

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2018- 2019

Thèse N °

THESE

APPENDICITES AIGUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE FANA

Présentée et soutenue publiquement le / / 2019 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Moussa DOUMBIA

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

JURY :

Président du Jury : Pr Alhassane TRAORE

Membre du Jury : Dr KASSOGUE André

Co-directeur de Thèse : Dr SAMAKE Youssouf

DOUMBIA Moussa
Directeur de Thèse : Pr Lassana KANTE

Thèse de médecine



**APPENDICITES AIGUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE
ET THERAPEUTIQUE AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE FANA.**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018– 2019

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Ousmane FAYE** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Dr. Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **Monsieur Harouna SIDIBE** – INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	SanSté Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie

Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Yeya Tiemoko TOURE	Entomologie médicale, Biologie cellulaire, Génétique
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama DIARRA	hysiologie

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Alou BA	Ophtalmologie (DCD)
Mr Bocar Sidy SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie (DCD)
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale (DCD)
Mr Moussa TRAORE	Neurologie (DCD)
Mr Yénimégué Albert DEMBELE†	Chimie Organique (DCD)
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie (DCD)
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie (DCD)
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie (DCD)
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie (DCD)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie (DCD)
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL (DCD)
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique (DCD)
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie (DCD)
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie (DCD)
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie (DCD)
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie(DCD)
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale (DCD)
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie (DCD)

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL, Chef de D.E.R
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale

Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cario-vasculaire
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation

Mr Tioukany THERA	Gynécologie Obstétrique
Mr Boubacar BA	Odonto-Stomatologie
Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr. Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr. Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie pédiatrique
Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie thoracique
Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie

Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-dento-faciale
Mr Ahmed BA	Prothèse dentaire
Mr Bougady COULIBALY	Prothèse dentaire
Mr abdoulaye KASSAMBARA	Odonto-Stomatologie
Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Youssouf SIDIBE	ORL
Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
Mr Amadou KOSSOGUE	Urologie
Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
Mr Mamadou Tidiani COULIBAL	Urologie
Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr Alkadri DIARRA	Urologie
Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
Mr Thierno DIOP	Anesthésie Réanimation
Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation

Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
Mr. Mahamadou Coulibaly	Anesthésie Réanimation
Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique
Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique
Mr Oumar WANE	Chirurgie dentaire
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale

2. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mme Lydia B. Sita	Stomatologie
-------------------	--------------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie

3. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
--------------------	----------------------------------

Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

4. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie
Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
Mme Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Ibrehima GUINDO	Bactériologie Virologie
Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/ Génomique
Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
Mr Saïdou BALAM	Immunologie
Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
Mr Karim TRAORE	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
Mr Djakaridja TRAORE	Hématologie
Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr. Moussa T. DIARRA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Cheick Oumar GUIINTO	Neurologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
-----------------------	------------------

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-phthisiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiodiagnostic imagerie médicale
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr Massama KONATE	Cardiologie
Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie

Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
Mr Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme Mariam SAKO	Cardiologie
Mme Djénéba SYLLA Nutrition	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
Mr Hourouma SOW	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Kadiatou DOUMBIA	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Sanra Déborah SANOGO	Hepato-Gastro-enterologie
Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Mamadou A. C CISSE	Médecine d'Urgence
Mr Seydou HASSANE	Neurologie
Mr Guida LANDOURE	Neurologie
Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mr Siritio BERTHE	Dermatologie

Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr Seydou SY	Néphrologie
Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mr Koniba DIABATE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Adama DIAKITE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Aphou Sallé KONE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mr Mamadou N'DIAYE	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mme Hawa DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Issa CISSE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ilias GUINDO	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Alassane KOUMA	Radiologie et imagerie Médicale

Mr Aboucar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie clinique
------------------------	----------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
------------------------	----------------

Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale
Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Yaya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
Mr Mohamed Moumine TRAORE	Santé communautaire
Mme N'Deye Lallah Nina KOITE	Nutrition
Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
Mr Bassirou DIARRA	Recherche opérationnelle
Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
Mme Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines
Mr Cheick O DIAWARA	Bibliothèques
Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire

Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mr Boubacar ZIBEIROU	Physique
Mr Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie Organique
Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Issa COULIBALY	Gestion
Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
 <u>ENSEIGNANTS EN MISSION</u>	
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Dieu, le tout puissant de m'avoir donné la santé et l'opportunité de réaliser ce travail.
Veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de vous servir.

Puisse votre lumière guider mes pas.

A son prophète Muhammad paix et salut sur lui.

A mon pays, le Mali,

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

Profond respect.

A mon père feu Bakary Doumbia,

Cher papa, qu'ALLAH le très miséricordieux te pardonne, t'accepte dans son paradis auprès du prophète Muhammad (paix et salut sur lui). Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, la morale et le respect de soi. Tu es pour moi un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait. Malheureusement cher père, tu m'as quitté trop tôt, nous regrettons ton absence en ce jour mémorable. La moindre chose que je puisse te faire aujourd'hui c'est d'implorer le pardon d'ALLAH, le PARDONNEUR, pour toi. Dors en paix, papa.

Que ton âme repose en paix !

A ma mère Bintou Traoré,

Tu as guidé mes premiers pas, tu t'es toujours sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation. L'amour et le soutien maternels ne nous ont jamais manqué. Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagné durant toutes mes études et ont fait de moi un homme fier d'être ton fils.

Malgré tes modestes moyens, tu n'as ménagé aucun effort pour me venir en aide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de reconnaissance et de mon amour indéfectible.

Amour indéfini.

A mes frères et sœurs (Zoumana, Madou, Doussou, Yah, Salimata et Aminata), merci pour votre esprit d'amour, de respect et de fraternité à mon égard. Ce travail constitue un trophée de plus en l'honneur de la famille.

Tendres affections.

A mon frère feu Drissa Doumbia et sa famille à Sébénikoro,

merci d'avoir été là même lorsque je me perdais dans mes raisonnements et que je baissais les bras, tu as été là pour penser, raisonner pour moi ; tu as partagé toutes mes émotions. J'aurais vraiment voulu que tu sois présent aujourd'hui pour voir ce que j'ai pu produire grâce à toi.

Que Dieu t'accueille dans son paradis !

Tendres affections.

REMERCIEMENTS

A mes frères, mentors, conseillés et modèles **Dr Koné Ousmane** et **Dr Camara Namory** : Vous avez généré en moi la confiance, le courage, l'espoir. Vous êtes ceux qui m'ont fait comprendre que je peux, par la grâce de Dieu, si je veux, vous m'avez fait confiance et vous m'avez soutenu ; ce travail et cet effort avec leurs résultats sont le vôtre.

Tendres pensées.

A mes amis Mahomet Traoré et Daba Coulibaly,

Durant toutes ces années, vous avez été plus que des amis pour moi. Ensemble, nous avons vécu des moments de galère et de joie.

Que Dieu nous aide à consolider notre amitié ! Ce travail est le vôtre.

Tendres pensées.

A ma colocataire Fanta Sidibé à Coulouba,

Tu as été comme une grande sœur pour moi. Très généreuse et très amusante, tels sont quelques caractères en toi que je pourrai jamais oublier.

Longue vie à toi et à toute ta famille !

Tendres pensées.

A tous mes amis de Tingolé, ce travail est le vôtre, j'aimerais qu'il vous serve d'exemple.

Tendres affections.

A toute la famille Doumbia de Tingolé, de Sébénikoro, de Samanko et partout ailleurs.

A Dr Keïta Sema, chef de service de Gynéco-obstétrique du CSRéf de Fana, Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.

Respect.

A tous les médecins du CSRéf de Fana : Dr Traoré Momine, Dr Guindo Tégue, Dr Haïdara Abdrahamane, Dr Traore Souleymane, Dr Sidibé Adama, Dr Dembélé Arouna merci pour vos conseils.

Respect.

A tout le personnel du Csref de Fana, Vous êtes si accueillants, respectueux et gentils qu'il sera injuste de ne pas vous donner une mention particulière ; à vos côtés j'ai appris beaucoup de choses, ça été un plaisir de travailler à vos côtés. Merci.

Reconnaissance.

