane KOITA, Joseph NORAMOU, Dr Lemine DICKO,
Bakary DANFAGA

A mes cadets: Alima TRAORE, Mariam DIARRA, Madani DOUMBIA,
Bathio TRAORE, Saibou, Bongana, Ousmane, Oumou, Maimouna T.

A tout le personnel des services de chirurgie générale et pédiatrique et du
service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel TOURE.

A notre maître et présent du jury:

Prof. Filifing SISSOKO

Maître de conférences en chirurgie générale.

Chirurgien généraliste en chirurgie B au CHU point G.

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

Vos qualités d'homme de science votre modestie votre disponibilité pour vos collègues et vos élèves ont forcé l'admiration de tous.

Veillez accepter cher maître notre sincère gratitude.

A notre maître et juge

Dr Ibrahim DIAKITE

Spécialiste en chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE.

J'ai découvert à l'occasion de ce travail un maître ouvert disponible qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail.

La clarté de vos raisonnements, votre compétence technique et votre rigueur scientifique nous resteront en mémoire. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Prof. Gangaly DIALLO

Professeur titulaire de chirurgie viscérale

Chirurgien des Armées

Chef de service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

Médecin Colonel des forces armées du Mali

Chevalier de l'ordre national de la santé

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science réputé et admiré par tous nous avons été impressionnés par votre simplicité votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements

A notre maître et juge

Prof. Yéna SADIO

Maître de conférence agrégé de chirurgie thoracique

Certificat d'anatomie humaine

Praticien- hospitalier au CHU point G

Nous pouvons dire que la discipline, la rigueur sont vos principes dans le travail. Derrière votre simplicité se cache un homme de science un praticien brillant et courageux ;

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude

LISTE DES ABREVIATIONS

ASA: American Society of Anesthésiologiste
AMG : Arrêt de matières et de gaz
ASP : Abdomen sans préparation
CES : Certificat d'études spécialisées
C3G : Céphalosporine de troisième génération
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CRO : Compte rendu opératoire
Cm : centimètre
Cm³ : centimètre cube
ESS : Ecole secondaire de santé
EIPC : Ecole des infirmiers du premier cycle
EVA : Echelle visuelle analogue
EVS : Echelle verbale simple
FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
FR : Fréquence respiratoire
G/l : gramme par litre
HTA : Hypertension artérielle
H/F : Homme par rapport aux Femmes
J : Jour
Kg : Kilogramme
Mm : millimètre
2m² : deux mètres carrés
Mm³ : millimètre cube
MPI: Mannheim peritonitis index
NFS : numération formule sanguine
SMIG : salaire minimal interprofessionnel garanti
TA : Tension artérielle
UGD : ulcère gastro duodéal

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION.....	1
II – OBJECTIFS.....	3
III – GENERALITES.....	4
IV- METHODOLOGIE.....	21
V- RESULTATS.....	25
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	52
VII-CONCLUSION & RECOMMANDATIONS.....	68
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	69
VIII-ANNEXES.....	77
-FICHE SIGNALETIQUE	
-FICHE D’ENQUETE	
-SERMENT D’HIPPOCRATE	

I- INTRODUCTION

L'appendice est un organe creux qui se comporte comme un diverticule à lumière étroite en relation avec le cæcum. Comme tout diverticule il est exposé à la stase et à l'infection.

La perforation est la rupture de la paroi de l'appendice mettant en communication son contenu septique avec la cavité péritonéale [1]. Elle réalise ainsi une péritonite purulente généralisée ou localisée.

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives [2, 3, 4, 5], ont montré la prédominance des perforations appendiculaires.

Malgré la couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an) [6].

Lau [7] au Cambodge en 1985 a trouvé 47,4% de perforations appendiculaires dans sa série.

Aux USA : Flum. DR [8] aux USA en 2001 a trouvé 25,85% de cas.

En Europe : Kraemer. M [9] en 1997 a relevé 17,7% de péritonite par perforations appendiculaire.

En Afrique : Chavda. SK [10] au Kenya en 2005 a trouvé 29,7% de cas. Toutes les séries africaines sont unanimes que la perforation appendiculaire est l'apanage du sujet jeune [3, 4, 16,17].

Au Mali : de nombreuses études ont montré la prédominance des perforations appendiculaires dans les perforations digestives [11, 12, 13, 14,15].

Coulibaly OS [12] en 1999 dans sa série a rapporté 24,16% de cas avec 6,8% de mortalité.

76,47% cas dans la série de péritonites de Traoré T [15] étaient dus à des perforations appendiculaires, avec une mortalité de 19,23%.

Konaté H [13] en 2001 dans son étude sur les abdomens aigus chirurgicaux a relevé 50% de perforations appendiculaires dont 0,03% de décès.

Cissé B [4] dans sa série sur les perforations digestives, 42,5% étaient des perforations appendiculaires avec une mortalité nulle.

Selon Haut [18], la mortalité de la perforation appendiculaire est <10%.

Ainsi malgré sa relative fréquence, la perforation appendiculaire peut être considérée comme une pathologie <<bénigne>>.

Au Mali, la plupart des études traitent en général les péritonites. Nous ne connaissons pas d'étude sur les péritonites par perforation appendiculaire.

Le but de notre travail était d'étudier les spécificités de la perforation appendiculaire dans notre service.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés comme objectifs ;

II- OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les péritonites par perforation appendiculaire dans les services de chirurgie générale, pédiatrique et des urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré.

Objectifs spécifiques :

- 1 Déterminer la fréquence de la péritonite par perforation appendiculaire en milieu chirurgical du CHU Gabriel Touré.
- 2 Décrire les aspects cliniques et para cliniques.
- 3 Identifier les principaux germes et leurs sensibilités aux antibiotiques.
- 4 Analyser les suites opératoires immédiates.
- 5 Evaluer le coût de la prise en charge.

III- GENERALITES

3-1 Rappels anatomiques du péritoine

3-1-1 Définition et description du péritoine : [19]

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

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

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

péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

3-1-2 Vascularisation du péritoine: [20, 21]

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

-Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.

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

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

3-1-3 Innervation du péritoine : [22]

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

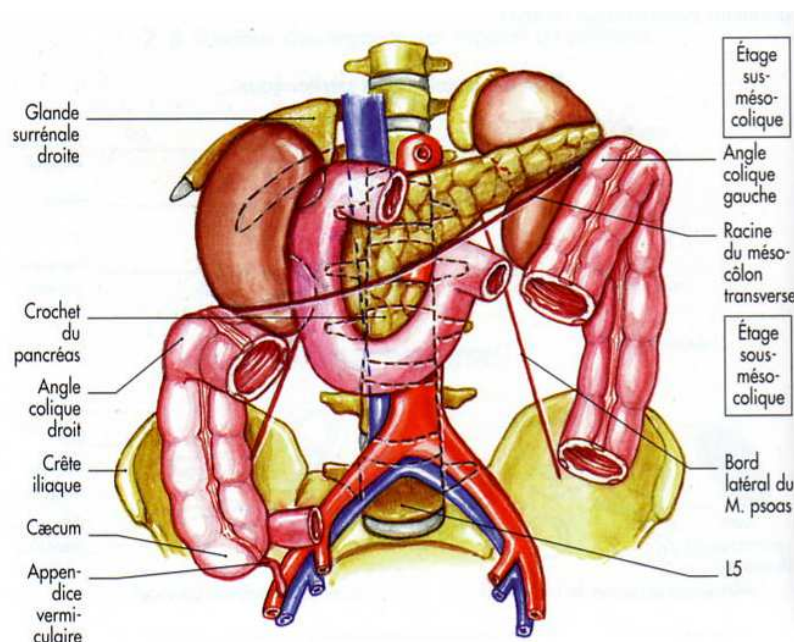
-Le diaphragme (hoquet)

-Le nombril (cri de l'ombilic)

-Le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas)

3-1-3 Anatomie topographique de la cavité abdominale : [23]

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



Haut
↑
→ Gauche

Fig. I : les deux étages de la cavité abdominale [23]

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

➤ **à 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-mésenterique** entre le mésentère et le méso colon descendant ;
- **le cul de sac recto-génital** (Douglas).