A mes collègues internes du CSRéf de Fana (**Garba Guindo, Issa Diawara, Meydi Dembélé, Adama Koïta**).

A tout le personnel du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

A tous mes amis(es) et proches qui de loin ou de près m'ont soutenu. L'amitié n'a pas de prix. Je ne saurai vous remercier. Mon amitié pour vous sera votre récompense.

A La promotion feu Pr Bourahima Alwata : j'espère que le changement tant souhaité par nos maîtres sera au rendez-vous.

Soyez tous remerciés pour votre soutien.

Au responsable de la 9^{ème} promotion du Numéris clausus, feu **Bamory Koné**,

Dieu t'a précocement arraché à notre affection, mais sache que nous resterons unis derrière toi ici comme tu l'as toujours souhaité.

Nous ne t'oublierons jamais, repose-toi en paix !

Que la terre te soit légère

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Alhassane TRAORE

Maître agrégé de conférences à la FMOS,

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,

Spécialiste en chirurgie hépato-biliaire et pancréatique,

Membre de la société de chirurgie du Mali,

Membre de la société des chirurgiens d’Afrique francophone,

Membre de la société internationale de la hernie.

Cher maître,

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

Votre abord facile, votre esprit critique, votre rigueur scientifique associé à vos qualités humaines font de vous un maître respecté et admirable.

Veillez agréer, cher maître, l’expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et membre du jury

Dr KASSOGUE André

Anesthésiste-réanimateur et urgentiste,

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,

Membre de la société d'anesthésistes-réanimateurs et de médecine d'urgence du Mali (SARMU).

Cher maître,

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité à nos innombrables sollicitations, votre collaboration et la qualité des conseils donnés ont été d'un intérêt particulier.

Veillez recevoir notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Youssouf SAMAKE

Médecin chef du Csref de Fana

Spécialiste en Chirurgie générale

Praticien Hospitalier

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre, vous nous avez dirigés durant tout au long du travail sans ménager aucun effort.

Votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre dynamisme, votre simplicité, votre contact facile, votre dévouement nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Lassana KANTE

Cher maître, 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 très 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 toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATION :

ASP : Abdomen sans préparation

FID : Fosse iliaque droite

FIG : Fosse iliaque gauche

GEU : **Grossesse** extra utérine

CHU. : centre hospitalier universitaire

FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

HTA : Hypertension artérielle

USTTB : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako

TR : Toucher rectal

TV : Toucher pelvien

ASA : American society of anesthesiologists

Min : minute

H : heure

J : Jour

NFS : Numération formule sanguine

Pré op : Pré opératoire

Post op : Post opératoire

CSRéf : Centre de santé de référence

NB : Nota bene

Al : Alliés

CMDT : Compagnie malienne pour le développement des textiles

IEC : Information, éducation et communication.

NHA : Niveaux hydro-aériques

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PEC : Prise en charge

PEV : Programme élargie de vaccination

URENI : Unité de récupération nutritionnelle intégrée

USAC : Unité de soin, d'accompagnement et des conseils

SOMMAIRES

I.	Introduction.....	2-3
II.	Objectifs.....	5
III.	Généralités.....	7-24
IV.	Méthodologie.....	26-31
V.	Résultats.....	33-47
VI.	Commentaires et discussion.....	49-56
VII.	Conclusion.....	58
VIII.	Recommandations	60
IX.	Références bibliographiques.....	62-66
X.	Annexes.....	68-77

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'appendicite aiguë est une inflammation aiguë de l'appendice vermiculaire [1]. Elle constitue l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente ; sa réputation de pathologie bénigne n'était pas entièrement justifiée, car on meurt encore d'appendicite [1].

L'appendicectomie concernait 12 à 13% de la population dans les pays industrialisés de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de l'Australie en 1982 [1, 2].

En France elle représentait 26% des interventions chirurgicales digestives en 1982 [1]. Cependant l'appendicite n'est en cause que dans 60% de ces appendicectomies [1].

En Afrique noire, l'appendicite a été décrite comme rare [3, 4], mais des études d'auteurs ivoiriens ont montré qu'elle était l'une des urgences chirurgicales les plus fréquentes [5]. Parmi les interventions pratiquées en chirurgie viscérale à Abidjan (Côte d'Ivoire) en 1984, elle venait en tête avec 30,3% des interventions suivies de la péritonite 28,1% et la hernie étranglée 22,2% [6]

Au Nigeria elle représentait 38,9% des urgences chirurgicales dans une étude faite en 2004 [7].

Au Mali les premières études réalisées ont trouvé des fréquences hospitalières basses. Ainsi, en 2002, Coulibaly M a trouvé une fréquence hospitalière de 21,8% des interventions chirurgicales au service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré [8].

Konaté M a montré qu'en 2003, elle représentait 28,77% des urgences chirurgicales et 37,4% des abdomens aigus chirurgicaux [9].

Devant tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, il faut systématiquement penser à une appendicite dont le diagnostic méconnu ou opérée tardivement peut coûter la vie au patient ou pour le moins compliquer les suites opératoires [10].

Corinne V et al ont montré qu'un traitement par antibiotique seul conduit à une très forte proportion de péritonites, mais pourrait permettre d'éviter la chirurgie dans un certain nombre de cas [11]. Docteurs Malika A et al montrent qu'il y a 20% de récurrence en cas de traitement par antibiotique seul, donc que 80% des appendicites ne nécessitent pas d'appendicectomie [12].

Le traitement de l'appendicite est chirurgical, consistant en l'appendicectomie. Cette opération doit être réalisée sans délai après que le diagnostic ait été posé, afin d'éviter les complications (péritonite). La coelioscopie est de plus en plus répandue de nos jours, qui consiste à accéder à la cavité abdominale sans ouvrir la paroi abdominale.

Au CSRéf de Fana, aucune étude n'a été effectuée sur les appendicites aiguës ce qui explique le choix de cette étude.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL :

Etudier les appendicites aiguës dans le CSRéf de Fana.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence de l'appendicite aiguë au CSRéf de Fana.
- Décrire les signes cliniques et diagnostiques.
- Analyser les suites opératoires du traitement.
- Evaluer le coût du traitement.

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. RAPPELS ANATOMIQUES :

1-1. Embryologie [5, 13]

Le cæcum se développe aux dépens 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-colique, 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, détermine 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 ont été décrite la plus fréquente est la duplication appendiculaire. Dans ce cas, peuvent exister soit deux lumières appendiculaires avec deux muqueuses et une musculature commune, ou deux lumières rudimentaires.

1-2. Anatomie macroscopique [2, 13]

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 6 à 12 cm de longueur et 4 à 8 mm de diamètre. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (valve de Gerlach).

1-3. Anatomie microscopique [14, 15]

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

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

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

- la sous-muqueuse referme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait que l'appendice est considéré 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 et, chez le sujet âgé l'appendice se présente parfois comme une simple corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

1-4. Rapport de l'appendice [2, 15]

A cause de son union avec le cæcum, l'appendice présente avec les organes de voisinages des rapports qui diffèrent non seulement de sa situation par rapport au cæcum, mais aussi de sa position selon qu'elle soit « normale », haute ou basse.

1-4-1. Caecum et appendice en position dite « normale »

Celui-ci répond :

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

1-4-2. Caecum en position haute, l'appendice rentre en rapport avec le foie, la vésicule biliaire.

1-4-3. Caecum en position basse (appendice pelvien), l'appendice sera en rapport avec : la vessie, le rectum, l'utérus, la trompe, l'ovaire droit, le ligament large.

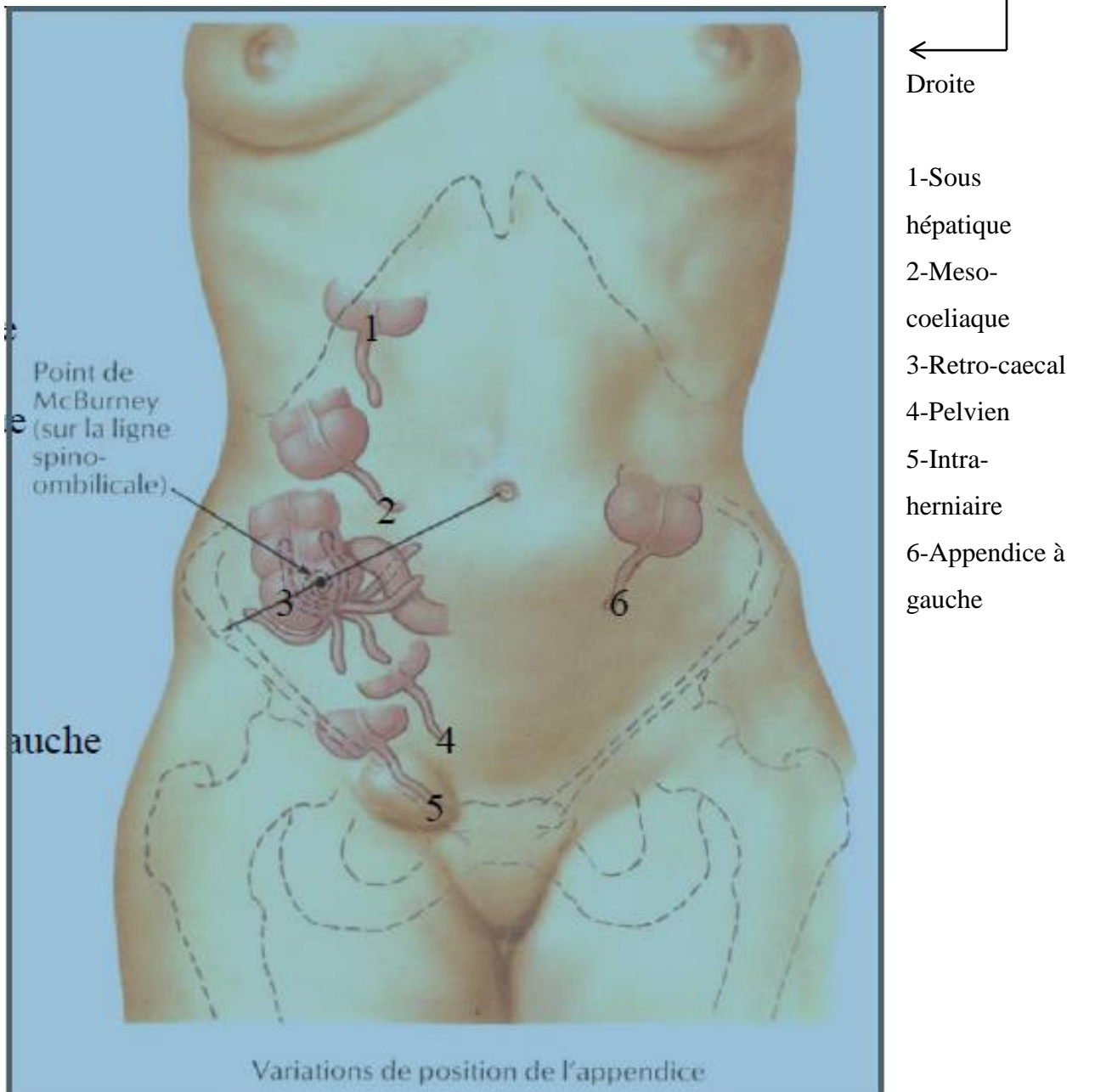
1-5. Anatomie topographique [13, 16]

Les variations de positions de l'appendice peuvent être secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique ou indépendante 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 poursuit en position pelvienne (30% des femmes). Une absence de rotation de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs invertus 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, méso-caeliaque (sus ou sous-iléale) pelvienne.

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

Figure 1 : Différentes positions de l'appendice [17]



1-6. Anatomie fonctionnelle [18, 5, 19]

La muqueuse appendiculaire est tapissée d'un revêtement glandulaire constitué essentiellement d'antérocytes. 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 qui referment d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes. Ces germes 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.

1-7. Vascularisation de l'appendice [1, 13]

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de l'artère iléocaeco-colique. Celle-ci croise ensuite, le bord libre du méso de l'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-caeco-colo-appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure.

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

1-8. Innervation de l'appendice :

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

2. PHYSIOPATHOLOGIE [5, 19]

Organe diverticulaire en rapport avec le contenu septique du caecum, l'appendice présente des prédispositions favorables à l'infection. Il contient 10⁶ à 10⁹ germes par gramme de selles.

Cette flore endoluminale est adhérente à la paroi appendiculaire. 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 à colibacille. Cette obstruction de la lumière appendiculaire peut être due non seulement à des corps étrangers ou des parasites; 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 progressive de la pression intraluminaire, laquelle en présence de la surinfection favorise :

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

3. ANATOMIE PATHOLOGIE [1, 5, 20]

On décrit des lésions de gravités croissantes :

L'appendicite catarrhale : l'appendice est hyperhémie avec un méso œdématié, des infiltrats de polynucléaires et des ulcérations de petite taille.

L'appendicite fibrineuse : l'appendice est œdématié avec des dépôts de fibrine.

L'appendicite phlegmoneuse : Il correspond à l'abcédation d'un ou de plusieurs follicules qui peuvent s'étendre à toute la paroi appendiculaire. L'appendice est turgescent, le méso épaissi, véritable abcès appendiculaire réalisant quelque fois un aspect en battant de cloche. Il existe des infiltrats leucocytaires de la paroi, la lumière est remplie de pus. La réaction pariétale est intense ; elle est de type séropurulent.

L'appendicite gangreneuse : l'œdème entraîne une thrombose vasculaire.

L'appendice est verdâtre avec des plages de sphacèles noirâtres. Il y a une nécrose appendiculaire localisée conduisant à la diffusion de l'infection ou à la perforation.

La réaction péritonéale est sous forme d'exsudat louche malodorant, résultant du développement de germes anaérobies.

Péritonites appendiculaires : Elles surviennent après perforation de l'appendice ; elles peuvent être généralisées ou localisées

L'appendicite peut survenir par :

3-1. Voie hématogène : la porte d'entrée étant située à distance, les germes atteignent l'appendice par le courant sanguin,

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

3-3. A partir de la lumière appendiculaire : c'est le mécanisme le plus fréquent, les germes responsables de l'infection étant ceux qui se trouvent dans la lumière colique voisine.

3-4. Etude bactériologique et parasitologique :

L'examen bactériologique effectué sur des pièces opératoires montre le plus souvent une flore bactérienne polymorphe. Cependant le colibacille y est généralement présent, même si on peut également y trouver des streptocoques, des staphylocoques, des protéus ainsi que des germes anaérobies tels que le clostridium perfringens et le bacillus funduliformis.

Parfois, on retrouve des parasites comme le schistosome ou l'oxyure.

4. CLINIQUE [18, 5, 21]

4-1. Type de description : forme typique d'un sujet de 30 ans.

La crise appendiculaire sur un appendice situé dans la FID réalise un tableau douloureux fébrile de la fosse iliaque droite.

4-1-1. Signes fonctionnels :

➤ La douleur :

C'est le principal signe de l'affection. Son début est rapidement progressif, rarement brutal. Il s'agit d'une douleur siégeant habituellement dans la fosse iliaque droite. Très souvent, la douleur débute au niveau de l'épigastre ou au niveau de l'ombilic (douleur liée à la distension de l'organe) ; elle se localise secondairement dans la fosse iliaque droite (irritation péritonéale).

Son intensité est modérée mais continue et lancinante.

A cette douleur, s'associe un état nauséux et parfois des vomissements.

La classique constipation n'a aucun intérêt diagnostic. Des troubles urinaires sont parfois retrouvés à type de dysurie ou de rétention d'urine.

4-1-2. Signes généraux :

- L'état général est conservé,
- le faciès est normal dans la forme franche aigue
- la température est discrètement élevée : 37,5°-38° C, rarement supérieure à 38°C,
- le pouls est parfois modérément accéléré
- la tension artérielle est normale

4-1-3. Signes physiques :

A l'examen, la palpation de la fosse iliaque droite retrouve une zone douloureuse, dans la région du point de Mac Burney qui siège à l'union du tiers externe et des deux tiers internes d'une ligne tracée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Tout peut se voir de la simple douleur provoquée à la défense pariétale des muscles de la fosse iliaque droite secondaire à l'irritation de la séreuse péritonéale par l'inflammation appendiculaire.