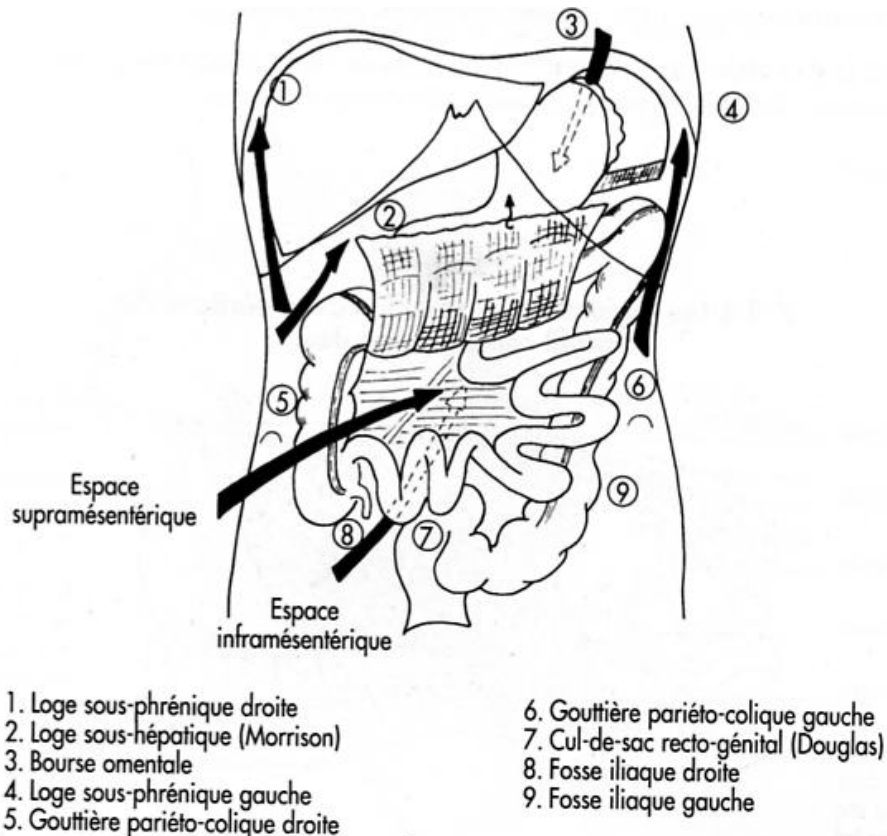


Fig. II : les loges péritonéales [23]

3-1-4 Rapports du péritoine avec les organes : [22]

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

- **les viscères rétro péritonéaux** comme les reins , les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal , sont en dehors de la cavité péritonéale ;
- **Les viscères intra péritonéaux** non engainés par le péritoine viscéral, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent intéresser le péritoine; ce sont le foie et la rate.
- **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice

3-1-5 Physiologie du péritoine :

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

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

-La sécrétion:

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux contient une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (50 à 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par les lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [22, 49]

-L'absorption:

L'absorption serait maximum au dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [22, 49]. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

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

3-2 Rappel anatomiques de l'appendice [24,25]

3-2-1 Embryologie : [24, 25]

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 antero-externe, constitue le fond cæcal.

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

3-2-2 Anatomie macroscopique [24, 25]

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 Anatomie microscopique [24]

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 <<l' amygdale intestinale>>.
- La muqueuse appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares.

Cette structure varie suivant l'âge :

- chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large ;
- chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction de la lumière appendiculaire.

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

3-2-4 Anatomie topographique [25]

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendant de la position du cæcum . Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas) ; sa migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous – hépatique ou se poursuivre en position pelvienne (30% des femmes). Une mal rotation complète de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs inversus avec appendice localisé dans la fosse

iliaque gauche. Le cæcum étant en position normale, la position de l'appendice peut être variable et décrite suivant le quadrant horaire : Latéro- cæcale, rétro cæcale pure ou en arrière de la jonction iléo-cæcale, mésocæliaque (sus ou sous- iliale), pelvienne. La position latérocaecale est la plus fréquente (65% des cas).

3-2-4 Anatomie fonctionnelle [25]

La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'enterocytes. 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.

3-2-5 Vascularisation de l'appendice [24]

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 terminal.

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 ileo- colique.

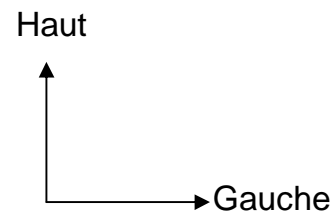
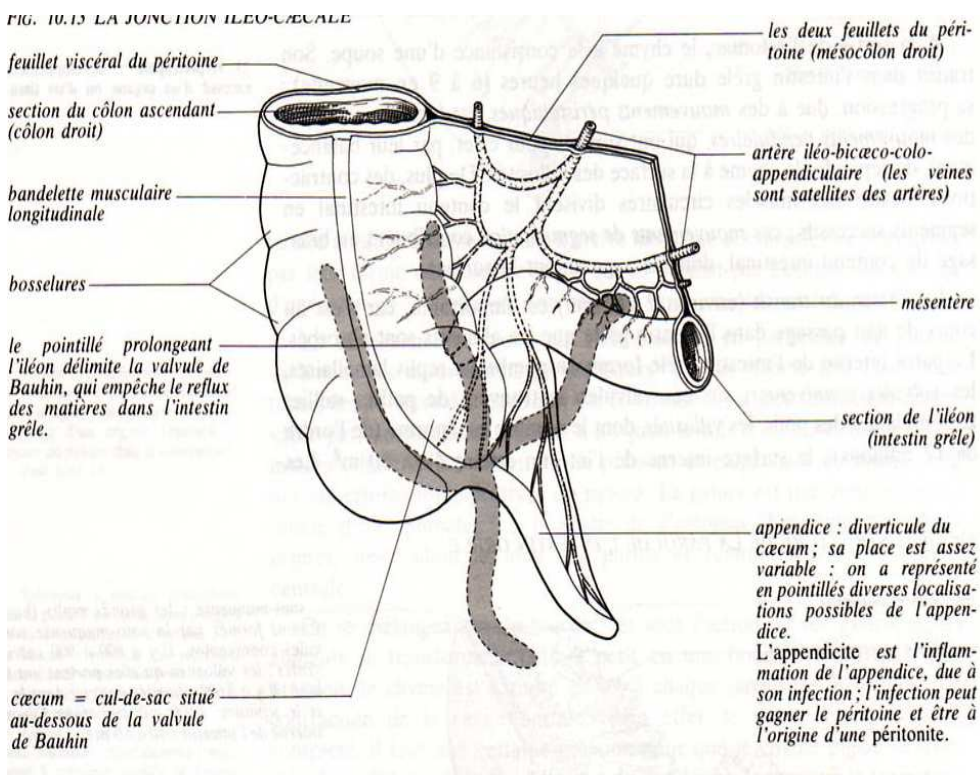


Fig.III : la jonction iléo-caecale [26]

3-2-6 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, 27]

sont celles des péritonites secondaires à un foyer septique intrapéritoneale. 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 iléo-cæco-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 oedème lésionnel par atteinte directe de la membrane alveolo- capillaire.

- Le retentissement rénal, répond lui aussi à 2 mécanismes:

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

3- 4 Rappel clinique :

3-4-1 Type de description : péritonite appendiculaire généralisée chez un homme jeûne de 25 ans vu tôt.

3-4-1-1 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 Signes généraux :

➤ **La fièvre:** habituellement élevée supérieure à 38, 5° C

➤ **L'état général:** est conservé au début mais le sujet est anxieux et le pouls filant. La TA est habituellement normale à ce stade.

3-4-1-3 Les signes physiques :

l'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite :

- à l'inspection : diminution ou absence de la respiration abdominale ;
- la palpation : mains réchauffées bien à plat en commençant par les endroits moins douloureux ; trouve

typiquement une contracture diffuse, invincible et douloureuse ;

- aux touchers pelviens : douleur vive au cul de sac Douglas.

3-4-1-4 Les examens para cliniques :

-**L'Echographie** : est inutile dans ces formes typiques, met en évidence des signes d'épanchement intrapéritoneale et identifie la lésion causale : l'appendicite

-**La biologie** : vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale :

- un hématicrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ;
- leucocytose élevée souvent supérieure à 15000/ mm³

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

- des signes occlusifs (distension gazeuse du grêle et du côlon avec des niveaux hydroaériques) ;
- un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)

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

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

3-4-1-5 Diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire

❖ Les affections non péritonéales

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

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

- **Les pyélonéphrites** avec douleur abdominale, fièvre et signe d'iléus peuvent poser de difficiles problèmes cliniques, car elles s'accompagnent de défense abdominale dans 20% des cas. Ce sont toutefois des formes sévères avec des germes à l'examen cyto bactériologique direct des urines.

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

❖ Les péritonites diffuses

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

l'origine appendiculaire le début des douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout l'absence d'élément orientant vers une autre étiologie :

- poussées douloureuses épigastriques antérieures ou prise récente ou continue de médicaments gastrotoxiques évoquant une **perforation gastrique** ;

-Les crises douloureuses fébriles ou non, survenues antérieurement dans la fosse iliaque gauche chez un sujet de plus de 50ans évoque **une péritonite sigmoïdienne** ;

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

3-4-1-6 Traitement :

3-4-1-4-1 But :

- Eradiquer le foyer infectieux
- Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

3-4-1-4-2 Moyens : sont médicaux et chirurgicaux

3-4-1-4-2-1 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).

❖ **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 coelio-chirurgie permettent d'effectuer le lavage péritonéal des péritonites appendiculaires diffuses sans qu'il soit nécessaire 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 coelioscopie. Ainsi, et paradoxalement, ce sont les appendicites les plus graves qui bénéficient le plus du recours à la coelio chirurgie.

3-4-1-7 Résultat:

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

IV- METHODOLOGIE

4-1 Type et durée de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 1999 à décembre 2004 et prospective de janvier à décembre 2005 ; réalisée dans les services de chirurgie générale et pédiatrique et dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré, sur une période de 7 ans.

4-2 Cadre d'étude :

A- situation géographique :

Le C H U Gabriel Touré est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III .A l'intérieur de cet établissement :

- le service des urgences chirurgicales (S U C) au sud-Ouest
- les services de chirurgie générale et pédiatrique au Nord dans l'enceinte du pavillon Benitiéni FOFANA.

B- Les locaux

- Les services de chirurgies générale et pédiatrique.

Ils comprennent :

- ❖ Un service de chirurgie générale avec 32 lits d'hospitalisations.
- ❖ Un service de chirurgie pédiatrique avec 26 lits d'hospitalisation
 - ❖ Le bloc opératoire composé de trois salles d'opération que le service partage avec les autres spécialités chirurgicales (traumatologie et urologie), salle de stérilisation, une salle de réveil, une salle de lavage des mains des chirurgiens (le service de gyneco-obstétrique

possède son propre bloc opératoire).

- Le service des urgences chirurgicales :

Il comprend 3 secteurs :

❖ Premier secteur: Accueil-tri avec 8 tables d'examen.

❖ Deuxième secteur: constitué de:

-une salle de déchoquage avec 2lits

-une salle de petite chirurgie

-une salle de stérilisation

❖ Troisième secteur, constitué de deux salle de réanimation avec 8lits au total.

C- Le personnel

Les services de chirurgie générale et pédiatrique

Les chirurgiens y sont au nombre de 8 parmi lesquels on, peut compter deux chirurgiens pédiatres dont un coopérant Cubain et un professeur agrégé en chirurgie digestive chef de service

Le service des urgences chirurgicales

Il comprend :

Deux médecins anesthésistes- réanimateurs (dont un chef de service),

3 médecins généralistes,

3 techniciens supérieurs de santé,

24 techniciens de santé,

9 techniciens de surface,

des étudiants en fin de cycle de la FMPOS,

les étudiants stagiaires de la FMPOS, de l'ESS, l'EIPC

D- Les patients

Ils ont tous été recrutés dans le service des urgences chirurgicales, dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Une fiche d'enquête établie a permis de recueillir l'ensemble des

renseignements pour chaque patient.

➤ **Critères d'inclusions:**

Tous les patients opérés pour péritonite dont l'étiologie était une perforation appendiculaire.

➤ **Critère de non inclusion :**

N'ont pas été pris en compte :

Toutes les autres étiologies des péritonites

Tous les dossiers non exploitables

Ces critères nous ont permis de recruter 137 cas de perforations appendiculaires au cours de la période d'étude.

4-3 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

Le motif de consultation est celui qui est écrit sur la fiche de consultation.

- Un examen physique à la recherche de signes importants (douleur provoquée, défense abdominale voir contracture, cri de l'ombilic et douleur dans le Douglas.....)

- Des examens complémentaires en particulier radiologique (ASP, Echographie abdominale, radiographie du thorax), biologiques (groupage sanguin rhésus, taux d'hémoglobine et d'hématocrite voire glycémie et créatininémie)

- Le prélèvement de pus a été systématique pour l'identification des principaux germes couplés à l'antibiogramme
- Le score de **Mannheim (=MPI)** a servi pour l'évaluation du pronostic

vital immédiat.

4- 4 supports :

a)- La fiche d'enquête : elle comprend des variables réparties en ;

Données administratives : âge, sexe, principale activité, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.

Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires)

Suites opératoires et coût de la prise en charge.

b)-La saisie des données :

la saisie et l'analyse des données étaient effectuées sur le logiciel EPI Info version 6.0.

c)- Tests statistiques :

Le test de KHI2 a été utilisé pour comparer nos résultats à ceux d'autres auteurs.

La différence statistique était significative pour un $P < 0,05$.

V-RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques :

1-1-Fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons effectué dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré :

- **33404 consultations ordinaires** ;

-101960 consultations d'urgence ;

-11765 hospitalisations ;

-4291 interventions chirurgicales d'urgence ;

-412 péritonites aiguës généralisées dont 137 péritonites par perforation appendiculaire.

-741 appendicites aiguës

Ainsi les péritonites par perforation appendiculaire (N=137) ont représenté 0,41% des consultations ordinaires, 0,13% des consultations d'urgence, 0,16% des hospitalisations, 3,19% des interventions chirurgicales d'urgence, 33,25% des péritonites aiguës généralisées et 18,5% des appendicites aiguës.

1-2 Age:**Tableau I :** Répartition des malades selon l'âge

Age (an)	Effectif	Pourcentage
1 à 10	18	13,2
11 à 20	62	45,3
21 à 30	26	18,9
31 à 40	17	12,4
41 à 50	8	5,8
> 50	6	4,4
Total	137	100

L'âge moyen a été de 22,5ans \pm 14,2 avec des extrêmes allant de 1an à 75 ans.

1-3Sexe:**Tableau II :** Répartition des malades selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	110	80,3
Féminin	27	19,7
Total	137	100

Sex- ratio = 4/1 en faveur des Hommes.

1-4 Provenance:**Tableau III** : Répartition des malades selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	127	92,7
Koulikoro	7	5,2
Kayes	1	0,7
Ségou	1	0,7
Mopti	1	0,7
Total	137	100

Le septentrion du Mali n'était pas représenté.

Tous nos malades avaient la nationalité malienne.

1-5 Ethnie:**Tableau IV** : Répartition des malades selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	54	39,4
Peuhl	24	17,5
Sarakolé	18	13,2
Malinké	17	12,4
Sonrhaï	9	6,6
Bobo	4	2,9
Dogon	4	2,9
Sénoufo	4	2,9
Miniaka	3	2,2
Total	137	100

1-7 Principale activité:**Tableau V** : Répartition des malades selon la principale activité

Principale activité	Effectif	Pourcentage
Cadre supérieur	2	1,5
Cadre moyen	5	3,6
Scolaire	79	57,6
Commerçant	11	8,1
Ouvrier	9	6,6
Paysan	7	5,1
Ménagère	6	4,4
Sans profession	18	13,1
Total	137	100

1-8 Mode de recrutement:**Tableau VI** : Répartition des malades selon le mode de recrutement à l'hôpital

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
En urgence	133	97,1
Consultation ordinaire	4	2,9
Total	137	100

Les 4 malades reçus en consultation ordinaire ont été adressés dans le service des urgences chirurgicales.