L'absence de défense doit conduire à mettre en doute le diagnostic de l'appendicite en position latéro-coecale (position normale) mais n'élimine pas pour autant une appendicite en position pelvienne ou retro-caecale.

La douleur de la fosse iliaque droite peut apparaître par décompression brutale de cette région : signe de Blumberg en faveur du diagnostic dans 50% des cas.

La douleur de la fosse iliaque droite peut apparaître également par compression de la fosse iliaque gauche : signe de Rovsing.

Douleur provoquée aux touchers pelviens :

Les touchers pelviens doivent être réalisés systématiquement. Ils réveillent souvent une douleur à droite dans le cul de sac de Douglas.

5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

5-1. Numération formule sanguine (NFS) : elle montre souvent une hyperleucocytose supérieure à 10000/mm³ globules blancs avec polynucléose [1,20]

5-2. Echographie abdominale : l'échographie abdomino-pelvienne peut aider au diagnostic dans les cas douteux.

La sémiologie échographique de l'appendicite a été bien précisée en différenciant des critères [1]

- Critères majeurs :

- o Diamètre appendiculaire supérieur ou égale à 8mm,

- o Image en cocarde à cinq couches à la coupe,

- o Abscès appendiculaire,

- o Stercolite appendiculaire,

- Critères mineurs :

- o Aspect en couche en coupe longitudinale,

- o Existence d'un liquide intraluminal,

- o Epanchement péri appendiculaire.

5-3. L'abdomen sans préparation :

Peut montrer un iléus paralytique ou des niveaux hydroaériques dans la fosse iliaque droite.

L'appendicite est également suspectée devant une grisaille, un

Stercolite dans la fosse iliaque droite [2, 20]

5-4. Le scanner abdominopelvien :

La tomodensitométrie est utile dans les diagnostics douteux et difficiles [2].

5-5. Le lavement baryte et radiographie pulmonaire :

Ces deux examens sont demandés surtout pour faire un diagnostic différentiel.

Les autres examens complémentaires demandés rentrent dans le cadre du bilan préopératoire.

6. COMPLICATIONS - EVOLUTION : [18, 5, 22]

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite entre 24 et 72 heures. C'est une urgence chirurgicale. L'abcès, le plastron et la péritonite appendiculaires sont des complications de l'appendicite catarrhale.

6-1. Péritonite purulente d'emblée généralisée [19, 22] :

Elle peut d'emblée inaugurer le tableau clinique : C'est la péritonite en un temps qui correspond à une perforation appendiculaire en péritoine libre. Celle-ci est caractérisée par une douleur vive dont le début est brutal, des signes infectieux sévères, et parfois des diarrhées et des vomissements.

L'examen physique met en évidence : un faciès septique, une température généralement supérieure à 38°5C, un pouls faible et fuyant, une défense généralisée voire une contracture abdominale prédominant dans la fosse iliaque droite. Les touchers pelviens retrouvent une douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Sur le plan biologique, on retrouve une hyperleucocytose.

L'ASP montre très souvent un iléus réflexe, des niveaux hydroaériques.

La péritonite putride par perforation d'un appendice est une forme particulièrement sévère de la péritonite purulente d'emblée généralisée.

6-2. Péritonite secondairement généralisée [1, 18, 22]

Le tableau clinique est le même que dans la forme précédente. Toute fois celui-ci survient après la phase d'accalmie d'une crise appendiculaire régressive plus ou moins typique : c'est « l'accalmie traîtresse » de Dieulafoy. Il y a formation d'un abcès appendiculaire qui peut se rompre secondairement dans la cavité péritonéale : péritonite en deux temps.

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

Les signes cliniques sont très marqués : douleur très vive, une température à 39°, une tachycardie, souvent arrêt de matières et de gaz. Il existe une hyperleucocytose, l'échographie peut montrer une agglutination des anses intestinales dans la FID ou une image liquidienne d'abcès. Cette tuméfaction peut se ramollir ultérieurement et l'abcès se rompt dans la grande cavité péritonéale : c'est la péritonite en trois temps.

6-3. Forme avec abcès à distance :

Ce sont essentiellement des appendicites qui s'accompagnent d'abcès hépatique. Il s'agit d'appendicites négligées ou qui ont été refroidies par des antibiotiques [1].

7. AUTRES FORMES CLINIQUES

7-1. Selon la localisation [17, 22] :

7-1-1. Appendicite pelvienne :

La position de l'appendice dans le petit bassin (plus fréquent chez la femme) va imprimer l'évolution des caractères particuliers et soulever des problèmes diagnostiques difficiles : la douleur est le plus souvent brutale, basse siégeant dans la région hypogastrique, elle s'accompagne de nausées, de fièvre avec une température supérieure à 38°C, les signes pelviens sont marqués par :

o Des troubles urinaires : dysurie, pollakiurie, parfois véritable rétention d'urine.

o Des signes rectaux : faux besoins, ténesme, diarrhée.

La fosse iliaque droite est indolore, la douleur provoquée à la palpation est médiane et hypogastrique.

Les touchers pelviens réveillent une douleur latéro-rectale droite.

Sur le plan biologique on trouve une hyperleucocytose.

L'échographie et le scanner abdominal sont d'un apport précieux pour le diagnostic.

7-1-2. Appendicite rétro-caecale :

La position de l'appendice au contact du psoas explique la symptomatologie : Les douleurs sont postérieures parfois lombaires avec un psoïtis : Le malade se présente en position antalgique (flexion de la cuisse), l'extension de la cuisse entraîne une augmentation des

douleurs. A l'examen de la fosse iliaque droite, la main palpe un coecum distendu. Les signes discrets peuvent correspondre à des lésions importantes.

A l'examen on retrouve une douleur au contact de la crête iliaque droite lorsque le malade est incliné sur le côté gauche. Cette forme pose un problème de diagnostic différentiel avec une infection urinaire ou une colique néphrétique. L'UIV d'urgence peut trancher.

7-1-3. L'appendicite méso-cœliaque :

L'appendicite est ici en position centrale dans l'abdomen. A l'examen les signes sont péri-ombilicaux. L'agglutination des anses grêles autour du foyer infectieux appendiculaire peut entraîner une occlusion fébrile.

Le diagnostic se fait le plus souvent en peropératoire.

7-1-4. L'appendicite sous hépatique :

L'appendicite sous hépatique simule la cholécystite aiguë.

L'échographie, qui retrouve des voies biliaires normales sans calcul, fera suspecter le diagnostic et poser l'indication opératoire.

7-1-5. L'appendicite dans la FIG :

Elle survient en cas de mal rotation du grêle (mésentère commun), et correspond à un situs-inversus.

La radiographie pulmonaire ou l'ASP aide à poser le diagnostic.

7-1-6. L'appendicite intra-herniaire :

Dans cette forme rare l'appendice inflammatoire se situe dans le sac herniaire, elle simule une hernie étranglée.

7-2. Selon le terrain [18, 19, 22] :

7-2-1. L'appendicite du nourrisson :

L'appendicite du nourrisson est exceptionnelle. Elle est caractérisée par sa gravité (50% de mortalité avant l'âge de 6 mois), liée à sa rapidité d'évolution et à son retard diagnostique. On retrouve une gastro-entérite fébrile avec une température atteignant souvent 39°C. Des

troubles hydro-électrolytiques, parfois l'absence de défense ou de contracture abdominale amènent un retard dans le diagnostic.

7-2-2. Appendicite de l'enfant :

Chez l'enfant, la crise appendiculaire est plus ou moins typique, la fièvre peut être révélée entre 39° et 40° ou, au contraire, absente. La diarrhée est fréquente, le tableau peut ressembler à une indigestion avec vomissements ou pneumonie.

La douleur peut siéger dans la fosse iliaque droite ou dans l'épigastre. Elle est parfois péri-ombilicale intense ou discrète. L'examen clinique est pauvre et l'évolution se fait rapidement vers les complications péritonéales. Cette rapidité empêche souvent la formation du plastron. Il peut y avoir une brève période d'accalmie avant l'apparition d'une péritonite généralisée : c'est l'accalmie « traîtresse » de DIEULAFOY. Le polymorphisme des symptômes et la difficulté de l'examen physique rendent les examens complémentaires nécessaires notamment l'échographie, la radiographie pulmonaire, l'ASP.