1-9 Mode de référence:**Tableau VII** : Répartition des malades selon le mode de référence

Mode de référence	Effectif	Pourcentage
Venus d'eux mêmes	110	80,3
Médecin généraliste	23	16,7
Médecin spécialiste	2	1,5
Aide soignant	2	1,5
Total	137	100

Venus d'eux mêmes : Malades n'ayant effectué aucune consultation dans d'autres structures sanitaires

2. Etude clinique :**2-1 Motif de consultation :****Tableau VIII** : Répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	137/137	100
Vomissements	70/137	51,1
AMG	11/137	8
Péritonite	4/137	2,9
Fièvre	3/137	2,2
Hoquet	1/137	0,7

2-2 Signes fonctionnels :**Tableau IX** : Répartition des malades selon les signes fonctionnels.

Signes	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	137/137	100
Vomissements	95/137	69,3
AMG	48/137	35
Nausées	20/137	14,6
Constipation	15/137	10,9
Diarrhée	2/137	1,5
Ballonnement	2/137	1,5

Tableau X : Répartition des malades selon le délai de consultation

Début des symptômes	Effectif	Pourcentage
< ou = 7jours	112	81,7
8 à14 jours	20	14,6
15 à 21 jours	5	3,7
Total	137	100

Moyenne =5,8 jours

Ecart type = 4,2

extrêmes = 1et 20 jours

Tableau XI : Répartition des malades selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage %
FID	66	48,2
Diffuse	54	39,4
Hypogastrique	9	6,6
Péri ombilicale	7	5,1
Flanc droit	1	0,7
Total	137	100

Tableau XII : Répartition des malades selon la durée de la douleur.

Durée de la douleur	Effectif	Pourcentage
0 à 2 jours	6	4,4
3 à 4 jours	18	13,2
5 à 6 jours	53	38,6
Non précise	60	43,8
Total	137	100

Moyenne =3 jours Ecart type = 2,8 extrêmes = 12h à 6 jours

Tableau XIII : Répartition des malades selon le mode d'installation de la douleur.

Mode d'installation	Effectif	Pourcentage
Brutal	112	81,7
Progressif	25	18,3
Total	137	100

Tableau XIV : Répartition des malades selon le type de la douleur.

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Piqûre	82	59,8
Brûlure	37	27,1
Torsion	8	5,8
Pesanteur	1	0,7
Coup de poignard	6	4,4
Crampe	3	2,2
Total	137	100

Tableau XV : Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur.

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
Sans irradiation	124	90,5
Organes génitaux	7	5,1
Ascendante	3	2,2
Postérieure	2	1,5
Latérale	1	0,7
Total	137	100%

Tableau XVI : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur (E.VA).

Intensité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Douleur faible 3 – 4	3	2,2
Douleur modérée 5 – 6	17	12,4
Douleur intense 7 – 8	114	83,2
Douleur très intense 9 – 10	3	2,2
Total	137	100

Tableau XVII : Répartition des malades selon les circonstances d'apparition de la douleur d'après les malades.

Circonstances d'apparition	Effectif	Pourcentage
Aucun	117	85,4
Effort	11	8,1
Repas	5	3,6
Indéterminées	4	2,9
Total	137	100

Indéterminées= les circonstances d'apparition de la douleur n'ont pas été spécifiées.

Tableau XVIII : Répartition des malades selon les facteurs calmant la douleur.

Facteurs calmants	Effectif	Pourcentage
Aucun	106	77,4
Médicaments	25	18,2
Position antalgique	6	4,4
Total	137	100

Tableau XIX : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.

Evolution de la douleur	Effectif	Pourcentage
Douleur permanente	88	84,2
Douleur intermittente	33	24,1
Indéterminée	16	11,7
Total	137	100

Indéterminée= l'évolution de la douleur n'a pas été spécifiée

.Tableau XX: Répartition des malades selon les signes urinaires associés.

Signes urinaires	Effectif	Pourcentage
Aucun	120	87,5
Brûlure mictionnelle	10	7,2
Rétention urinaire	2	1,4
Brûlure mictionnelle+ Rétention urinaire	4	2,9
Hématurie	1	0,7
Total	137	100

3. Antécédents

Tableau XXI : Répartition des malades selon les antécédents personnels médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucune particularité	103	75,2
Bilharziose	20	14,6
Constipation	7	5,1
HTA	4	2,9
UGD	2	1,5
Infection génitale	1	0,7
Total	137	100

Tableau XXII : Répartition des malades selon les antécédents personnels chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale droite	1	0,7
Aucun	136	99,3
Total	137	100

Tableau XXIII : Répartition des malades selon les antécédents familiaux médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucune particularité	130	94,9
HTA	3	2,2
UGD	3	2,2
Asthme	1	0,7
Total	137	100

Tableau XXIV: Répartition des malades selon les antécédents familiaux chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	134	97,8
Cicatrice de laparotomie	3	2,2
Total	137	100

Les diagnostics de ces trois (3) malades opérés de l'abdomen n'ont pas été précisés.

4. Examen général :

Tableau XXV : Répartition des malades selon la classification ASA.

Classification ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	129	94,2
ASA II	8	5,8
Total	137	100

Tableau XXVI : Répartition des malades selon l'état des conjonctives.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Rouges	119	86,8
Pâles	18	13,2
Total	137	100

Tableau XXVII: Répartition des malades selon les signes généraux..

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	124/137	90,5
Tachycardie	40/137	29,2
Polypnée	96/137	70,1

Fièvre : température supérieure à 38°C

Tachycardie : pouls supérieur à 100 battements/minute.

Polypnée : fréquence respiratoire supérieure à 18 cycles/minute.

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon le faciès.

Faciès	Effectif	Pourcentage
Normal	95	69,3
Péritonéal	42	30,7
Total	137	100

Faciès péritonéal : yeux enfoncés avec saillie de l'ossature faciale.

Tableau XXIX : Répartition des malades selon l'état de déshydratation.

Plis cutanés	Effectif	Pourcentage
Absent	126	91,9
Présent	9	6,6
Plis de dénutrition	2	1,5
Total	137	100

Tableau XXX: Répartition des malades selon l'aspect de la langue.

Langue	Effectif	Pourcentage
Normal	65	47,4
Saburrale	46	33,6
Sèche et saburrale	26	19
Total	137	100

Tableau XXXI : Répartition des malades selon l'état de la conscience.

Conscience	Effectif	Pourcentage
Normale	130	94,9
Agitation	5	3,6
Confusion	2	1,5
Total	137	100

5. Examen physique

Tableau XXXII: répartition des malades selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douleur à la palpation	137/137	100
Cris de l'ombilic	137/137	100
Douglas douloureux (TR)	128/137	93,4
Contracture	122/137	89,1
Diminution de la respiration abdominale	93/137	67,8
Silence abdominal	43/137	31,4
Douglas bombé et douloureux	34/137	24,8
Défense localisée	27/137	19,7
Matité abdominale	24/137	17,5
TV et TR douloureux	24/27	

6. Examens complémentaires

Tableau XXXIII : Répartition des malades selon le résultat de l'échographie.

Résultats	Effectif	Pourcentage
Appendice épaissi	4	33,3
Epanchement + appendice épaissi	8	66,7
Total	12	100

Echographie a été demandée et réalisée chez 12 de nos malades soit 8,8%

Tableau XXXIV : Répartition des malades selon le résultat de l'ASP

Résultats	Effectif	Pourcentage
Niveaux hydroaériques	4	57,1
Croissant gazeux	2	28,6
Normal	1	14,3
Total	7	100

L'ASP n'était pas systématiquement demandé.

Tableau XXXV : Répartition des malades selon les résultats de la numération de la formule sanguine

Résultats	Effectif	Pourcentage
Normal	15	50
Polynucleose neutrophile	9	30
Anémie	6	20
Total	30	100

Tableau XXXVI : Répartition des malades selon le résultat du prélèvement du pus.