7-2-3. Appendicite toxique de Dieulafoy :

Elle est caractérisée par une altération de l'état général, faciès infectieux, pouls accéléré, syndrome hémorragique. Ce tableau contraste avec la pauvreté des signes physiques. La fièvre peut être à la fois absente ou élevée et la diarrhée remplace la constipation. Cette forme se voit chez l'enfant [22].

7-2-4. Appendicite du vieillard :

L'appendicite du vieillard est une affection grave. La mortalité est de 10% en rapport avec le terrain. La fréquence d'autres pathologies associées à cet âge confère à l'affection une complexité toute particulière. Le retard diagnostique est lié au caractère sournois de l'évolution : simple endolorissement iliaque droit, anorexie, constipation. La température et la leucocytose sont souvent normales, l'examen est pauvre. L'évolution aboutie à un syndrome pseudo occlusif, ou pseudo tumoral ou à une occlusion fébrile.

7-2-5. Appendicite de la femme enceinte :

Pendant le premier trimestre, la difficulté du diagnostic vient du fait que les vomissements peuvent être considérés comme d'origine gravidique. Les signes de la palpation ne sont pas en général perturbés. Pendant le troisième trimestre la difficulté vient du fait que les signes de la

palpation sont modifiés par la présence de l'utérus gravide, la douleur est hautement située et la défense moins nette.

L'échographie semble dans ce cas utile au diagnostic.

8. DIAGNOSTIC POSITIF [19, 22]

Le diagnostic positif de l'appendicite est clinique et/ou para clinique. Une douleur de la FID associée à un état nauséux, des vomissements, une fébricule. A l'examen physique, une douleur, voire une défense dans la FID, est en faveur de l'appendicite. Les examens complémentaires sont demandés dans les cas douteux.

Le diagnostic d'appendicite impose l'appendicectomie en urgence et un examen histologique de la pièce opératoire.

9. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [18, 21, 22]

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

9-1. Les affections médicales :

- Paludisme,
- Pleuro pneumopathie de la base droite
- Hépatite à la phase pré ictérique,
- Affections urinaires : pyélite, colique néphrétique,
- Adénolymphite mésentérique,
- Affections rhino-pharyngées,
- Maladies éruptives,
- Parasitoses : ascaridiose, oxyurose,
- Affections gynécologiques : salpingites, GEU, kystes ovariens, douleur d'ovulation, endométriose.

9-2. Affections chirurgicales :

- Cholécystite aiguë,
- Perforation d'un ulcère gastroduodéal,
- Diverticule perforé du côlon droit,
- Sigmoidite,
- Maladie de Crohn,

- Péritonite par perforation typhique,
- Cancer du caecum chez le vieillard.

10. TRAITEMENT

10-1. But :

Le but du traitement est d'éviter l'évolution vers les formes graves et compliquées.

10-2. Moyens – Méthodes :

- Méthodes médicales : Antalgiques, en postopératoire et dans les cas de plastron appendiculaire ;
- Antibiothérapie dans les cas d'infection générale, d'abcès et de plastron appendiculaire,
- Méthodes chirurgicales : l'intervention a lieu sous anesthésie générale.

La Voie d'abord peut se faire à ciel ouvert (incisions de Mac Burney, Jalaguier, Fuller-Weir) ou par coelioscopie.

10-3. Techniques [18, 21, 22] :

Appendicite aiguë non compliquée : l'appendicectomie s'effectue classiquement par incision de Mac Burney, qui peut être agrandie en cas de nécessité. A l'ouverture du péritoine on prélève éventuellement du liquide pour une analyse cyto bactériologique. Le méso de l'appendice est sectionné à sa base. Le moignon appendiculaire est bien désinfecté ou cautérisé. Certains auteurs pratiquent l'enfouissement systématique du moignon appendiculaire. Ils soutiennent que cette pratique l'isole de la cavité péritonéale, tout en diminuant le risque infectieux et celui des brides. D'autres, au contraire, condamnent cette pratique. Pour eux, la nécrose du moignon se faisant en vase clos, entraînerait la pullulation des germes qui favorise la perforation du bas fond caecal. L'intervention comporte un certain nombre de gestes qui sont d'autant plus nécessaires que l'appendice est peu remanié :

- vérification des annexes chez la femme,
- vérification de la dernière anse grêle (maladie de Crohn),
- vérification du mésentère à la recherche d'une Adénolymphite,

- déroulement des 70 derniers centimètres du grêle à la recherche d'un diverticule de MECKEL,

- la pièce opératoire doit toujours être adressée au laboratoire d'anatomo-pathologie pour examen histologique. Les suites opératoires sont habituellement simples : lever le lendemain, reprise de l'alimentation progressivement à 24 heures, sortie entre le 3ème et le 5ème jour. Le premier pansement se fera au 5ème jour et l'ablation des fils au 8ème jour postopératoire.

Abcès appendiculaire :

En cas d'abcès appendiculaire, il faut pratiquer une évacuation drainage de la collection par voie iliaque droite associée à une antibiothérapie. 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 3 à 6 mois après.

Plastron appendiculaire :

Son traitement est médical :

Perfusion de solutés physiologiques, diète totale, vessie de glace, antalgique, antibiothérapie.

Si les troubles disparaissent totalement, l'appendicectomie sera réalisée 3 à 6 mois plus tard. Mais s'ils persistent, il faut faire un drainage des collections péri-appendiculaires et une antibiothérapie. L'appendicectomie dans l'immédiat est difficile et dangereuse avec risque de fistule digestive.

Péritonite généralisée :

Les lésions imposent en règle générale une voie d'abord large, le plus souvent une laparotomie médiane. L'intervention doit comporter une toilette péritonéale soignée et complète avec prélèvement de pus pour examen bactériologique, l'éradication du foyer infectieux et l'appendicectomie. Un drainage large de la fosse iliaque droite et du cul-de-sac de Douglas est nécessaire. Cette intervention sera complétée par des mesures de réanimation pré-per-postopératoire jusqu'à la reprise du transit.

Coeliochirurgie

L'intervention est faite sous anesthésie générale. L'optique est introduite par un trocart au niveau de l'ombilic. L'hémostase du méso de l'appendice est faite par coagulation ou par ligature. La ligature et la section de la base de l'appendice peuvent être faites en intra péritonéale ou extra péritonéale. Selon des auteurs on retrouve ses avantages chez la jeune femme [23, 24].

Elle permet une exploration de la sphère gynécologique afin d'éviter un certain nombre d'appendicectomies abusives. Chez l'obèse cette technique évite une voie chirurgicale large avec risque d'éventration. En cas de péritonite généralisée, elle permet de faire un toilettage péritonéal complet. Elle réduit la formation d'adhérences, donc le risque d'occlusion sur bride. Ces inconvénients sont les troubles circulatoires notamment l'embolie gazeuse, l'hypothermie peropératoire, l'hypercapnie qui peuvent être évités ou contrôlés par une technique rigoureuse [23].

11. RESULTATS ET PRONOSTIC

11-1. Complications postopératoires [5, 25, 26] :

- o Abscess de paroi : il est fréquent. Une asepsie rigoureuse permet de diminuer considérablement sa fréquence.
- o Abscess du cul-de-sac de Douglas : il s'observe vers le 8ème et le 10ème jour avec des troubles de transit, le TR retrouve un bombement du Douglas. Un drainage chirurgical s'impose pour éviter une fistulisation spontanée ou une rupture dans le péritoine.
- o Syndrome du 5ème jour : après des suites opératoires simples, on assiste au 5ème jour à une réacension de la courbe thermique, une douleur abdominale associée à des signes subocclusifs. L'ASP peut montrer des niveaux hydroaériques dans la fosse iliaque droite. Ce tableau correspond à un foyer minime résiduel au niveau du moignon appendiculaire. Il peut guérir spontanément ou nécessiter parfois une ré intervention.
- o Péritonites postopératoires : elles sont le plus souvent dues à un lâchage du moignon appendiculaire, une nécrose de la paroi caecale fragilisée, une toilette péritonéale insuffisante. Ces péritonites sont localisées ou généralisées, leur diagnostic est difficile dans un contexte postopératoire.