Résultats	Effectif	Pourcentage
<i>Escherichia Coli</i>	23	74,2
<i>Klebsiella</i>	3	9,6
<i>Enterobacter agglomerans</i>	2	6,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	3,2
Stérile	2	6,5
Total	31	100

Nous avons obtenu les résultats du prélèvement de pus dans 31 cas

7. Antibiogramme : **Tableau XXXVII** : Sensibilité aux bêta – lactamines et aux céphalosporines.

ATB	Ampicilline	Amoxicilline + acide clavulanique	Ceftriaxone	Cefotaxime	Ceftazidime
Germe					
<i>E. Coli</i>	R	50%	100%	100%	–
<i>Klebsiella. Pneumoniae</i>	100%	R	100%	100%	100%
<i>P. Aeruginosa</i>	–	R	–	–	–
<i>Entérobacter agglomerans</i>	–	–	–	–	–

Tableau XXXVIII: Sensibilité aux aminosides

ATB	Gentamicine	Amikacine	Dibekacine
Germe			
<i>E. Coli</i>	50%	–	–
<i>Klebsiella. Pneumoniae</i>	100%	100%	100%
<i>P. Aeruginosa</i>	25%	–	–
<i>Entérobacter agglomerans</i>	R	100%	100%

Tableau XXXIX : Sensibilité aux cyclines et aux polypeptides

ATB	Doxycycline	Tétracycline	Colistine
Germe			
<i>E. Coli</i>	50%	30%	100%
<i>Klebsiella. Pneumoniae</i>	100%	–	100%
<i>P. Aeruginosa</i>	–	–	100%
<i>Entérobacter agglomerans</i>	100%	R	100%

Tableau XXXX : Sensibilité aux quinolones

ATB Germe	Norfloxacin	Ciprofloxacine
<i>E. Coli</i>	50%	100%
<i>Klebsiella. Pneumoniae</i>	R	R
<i>P. Aeruginosa</i>	–	100%
<i>Entérobacter agglomerans</i>	100%	100%

Tableau XXXXI : Sensibilité aux Phénicolés

ATB Germe	Sulfamides	Sulfamethoxazole + trimethoprim	Chloramphenicol
<i>E. Coli</i>	–	50%	75%
<i>Klebsiella. Pneumoniae</i>	–	–	–
<i>P. Aeruginosa</i>	–	–	–
<i>Entérobacter Agglomerans</i>	–	–	R

NB : Les macrolides non pas été généralement testés

8 Diagnostic

Tableau XXXXII : Répartition des malades selon le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	83	60,6
Occlusion intestinale	48	35,1
Appendicite	6	4,3
Total	137	100

9. Traitement

Tableau XXXXIII: Répartition des malades selon la nature du traitement reçu avant l'arrivée à l'hôpital.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Aucun traitement	25	18,3
Traditionnel	27	19,7
Médical	65	47,4
Médical+Traditionnel	20	14,6
Total	137	100

Tableau XXXXIV : Répartition des malades selon les médicaments prescrits avant l'arrivée à l'hôpital.

Médicaments prescrits	Effectif	Pourcentage
Noramidopyrine 500mg	34	40
Paracétamol CP 500mg	20	23,5
Metronidazole 250mg	10	11,8
Amoxicilline 500mg	10	11,8
Ciprofloxacine 500mg	7	8,2
Diclofenac	4	4,7
Total	85	100

Tableau XXXXV : Répartition des malades selon la voie d'abord chirurgicale.

Voie d'abord	effectif	Pourcentage
Mac Burney elargi	12	8,7
Médiane à cheval sur l'ombilic	125	91,3
Total	137	100

La voie d'abord chirurgicale médiane sur l'ombilic était prédominante soit 91,3%.

Le Mac Burney élargi était pratiqué en cas de péritonite localisée dans la fosse iliaque droite.

NB =Tous les malades ont bénéficié d'une appendicectomie + lavage de la grande cavité péritonéale + drainage.

Tableau XXXXVI : Répartition des malades selon le nombre de drain.

Nombre de drain	Effectif	Pourcentage
1	29	21,2
2	100	73
3	8	5,8
Total	137	100

Moyenne =1,8 Ecart type =0,7 Extrêmes =1 et 3drains

Tableau XXXXVII : Répartition des malades selon l'emplacement des drains.

Emplacement	Effectif	Pourcentage
Douglas et Gouttière pariéto-colique droite	100	73
Douglas	29	21,2
Douglas et gouttières pariéto-coliques	8	5,8
Total	137	100

La quantité de liquide de lavage était de 2,5 à 3 litres de sérum salé.

10. Pronostic

Tableau XXXXVIII: Répartition des malades selon le score de MANNHEIM.

MPI	Effectif	Pourcentage
<26	89	64,9
>26	48	35,1
Total	137	100

< 26 = pronostic bon

> 26 = pronostic réservé

Tableau XXXIX : Répartition des malades selon les suites opératoires immédiates.

Suites immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	116	94,7
Abcès de la paroi	20	14,6
Fistule digestive	1	0,7
Total	137	100

Tableau L : Répartition des malades selon les suites opératoires à court terme (3mois).

Suites à court terme	Effectif	Pourcentage
Simple	130	94,9
Décès	1	0,7
Eventration	6	4,4
Total	137	100

Le malade qui a fistulisé est décédé.

Tableau LI : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation (jours)

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
4 à 14 jours	130	94,9
15 à 21 jours	5	3,6
>21 jours	2	1,5
Total	137	100

Moyenne=9,8 jours Ecart type=7,5 Extrêmes= 5 et 70 jours

11. Coût

Tableau LII : Répartition des malades selon le coût de la prise en charge.

Coût (FCFA)	Effectif	Pourcentage
63500F –100000F	135	98,6
100500F à 150000F	1	0,7
150500Fà 180000F	1	0,7
Total	137	100

La moyenne a été de 86730 FCFA avec des extrêmes allant de 63500 FCFA à 178450FCFA.

Le coût moyen :

Examens complémentaires : 950FCFA

Hospitalisation : 8500FCFA

Ordonnances : 10000FCFA

Intervention : 63000FCFA

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6-1 METHODOLOGIE :

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

- La mauvaise conservation des archives et l'absence de données complètes et exploitables dans certains dossiers durant la phase rétrospective.
- L'insuffisance du plateau technique de l'hôpital Gabriel Touré rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires (prélèvement de pus + antibiogramme, ionogramme etc.)
- Le faible pouvoir d'achat des malades et l'absence d'assurance maladie, qui rendent difficiles la prise en charge postopératoire.

.

6-2.EPIDEMIOLOGIE**6-2-1.FREQUENCE****Tableau L III** : la fréquence des perforations appendiculaires selon les auteurs

Auteurs	Chavda SK Kenya 2005[10]	Flum. DR USA 2001[8]	Koumaré. AK Mali 1995[28]	Marudanay -agam .R Angleterre 2006[29]	Notre étude2006
Effectifs	56/189	13888/ 63707	31/109	239/1718	137/ 741
Pourcentage	29,7	25,85	28,5	13,9	18,5
Test statistique	P=0.064	P=0.044	P=0.177	P=0.251	

Le taux de perforation appendiculaire dans notre série de 18,5% ne diffère pas statistiquement de celui retrouvé dans les séries africaines [10,28] et européennes [8,29], malgré le retard de consultation en Afrique et l'insuffisance de la couverture sanitaire.

En occident malgré la performance de la couverture sanitaire et de leur système de prise en charge, la fréquence des perforations appendiculaires devrait baisser et pourtant elle ne baisse pas [8,30].

En Allemagne l'incidence a été estimée en moyenne à 20/100000 /an [2].

Par conséquent la perforation appendiculaire serait-elle une entité à part ? Comme l'estime certains auteurs [8,30, 29], ainsi la grande majorité des malades arriverait à l'hôpital avec leur appendice perforé.