Elles exposent à une septicémie, un choc toxi-infectieux et à l'insuffisance rénale aiguë. Une réintervention en urgence s'impose.

o Occlusions postopératoires : les occlusions postopératoires peuvent être dues à un foyer infectieux résiduel : il s'agit le plus souvent d'un iléus prolongé (agglutination d'anses) qui disparaît sous traitement médical sinon l'intervention est nécessaire de crainte de laisser évoluer une occlusion mécanique. Les occlusions « sur bride » peuvent survenir plusieurs années après appendicectomie.

o Les fistules caecales, l'hémopéritoine et les complications thromboembolique sont rares.

o Les éventrations : ce sont des séquelles pariétales postopératoires surtout chez les patients obèses. Leur réparation est chirurgicale.

o Mortalité postopératoire : la mortalité postopératoire est faible lorsque l'appendicectomie est faite de façon précoce [1, 27].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective.

2. Période d'étude

C'est une étude allant de Novembre 2017 à Octobre 2018

3. Lieu d'étude :

Cette étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du centre de santé de référence de Fana.

3-1. Situation Géographique :

A. La commune de Fana

Le Guégnéka (zone à laquelle appartient Fana) fut une entité historique vassale de l'ancien royaume bambara de Ségou. Cette entité couvrait le territoire de l'ex-arrondissement de fana.

Le mot guégnéka serait une déformation de « goué-nièka » qui se traduit par « sur le côté droit de goué ». Goué était une place forte sur la rive gauche du fleuve Niger à la hauteur de l'actuelle ville de Ségou. Le guégnéka serait donc un pays en amont de goué sur la rive droite du fleuve Niger et éloigné des berges.

La ville de Fana chef-lieu de l'actuelle commune rurale fut fondée vers 1754 par deux frères Coulibaly, chasseurs venus de BENDOUGOU – NIAMANA (actuel cercle de Bla). Ils auraient demandé et obtenu l'hospitalité du village de Ballan qui était jadis localisé dans le Guégnéka. La ville de Fana tirerait son nom de celui du plus jeune des deux frères qui s'appelait « Fanakoro » et qui fut plus célèbre que son aîné « Niama ». C'est vers les années 1776 que vint s'installer avec les frères Coulibaly l'ancêtre des TRAORE répondant au nom de Binaba et qui est originaire de kan fana (Actuel cercle de Sikasso). Les COULIBALY et les TRAORE cohabitent pacifiquement. Ils se partagent alternativement la chefferie du village. Il arriva un moment où n'ayant plus d'hommes en âge de briguer le poste dans leur famille, les Coulibaly laisseront définitivement la chefferie aux TRAORE. Cette situation demeure jusqu'à nos jours.

Le District Sanitaire de Fana est limité :

- au nord et à l'Est par la préfecture de Barouéli ;
- à l'ouest par la préfecture de Kati ;
- au sud – Ouest par la zone sanitaire de Dioila ;
- au Sud – Est par la préfecture de Koutiala et Bla ;

- au Sud par la préfecture de Sikasso.

Il a une superficie estimée à 7 319 km² répartie entre 168 villages officiels. Avec un climat de type soudano-sahélien caractérisé par une alternance entre une saison sèche répartie entre une période froide (de mi-novembre à mi-mars avec des températures minimales variant de 12 à 14°C) et une période chaude allant de mi-mars à juin avec des températures maximales variant entre 39 et 43°C et une saison pluvieuse s'étendant de juin à mi-novembre.

Le district sanitaire est séparé en deux par le fleuve Baoulé, il est limité au sud et au Sud-Est par le fleuve Banifing. L'aire de Diébé (Zone de Fana) est séparée de l'aire de Banco (zone de Dioila) par le fleuve Bagoé.

En dehors des fleuves ils existent de nombreux petits cours d'eau qui entravent beaucoup le déplacement pendant l'hivernage parmi lesquels on peut citer :

- Le Damankô traverse la commune du nord-est au sud-ouest
- Le Djidian traverse la commune guégnéka du nord au sud sur 21km ;
- Le Bankorokô traverse la commune d'Est à l'Ouest sur 11km ;
- Le Kôba traverse la commune du sud-ouest au sud sur 4km ;

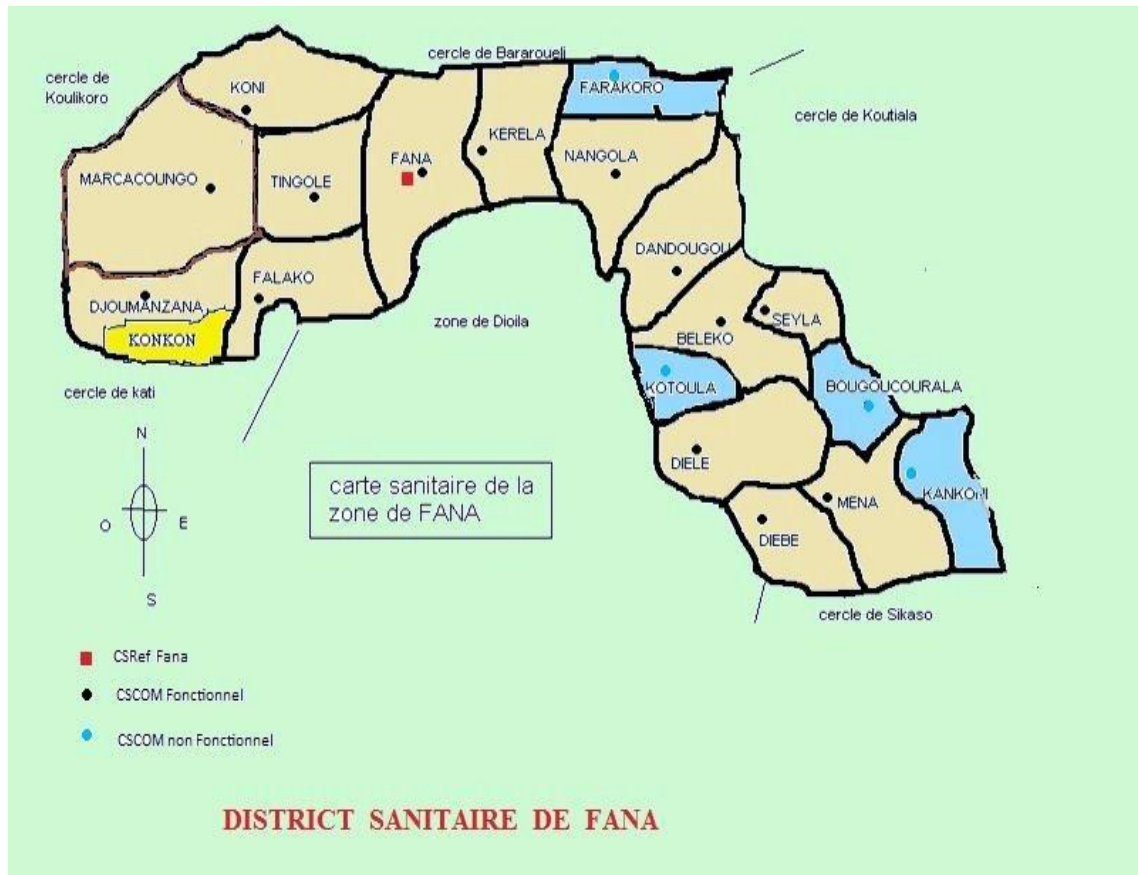


Figure 2 : Cartographie du district sanitaire de Fana

B. Population, ethnies et phénomènes migratoires

La population du District est estimée à 302043 Habitants (RGPH 2009 actualisée), soit 36 habitants au km². Les Bambara sont les chefs traditionnels pour la plus part des localités. Traditionnellement ils sont agriculteurs et /ou chasseurs. Ils sont secondés par les peuhls descendants d'anciens peuhls éleveurs transhumants du Wassolo. Sur le plan relation sociale, il n'existe pas une distinction entre les ethnies en ce qui concerne le travail collectif. La relation qui les unit est la solidarité en toute circonstance. Des tensions sont souvent enregistrées entre les agriculteurs et les éleveurs à propos des champs. C'est une zone d'immigration à cause de l'exploitation du coton et du tabac, la compagnie malienne pour le développement des textiles (CMDT) avec ses saisonniers forment un flux migratoire très important. Dans toute la zone ils existent des interdits alimentaires (totems) en fonction de l'ethnie, de la famille et de la religion. Pour une grande partie des populations, la maladie est perçue comme un mauvais sort. Ceci fait que le guérisseur ou le marabout du village est en général le premier recours avant de s'en référer aux soins dits modernes. Cette perception est très fréquente chez les analphabètes.