6-2-3. ÂGE**Tableau LIV** : comparaison de, l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Age moyen	Test statistique
Harouna Y Niger 2005[16]	26ans	P=0,621
Coulibaly OS Mali 1999[12]	30ans	P=0,336
Navez B Belgique 2001[31]	41ans	P=0,001
Foley TA USA 2005[32]	47ans	P=0,003
Notre série	22,5	

Notre âge moyen de 22,5 ans ne diffère pas de façon significative de celui retrouvé dans les séries africaines [11,16]. IL est inférieur à l'âge moyen retrouvé en occident, la perforation appendiculaire s'observe chez les malades de plus de 40 ans [1, 31, 33, 34]

L'âge jeune des malades en Afrique serait lié à la jeunesse de nos populations.

6-2-4 Le sexe**Tableau LV** : comparaison du sexe ratio selon les auteurs

Auteurs	Age moyen H/F	Test statistique
Harouna. Y Nger2005 [16]	4,8	P=0.742
Coulibaly. OS Mali1999 [12]	3,8	P=0.778
Navez .B Belgique2001 [31]	1,3	P=0.280
Foley.TA USA 2005 [32]	1,6	P=0.343
Notre série 2006	4.1	

La prédominance masculine est classique dans toutes les séries.

6-3. ETUDE CLINIQUE :**6-3-1. Délai de consultation :****Tableau LVI:** Délai moyen de consultation selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Délai moyen de consultation (jour)	Test statistique
Harouna Niger 2005 [16]	70	4,5	P=0,885
Dembélé Mali 2005 [11]	65	7	P=0,845
Faniez France 1992 [1]	140	1	P=0,038
Notre étude	137	5,8	

Un long délai de consultation est observé dans les séries africaines, en moyenne entre 4,5 et 7 jours, contre seulement 1 jour en France Faniez [1] (différence statistiquement significative). Nous avons retrouvé 5 malades (3,6%) qui ont perforé leur appendice le même jour de l'admission. Le début des signes et la prise en charge n'a pas dépassé 6 heures en moyenne chez ces patients.

Ce retard de consultation peut être lié :

- Au fait que 81,8% de nos malades ont reçu un traitement (médical ou traditionnel) avant la consultation chirurgicale.
- A l'insuffisance de la couverture sanitaire
- L'absence d'assurance maladie

Existe-t-il une perforation inaugurale dans l'appendicite aiguë ? ou alors serait-elle due :

- A la virulence des germes ?
- Au retard de consultation ?
- A une mauvaise prise en charge ?

6-3-2 Signes fonctionnels :**Tableau LVII** : signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs	Harouna Niger 2005[16]	Traoré Mali 2001[15]	Jhobta Inde2006 [36]	Kunin France [14]	Notre étude
Douleur Abdominale	100%	100%	98%	95%	100%
Vomissements	53%	58,8%	66%	81%	69,3%
Ballonnement	37%	-	44%	-	1,5%
Diarrhée	26%	-	7%	14,3%	1,5%

Les signes fonctionnels ont été retrouvés dans les différentes séries à des taux différents, ils correspondent aux signes de l'appendicite perforée que non perforée selon les auteurs qui ont comparé la perforation et la non perforation appendiculaire [37]

6-3-3 Signes Généraux

La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [22].

La fièvre habituellement élevée dès le début a été le signe plus fréquemment noté chez nos malades: 90%. Ceci est conforme aux résultats d'autres auteurs [11,38, 39].

6-3-4 Signes physiques :**Tableau LVIII : signes physiques selon les auteurs**

Auteurs Signes	Faniez France 1992[1]	Traoré Mali 2001[15]	Notre étude
Respiration abdominale abolie	50%	65%	67.8%
Contracture abdominale	30%	72%	89.1%
Douglas Douloureux	50%	80%	93.4%

Le diagnostic de péritonite est avant tout clinique.

La contracture abdominale est le signe physique majeur [22], si l'examen est précoce elle peut être localisée ou se limitée à une simple défense généralisée [40] qui a la même signification sémiologique [22]. Elle a été notée chez 89% de nos patients. Ce taux varie entre 20,8% à 89% selon les auteurs [11, 14, 41, 42,43].

Cette différence pourrait être liée au retard de consultation en Afrique. L'immobilité de l'abdomen traduit l'attaque péritonéale c'est un symptôme fréquemment rencontré [34] elle a été trouvée chez 67.8% de nos patients. Ce taux est comparable à ceux de Traoré [15] ($p=0.0001$) et Faniez [1] ($p=0,002$). Ces 3 signes pariétaux ont été les arguments

cliniques de poids ($p < 0,001$) pour différencier la perforation appendiculaire et l'appendicite [9].

La douleur dans le douglas présente un intérêt diagnostique dans le syndrome péritonéal, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez 93.4% de nos malades. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de Traoré T [15] ($p = 0.268$), mais supérieur à celui de Faniez [1] ($p = 0.000001$) liée au stade d'évolution de la maladie.

6-3-5 Examens Complémentaires

La perforation appendiculaire réalise un tableau de péritonite aiguë dont le diagnostic est essentiellement clinique. La confirmation est per op. 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 [1, 27, 40].

6-3-5-1 IMAGERIE:

Tableau LIX: Comparaison des Imageries médicales demandées selon les auteurs

Imageries	ASP	Echographie	Scanner
Auteurs			
Harouna Niger 2005 N=70 [16]	100%	100%	-
Coulibaly Mali 1999 N=29 [12]	34,5%	-	-
Foley USA 2005 N=86 [32]	-	-	100%
Notre étude N=137	5,1%	8,7%	-

ASP: peut montrer des signes en rapport avec la péritonite et ou des signes orientant vers l'étiologie elle n'a pas été systématique dans notre série. IL a été demandé chez 7 de nos malades soit 5.1% car le diagnostic était cliniquement évident. 57% de ces malades ont présenté des signes d'occlusion (niveaux hydro - aériques), ne diffèrent pas statistiquement des 40% de Coulibaly [12] ($p=0.838$).

Le pneumopéritoine n'a pas été retrouvé dans notre étude. Son absence dans la perforation appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important [1,27].

IL a été retrouvé dans la série de Coulibaly [12] chez 6 malades.

L'ECHOGRAPHIE :

Elle a été demandée chez 12 de nos malades dans les douteux, elle a permis d'objectiver : un épanchement péritonéal chez 66.7% de nos patients

LA TOMODENSITOMETRIE ABDOMINALE:

Elle n'a pas été demandée dans notre étude. Elle a permis d'objectiver des signes tomодensitométriques spécifiques dans la perforation appendiculaire selon certains auteurs asiatiques et américains[32,44] qui ont fait une étude comparative entre la perforation et la non perforation appendiculaire. Ces signes ont été : l'air extraluminal, inflammation péri appendiculaire modérée à grave ($p<0,001$).

6-3-5-2 BIOLOGIE:

La biologie n'est pas spécifique: la leucocytose est certes sensible atteignant ou dépassant 12000/mm avec polynucléose, un taux bas de leucocytes, une inversion de formule peuvent évoquer une adenolymphite mésentérique [27]. Dans notre étude la numération de la formule sanguine a été faite chez 30 patients : la leucocytose a été retrouvée chez 9 patients

(30%).

L'augmentation de la protéine C-réactive (CRP>50u/l) et les cytokines notamment IL6 (p=0,036) et IL8 (p=0,047) a été évoquée par certains auteurs [37, 45], comme étant spécifique à la perforation appendiculaire contre l'appendicite non perforée.

6-3-5-3 BACTERIOLOGIE :

Tableau LX : Comparaison des germes selon les auteurs :

Auteurs	James K Togo 1990[2]	Maritano JY France 2001[40]	Dembélé B Mali 2005[11]	Notre étude 2006
<i>E.coli</i>	1er	1er	1er	1 ^{er}
<i>Klebsiela</i>	2è	4è	2è	2è
<i>Enterobacter</i>	3è	3è	-	3è
<i>Streptococcus</i>	-	2è	-	-
<i>P.aeruginosa</i>	-	-	3è	4è

Le classement des germes diffèrent selon les services, nous les avons retrouvés à des taux différents. IL s'agit des germes qui posent des problèmes dans les services de chirurgie générale.

Les 2cas stériles pourrait correspondre à une perforation sur une appendicite parasitaire puisque nous ne recherchons pas ces germes bien que rare certains ont décrit l'appendicite bilharzienne en Afrique sub saharienne [46].

6-3-6. TRAITEMENT:

Le traitement de la péritonite par perforation appendiculaire comprend : **la chirurgie, l'antibiothérapie, la réanimation [1].**

❖ **Réanimation** : c'est le premier temps essentiel, elle associe :

- la rééquilibration hydro – électrolytique et hématologique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale [1,2].

Dans notre série cette réanimation a été brève (quelques heures avant la laparotomie) poursuivie en post opératoire. Elle était couplée à la mise en place de sondes naso-gastrique et urinaire.

❖ **L'antibiothérapie:**

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie [1]. Les produits utilisés doivent être actifs sur les germes aérobies et anaérobies, les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intrapéritoneale.

L'association aminoside imidazolé et betalactamines correspondant à ce schéma [1, 27]. Dans notre série nous avons utilisé l'association (Amoxicilline-Gentamicine-metronidazole), souvent adaptée et modifiée ultérieurement avec le résultat de l'antibiogramme et l'évolution clinique. Cette association a été utilisée par plusieurs auteurs [1, 11,38] à la seule différence que l'Amoxicilline a été souvent remplacé par C3G.

Ainsi la plupart des germes isolés dans notre série étaient sensible à la Ceftriaxone, Colistine, Gentamicine d'où nous devons de ce fait penser à ces molécules dans le cadre d'une antibiothérapie probabiliste dans les péritonites appendiculaires. 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).

❖ La chirurgie:

- Voie d'abord:

L'incision la plus fréquemment pratiquée a été la médiane à cheval sur l'ombilic elle offre un confort total pour faire l'appendicectomie et surtout permet l'aspiration efficace de tout le pus et un lavage complet des anses grêles et des feuilletés mésentériques mais aussi des coupoles diaphragmatiques, flancs, douglas. Nous avons utilisé cette voie dans 91,3% comme plusieurs auteurs [27,49].

L'Avènement de la coelio chirurgie est une alternative à cette chirurgie à ciel ouvert [1,47], non pratiquée dans notre service. Elle a comme avantages :

- Un gain de réduction de la douleur post opératoire.
- Un raccourcissement du séjour post opératoire.
- Une diminution des complications post opératoire, notamment des abcès de paroi.

En contrepartie, il a été rapporté dans certaines études une augmentation du taux des abcès résiduels intra péritonéaux [31]

- Siège de l'appendice :

Tableau LXI : comparaison du siège de l'appendice selon les auteurs :

Auteurs	Walla France 1991[48]	Traoré Mali 2001[15]	Coulibaly Mali 2001[17]	Notre étude 2006
Siège				
FID	77%	74,5%	86,8%	76%
Rétrocoecal	12%	18,2%	5,4%	10%
Sous hépatique	3%		1,4%	
Mésocoeliaque		7,3%		7,4%
Pelvien	6%		6,9%	6,6%

De l'ombilic, au fond du Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout [34]. Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de la rotation embryologique, soit indépendantes de la position du cæcum. La fosse iliaque droite (FID) a été le principal siège de l'appendice dans toutes les séries. Elle a été retrouvée chez 76% de nos patients ceci est conforme à ceux d'autres auteurs [17, 15,48] et suivie du siège Rétrocoecal dans plusieurs séries [17 ,48] et la notre chez 10% des cas. La position Mésocoeliaque n'est pas signalée par plusieurs auteurs. Nous l'avons trouvé dans 7,4% des cas, cette position était responsable de nos formes occlusives, ceci est confirmé dans la littérature [17]

- Siège de la perforation :

La zone de prédilection de la perforation est le sommet de l'appendice. Nous l'avons observé chez 90% de nos patients. Cependant nous avons observé neuf perforations avec un appendice nécrosé soit 6,6%. Harouna Y et AL [16] avaient rapporté 4% d'appendice nécrosé et 1,3% par Flamant Y [27] en France.

- Technique opératoire:

Tous les auteurs sont unanimes qu'il faut éradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique. L'appendicectomie reste la solution idéale dans la perforation appendiculaire, nous l'avons pratiqué chez tous nos malades comme d'autres auteurs [1,27] ; cette appendicectomie était associée à une toilette péritonéale et un drainage systématique (des gouttières pariéto-coliques et douglas ont été les zones de prédilection) .Ce drainage est discutable pour certains auteurs européens [1,27], cela se comprend car la quantité de liquide nécessaire pour le lavage est suffisante (10-12L), nous ne disposons pas ce moyen.

6-3-7 EVOLUTION ET PRONOSTIC

6-3-7-1 Morbidité :

Tableau LXII: suites opératoires immédiates selon les auteurs

Auteurs	Harouna Niger 2005[16]	Coulibaly Mali 1999[12]	Chavda Kenya 2005 [10]	Navez Belgique 2001[31]	Notre étude 2006
Effectif	70	29	56	96	137
Morbidité	18.5%	13.7%	19,4%	13,5%	21.9%
Tests statistiques	P =0.576	P=0.325	P=0.728	P=0.105	

Le taux de morbidité de 15.3% dans notre série ne diffère pas statistiquement de ceux d'autres auteurs africains et européens [11, 31,16].

6-3-7-2 Mortalité :

Tableau LXIII: mortalité selon les auteurs

Auteurs	Harouna Niger 2005 [16]	Navez Belgique 2001 [31]	Koumaré Mali 1995 [28]	Notre étude 2006
Effectif	70	96	109	137
Mortalité	5,7%	0%	3,6%	0,7%
Tests statistiques	P==0.083		P=0,242	

La mortalité des péritonites aiguës varie selon l'étiologie. Dans les séries africaines [16, 39, 50] et la notre, la mortalité par perforation appendiculaire varie entre 0.7% -17.9%, contre 0% en Belgique Navez [31].

La littérature européenne estime cette mortalité < 10% [1,18].

Les facteurs pronostiques rapportés dans les séries africaines sont essentiellement :

- le retard de la prise en charge liés 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 hypovolemique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale [16, 38, 50]. Dans notre série le seul patient décédé avait une fistule digestive.

6-3-7-3 Score de Mannheim :

Tableau LXV: Score de Mannheim selon les auteurs (Mannheim peritonitis Index=MPI)

Auteurs	Navez Belgique 2001[31]		Bruch RFA 1999[51]		Notre étude 2006	
	Décédés	Survécus	Décédés	Survécus	Décédés	Survécus
Effectif	0	96(100%)	37(43%)	51(57%)	1(0.7%)	136(99.3%)
MPI moyen		18,8	31	25	27	20

Pour évaluer le pronostic vital des patients de notre série, nous avons utilisé le score MPI, il était en moyenne de 20. Le pronostic est réservé quand le MPI >26. Dans notre série 48 patients soit (35,1%) avaient un MPI>26 de même que les patients décédés [11, 51].

6- 4 LE COÛT : le coût de la prise en charge a été estimé en moyenne à 86730Fcf dans notre série. cette somme est trois fois > au SMIG (28.750Fcf) au Mali.

CONCLUSION –RECOMMANDATIONS

Conclusion

La péritonite par perforation appendiculaire est une pathologie fréquente et morbide. Son incidence reste élevée en occident malgré la performance de la couverture sanitaire. Le taux de mortalité est toujours élevé dans les pays en voie de développement. Sa prise en charge est médico-chirurgicale.

L'amélioration de nos résultats passe par une consultation précoce, un meilleur système de référence et d'assurance maladie.

Recommandations

A la population

- Eviter l'automédication
- consulter immédiatement devant toute douleur abdominale.

Aux autorités

- former en nombre suffisant les spécialistes de chirurgie viscérale ; de réanimation et de radiologie.
- Equiper les hôpitaux en moyens matériel et personnel.
- Créer un SAMU
- Mettre en place une sécurité sociale.