Avec l'extension de la couverture sanitaire, les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la disponibilité des médicaments essentiels, cette perception a beaucoup changée, en témoigne la construction de trois Centre de santé communautaire (CSCOM) dans la zone sur fonds propre par les communautés. Les premiers symptômes sont en général considérés comme de simples troubles passagers, le cas n'est considéré comme maladie que quand le malade est impotent ou ne s'alimente plus.

La population est fortement croyante. Elle est répartie entre différentes confessions religieuses. Même si l'Islam est la religion prédominante, les autres fois comme le christianisme et l'animisme ont droit de citer. La langue la plus parlée est le Bamanan.

La commune de Guégnéka est le chef-lieu de la sous-préfecture de Fana.

L'administration est organisée comme suit :

Au niveau des sous-préfectures, le sous-préfet conseille les collectivités territoriales décentralisées et contrôle leurs activités. Le conseil de cercle, structure mandatée par les conseils communaux, est le premier interlocuteur de la préfecture et des services préfectoraux. Le conseil communal est l'instance d'exécution des activités de développement à la base en conformité avec les politiques de l'état.

3-2. Description du centre de santé de référence de Fana :

Le district sanitaire de Fana est composé d'un centre de santé de référence et 20 centres de santé communautaires fonctionnels. A côté de ces structures, il existe une infirmerie de la CMDT, deux cabinets de soins à fana, une infirmerie confessionnelle a Béléco, 4 cabinets médicaux à fana, une clinique médicale à Marka-coungo, cinq officines privées et un dépôt de vente.

Le CSRéf dispose d'une unité des urgences, d'une unité de médecine, d'une unité de chirurgie, d'une unité d'odontologie, d'ophtalmologie et d'otorhinolaryngologie, d'une unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC), d'une unité d'URENI et prise en charge (PEC) pédiatrique, d'une unité de laboratoire, d'une unité de radiologie, un service d'hygiène assainissement, une unité de programme élargie de vaccination (PEV), une unité de bloc opératoire, un bloc d'administratif, un bloc de magasin, de deux dépôts de vente, une cantine, une morgue, un bloc de maternité.

Le CSRéf a pour personnel médical :

- 4 médecins spécialistes,
- 6 médecins généralistes,
- 7 infirmiers d'Etat,
- 4 infirmiers assistants,

- 5 sages-femmes,
- 1 pharmacien pour l'USAC,
- 2 techniciens en pharmacie et
- 1 infirmier assistant en anesthésiste-réanimateur

4. Elaboration de la fiche d'enquête

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs.

Elle comprend quatre parties :

- Données socio-administratives,
- Données cliniques,
- Données paracliniques,
- Données sur le coût de la prise en charge.

5. Population d'étude :

Les malades venaient d'eux-mêmes ou étaient adressés par d'autres formations sanitaires de l'arrondissement de Fana ou du cercle de Dioïla. Le recrutement concernait les malades des deux sexes et de tout âge.

5-1. Critères d'inclusion : Sont inclus dans cette étude :

Les patients opérés pour appendicites aiguës confirmées macroscopiquement en per opératoire ou par histologie.

5-2. Critères de non-inclusion : Sont exclus de cette étude les plastrons **refroidis** non opérés durant notre période d'étude et les appendicites opérées en dehors du CSRéf de Fana.

5-3. Méthodes :

Tous les malades à l'admission, ont bénéficié d'un examen clinique complet. Au terme de cet examen, le diagnostic d'appendicite aiguë a été posé chez certains et d'autres ont eu besoin d'un examen d'imagerie de confirmation. Comme examen biologique, la vitesse de sédimentation a été demandée à tous les patients. L'examen anatomo-pathologique a été réalisé sur quelques-unes des pièces opératoires.

Les patients ont bénéficié d'une hospitalisation postopératoire d'environ 3 jours.

Les interventions chirurgicales ont été dirigées par un chirurgien généraliste qui décidait de la technique opératoire.

- Les complications ont été recherchées au lit du malade pendant la période d'hospitalisation.
- A la sortie, le suivi était fait en ambulatoire sur une période de 30 jours environs à la recherche de complications tardives.

5-4. Les variables :

Nous avons étudié les variables suivantes :

- Variables sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence.
- Examen clinique : signes généraux, signes fonctionnels, signes physiques.
- Examens complémentaires : échographie, bilan biologique.
- Traitement : technique, suites opératoires.

5-5. Saisie et Collecte des données :

Les supports utilisés étaient :

- Une fiche d'enquête
- Les dossiers des malades
- Les registres d'anesthésie.

5-6. Gestion des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 25.0 et Epi info 6.0
Les tests de comparaison statistique utilisés sont le Khi2 et P avec un seuil de signification $p < 0,05$.

Le traitement du texte a été effectué sur le logiciel Windows 10 intégral Word et Excel 2016.

RESULTATS

V. RESULTATS

A-Fréquence :

Au cours de notre période d'étude, au CSRéf de Fana, allant de novembre 2017 à octobre 2018, 13471 consultations ont été effectuées, 584 interventions chirurgicales réalisées, dont 141 abdomens aigus chirurgicaux, soit un taux de 24,1% de ces urgences chirurgicales. Nous avons recensé 70 cas d'appendicites qui ont représenté 12% des interventions chirurgicales, 49,7% des urgences chirurgicales digestives.

Tableau I : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales.

Abdomen aigu	Effectif	Pourcentage
Appendicites	70	49,7
Péritonites	58	41,1
Syndromes occlusifs	10	7,1
Traumatismes abdominaux	3	2,1
Total	141	100

Les appendicites ont représenté 49,7% des urgences chirurgicales abdominales.

B- Données sociodémographiques :

Tableau II: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âges

Tranche d'âges	Effectif	Pourcentage
00-10	4	6,0
11-20	30	43,0
21-30	19	27,0
31-40	3	4,0
41-50	8	11,4
>50	6	8,6
Total	70	100

La tranche d'âge de 11 à 20 ans a été la plus représentée avec 43%.

L'âge moyen était de 26,33 ans avec des extrêmes de 6 et 68 ans. Ecart type = 14,96.

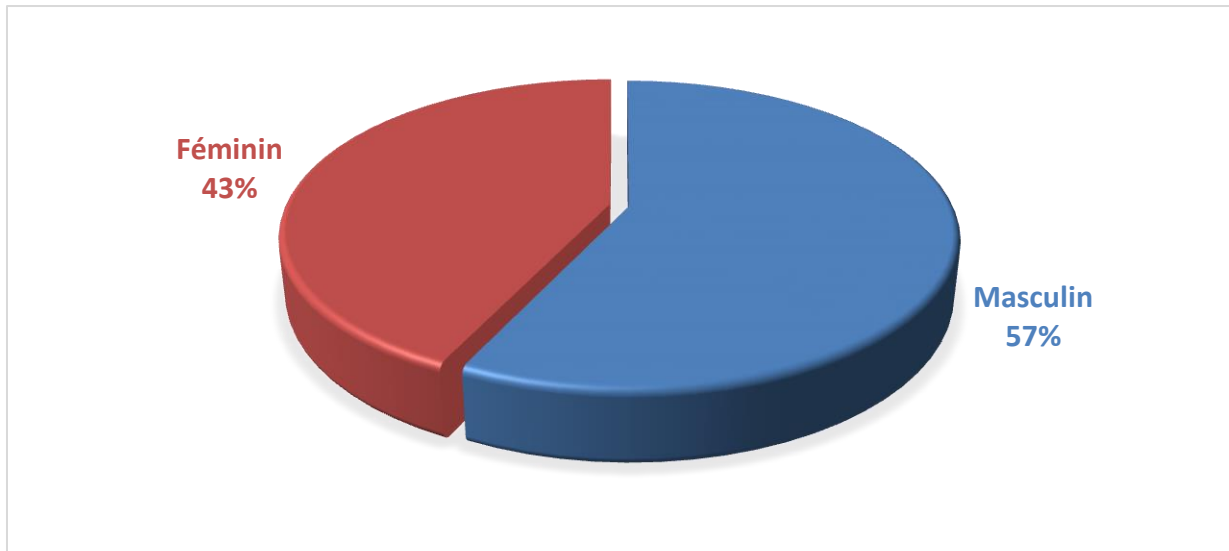


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de sexe

Le sexe-ratio a été de 1,33.