Aux personnels sanitaires

- Examiner de façon minutieuse chaque malade.
- Référer dans un bref délai
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire et interservices

VII-BIBLIOGRAPHIE

1. Faniez PL, Koffi E, Panis Y.

Péritonites appendiculaires

Rev prat (Paris) 1992 ; 42(6) :706 –10

2. James K, Ahouangbevi A.

La Netilmicine dans les infections en chirurgie au CHU de Lomé :

Med d'Afrique noire, 1990 ; 37(11)

3. Arc, Aurc, Hay JM.

Les péritonites par perforations gastro intestinales

Rev Prat 1986 ; 36 :1059-66

4. Cissé B.

Les perforations digestives dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GabrielTouré.

This med Bamako 2003 n °54

5. Roseau G, Marc F.

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire

Encycl. Med Chir (paris) Estomac-Intestin 1989 ; 9042 A10, 2 :p8

6. Ohmann C et al.

Neues Zur Epidemiologic der akuten appendicitis.

Chirurg 2002; 769-776

7. Lau WY et al.

Acute appendicitis in the elderly.

Surg gynecol obst 1985; 161:157-160

8. Flum DR et al .

Has is diagnosis of appendicitis decreased over time?

A population –based analysis.

JMA 2001.286;742

9. Kraemer M , Kraemer K, Leppert R.

Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute abdominal pain study group.

Eur J Surg.1999

10. Chavda SK, Hassan S.

Appendicitis at Kenyatta national hospital, Nairobi.

East Afr Med J.2005 Oct, 82(10):526-30

11. Dembelé B.

Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GabrielTouré de Bamako à propos de 200 cas.

These med Bamako 2005; n°215

12 .Coulibaly OS.

Les perforations digestives en chirurgie B de l'hôpital de point "G" à propos de 120 cas.

These med Bamako 1999; 99p n°188

13. Konaté H.

Abdomens aigus chirurgicaux dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU de l'hôpital Gabriel Touré.

These med Bamako 2001; n°67

14. Kunin N, Letoquard JP.

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : analyse statistique multifactorielle de 216 observations.

J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) :481-6

15 .Traoré T.

Les urgences abdominales à l'hôpital régional de Ségou.

Thèse méd. Bamako 2000 ; n°35

16. Harouna Y et al.

Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey.

Communication scientifique ACAF Bamako 9Dec.2005.

17. Coulibaly M.

Les appendicites aiguës dans le service de chirurgie générales et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

These Med Bamako 2002; 73p n°44

18. Haut T, Ahrenholz DZ, Simonons RL.

Secondary bacterial peritonitis: the biological basis of treatment.

Cur Prob surg 1979 ; 16:1-65

19. Rouvière H.

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

20. Kamina P.

Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z
Malione S.A Editeur 1983 : 1742-44

21. Kamina P.

Dictionnaire Atlas d'anatomie, A-F
Maloine S.A Editeur 1983 : P74-86

22. Faniez PL, Serpeau, Thomson C.

Péritonite aigue
Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6

23. Chevalier JM:

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

24. Maiga B.

Contribution à l'étude des appendicites: aspect clinique,
anatomopathologique, et étiologique.
These Med Bamako 1975

25. Rohr S et al.

Appendicite aigue
EMC (Paris) gastro- entérologie 1999; 9- 066 A10 – 11p

26. Marchal G, Hoff X, Paillet JL, Perret M.

Connaissance du corps Humain

Edition épigone (Paris) 1992 ; 10-13 :220p

27. Flamant Y.

Complications de l'appendicite aiguë

Rev Prat (paris) 1994 ; 44 :2231-35

28 .Koumaré AK, Traoré T, Ongoiba N, Traoré AK.

Appendicectomie à Bamako.

Ann chir, 1995; 2, 188

29. Marudanayagam R, Williams GT.

Review of the pathological results of 2660 appendectomy specimens.

J Gastroenterol 2006 Aug;41 (8):745-9

30. Anderson R, Hugarder A.

Indications for operation in suspected appendicitis and incidence of perforation.

BMJ 1994; 308(6921):107-10

31. Navez.B, Benoit MD.

Laparoscopie approche for appendicular peritonitis: efficacy and safety:

A Report of 96 consecutive cases

Surg Laparosc Endosc; 11(5):313-316

32. Foley TA.

Differentiation of No perforated from perforated Appendicitis: Accuracy of CT Diagnosis and Relationship of CT Findings to Length of Hospital Stay.

Radiology.2005; 235:89-96

33. Luckmann R.

Incidence and fatality rates for acute appendicitis in California. A population based study of the effects of age
Ann J Surg 1994 ;81: 133-137

34. Mondor H.

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

35. Ministère de la santé, de la solidarité, et des personnes âgées.

Enquête démographique de santé 1995-1996. Cellule de planification et de statistique, direction nationale de la statistique et de l'informatique.

36. Jhobta RS, Attri AK, kaushik R.

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

37. Korner H, Sondenaa K, Soreide JA.

Perforated and non perforated acute appendicitis one disease or two entities?
Eur J surg .2001 Jul;167(7):525-30

38. Kuame B.

Aspects diagnostics, thérapeutiques et pronostiques des perforations du grêle de l'enfant à Abidjan Cote d'ivoire.
Bull Soc pathol Exot 2001; 94(5):379-82

39. Ongoiba N.

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati (abstraction faites des péritonites post opératoires).

These Med Bamako 1984; n°24

40. Jean YM, Jean LC.

Péritonite aiguë

Rev Prat (Paris) 2001 ; 51 :2141-45

41. Adesunkanmi A.

Acute Generalised peritonitis in African Children: Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score.

J surg 2003; 73(5):275-9

42. Cougard P, Barrat C.

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique

Ann Chir 2000; 125:726-31

43. Sakhri J.

Traitement des ulcères duodénaux perforés

Tunisie Medicale 2000; Vol 78, N° 08-09

44. Yeung K , Chang MS , Hsiao CP.

Appendicitis with CT (computed tomography)

Radiology. 2006 Dec; 241(3):780-6

45. Yoon DY, Chu J, Chandler C, Hiyama S.

No perforated versus perforated appendicitis: molecular serum marker for disease?

AM Surg. 2002 Dec; 68(12): 1033-7

46. Kuadio A.

Contribution à l'étude des péritonites appendiculaires à propos de 100 cas au CHU de Treichville

These Med Abidjan, 1980, n°686

47. Bouillot JL, Aouad K.

Péritonites appendiculaires : Abord coelioscopique ou abord classique ?

Med Chir Digest 1999 ; 28 : n°6

48. Walla JS et al.

Appendicectomies chez l'enfant sous coelioscopie opératoire à propos de 465 cas.

J chirurg 1991; 128: 306-312.

49. Barbier J, Carretier M.

Péritonite aiguës

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

50. Yena S, Sissoko F, Soumaré S.

Les péritonites appendiculaires : A propos de 39 cas

Mali Médical 1996 ; T10 : N° 3-4

51. Bruch HP, Woltmann A, Eckman C.

Surgical management of peritonitis and sepsis

Entralbl Chirurg 1999; 124:176-80

FICHE SIGNALIQUE

Nom : Camara

Prénom : Boubacar

Titre de la thèse : la péritonite par perforation appendiculaire

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : chirurgie générale et pédiatrique et les urgences chirurgicales.

Résumé :

L'absence d'étude sur les perforations appendiculaires nous a motivé pour ce travail. Le but de notre travail était d'étudier les spécificités de la perforation appendiculaire dans notre service.

Nous avons mené une étude rétrospective et prospective portant sur 137 patients reçus aux services de chirurgie générale, pédiatrique et au service des urgences chirurgicales du CHU de Gabriel Touré de 1999 à 2005.

Il s'agit de 110 hommes et de 27 femmes (sexe ratio= 4 homme pour une femme) dont l'âge moyen était de 22,5 ans avec un écart type de 14,2 ; des extrêmes allant de 1 à 75 ans.

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation (présente chez tous les nos patients).

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).

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

Tous les patients ont bénéficié d'une anesthésie générale.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,8 jours avec des extrêmes allant de 5 à 70 jours.

La morbidité a été dominée par les abcès de paroi ; avec une mortalité de 0,7%.

Le retard à la consultation et de référence constitue un facteur de morbidité et mortalité élevée.

Mots clefs : péritonite- perforation- appendice- chirurgie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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 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 leur père.

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.