C- Clinique :

Tableau III : Répartition des patients en fonction du mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Urgence	39	56,0
Consultation non urgente	31	44,0
Total	70	100

56% de nos patients sont admis en urgence.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du mode d'installation de la douleur

Mode d'installation	Effectif	Pourcentage
Brutal	33	47,0
Progressif	37	53,0
Total	70	100

Le mode d'installation a été progressif chez 53% des patients.

Tableau V : Répartition en fonction du siège de la douleur au début.

Siège de la douleur au début	Effectif	Pourcentage
Epigastre	6	8,6
Péri-ombilical	15	21,4
FID	31	44,0
Indéterminé	2	3,0
Autres	16	23,0
Total	70	100

La douleur a commencé dans la FID chez 44% des patients.

Autres : FIG, flanc droit, hypochondre droit, pelvis.

Tableau VI : Répartition en fonction du siège définitif de la douleur.

Siège définitif de la douleur	Effectif	Pourcentage
FID	56	80,0
Pelvis	6	8,6
Flanc droit	3	4,3
Hypochondre droit	1	1,4
Hypochondre gauche	1	1,4
Autres	3	4,3
Total	70	100

La FID a été le siège définitif de la douleur chez 80% des patients. Autre : diffus

Tableau VII : Répartition en fonction du type de la douleur.

Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Brûlure	7	10,0
Piqûre	51	72,9
Pesanteur	11	15,7
Crampe	1	1,4
Total	70	100

La douleur était à type de piqûre chez 72,9% des patients.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de l'évolution de la douleur.

Evolution de la douleur	Effectif	Pourcentage
Permanente	19	27,1
Intermittente	51	72,9
Total	70	100

La douleur a été intermittente chez 72,9% des patients.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de vomissements.

Vomissements	Effectif	Pourcentage
Absents	41	58,6
Présents	29	41,4
Total	70	100

Les vomissements ont été absents chez 58,6% de nos patients.

Tableau X : Répartition en fonction des troubles du transit.

Troubles du transit	Effectif	Pourcentage
Constipation	14	20,0
Diarrhée	5	7,1
Alternance constipation-diarrhée	5	7,1
Absents	46	65,8
Total	70	100

65,8% des patients n'ont pas eu de trouble du transit.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des signes associés.

Signes associés	Effectif	Pourcentage
Pas d'autres signes	8	11,4
Vomissements	29	41,4
Diarrhée	5	7,1
Fièvre et vomissements	18	25,8
Autres	10	14,3
Total	70	100

Les vomissements ont été le principal signe associé chez 41,4% des patients.

Autres : nausée, dysurie, brûlure mictionnelle

Tableau XII : Répartition en fonction de la durée d'évolution de la maladie.

Durée d'évolution de la maladie	Effectif	Pourcentage
0-24heures	36	51,4
24-72heures	21	30,0
>72heures	13	18,6
Total	70	100

La maladie a évolué chez 51,4% des patients durant 24heures environ.

Tableau XIII : Répartition en fonction du traitement reçu avant l'admission.

Traitement reçu avant l'admission	Effectif	Pourcentage
Antalgique	60	85,7
Antalgique + Antibiotique	1	1,4
Aucun	9	12,9
Total	70	100

85,7% des patients avaient déjà pris des antalgiques avant leur admission.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du traitement traditionnel.

Traitement traditionnel	Effectif	Pourcentage
Oui	34	48,6
Non	36	51,4
Total	70	100

48,6% des patients ont préalablement pris des médicaments traditionnels.

Tableau XV : Répartition en fonction des ATCD médicaux.

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	4	5,7
Asthme	2	2,9
Absents	64	91,4
Total	70	100

91,4% de nos patients n'ont pas d'antécédent médical connu.

Tableau XVI : Répartition en fonction des ATCD chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Opéré	8	11,4
Non opéré	62	88,6
Total	70	100

88,6% de nos patients n'ont aucun antécédent chirurgical.

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des troubles urinaires.

Troubles urinaires	Effectif	Pourcentage
Absents	61	87,1
Dysurie	5	7,1
Brûlure mictionnelle	4	5,8
Total	70	100

87,1% des patients ne se sont plaint d'aucun trouble urinaire.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la classification ASA.

Classification ASA.	Effectif	Pourcentage
ASA1	64	91,4
ASA2	6	8,6
Total	70	100

91,4% de nos des patients ont été classés ASA1.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de la température.

Température	Effectif	Pourcentage
Normale (36,4-37,5°C)	4	5,7
Fébricule (37,6-38,5°C)	63	90,0
Fièvre (>38,5°C)	3	4,3
Total	70	100

90% de nos patients avaient de la fébricule.

Tableau XX : Répartition en fonction de la défense dans la FID.

Défense dans la FID	Effectif	Pourcentage
Oui	46	65,7
Non	24	34,3
Total	70	100

65,7% de nos patients présentaient la défense dans la FID.

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de la masse dans la FID.

Masse dans la FID	Effectif	Pourcentage
Oui	1	1,4
Non	69	98,6
Total	70	100

98,6% de nos patients n'ont pas présenté de masse dans la FID.

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des différents signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Signe de Blumberg	64	91,4
Signe de Psoïtis	36	51,4
Signe de Rovsing	13	18,6
Douleur à droite dans le cul de sac de Douglas aux touchers pelviens	40	57,1

Le signe de Blumberg et la douleur à droite dans le cul de sac de Douglas aux TP ont été respectivement : 91,4% et 57,1%.

Tableau XXIII : Répartition en fonction du résultat de la vitesse de sédimentation (VS)

Vitesse de sédimentation	Effectif	Pourcentage
Normale	17	24,3
Elevée	53	75,7
Total	70	100

La VS était élevée chez 75,7% des patients.

Ses valeurs normales :

- Avant 50 ans :

VS est inférieure à 15mm/h chez l'homme et à 20mm/h chez la femme,

- Après 50 ans :

VS est inférieure à 20mm/h chez l'homme et à 30mm/h chez la femme.

Tableau XXIV : Répartition en fonction des examens d'imageries médicales

Examens d'imageries médicales	Effectif	Pourcentage
Echographie	12	17,1
ASP	1	1,4
Aucun	57	81,4
Total	70	100

17,1% des patients ont bénéficié d'un examen échographique et 1,4% d'un ASP.

Tableau XXV : Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation préopératoire.

Durée d'hospitalisation préop (en heure)	Effectif	Pourcentage
0-6	58	82,9
7-12	3	4,2
13-24	9	12,9
Total	70	100

82,9% des patients ont été opérés durant les six premières heures.

La durée moyenne était de 4,63 heures avec des extrêmes de 1 et 16 heures.

D- Diagnostic :

Tableau XXVI : Répartition en fonction du diagnostic préopératoire

Diagnostic peropératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite aiguë non compliquée	65	92,9
Abcès appendiculaire	5	7,1
Total	70	100

L'appendicite aiguë non compliquée a représenté 92,9% deS diagnostics préopératoires.

E- Traitement :

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Incision au point de Mac Burney	69	98,6
Jalaguier	1	1,4
Total	70	100

98,6% de nos patients ont bénéficié de l'incision au point de Mac Burney.

Tableau XXVIII : Répartition en fonction de la durée de l'intervention.

Durée de l'intervention	Effectif	Pourcentage
0-30 min	51	72,9
31-60 min	18	25,7
>1h	1	1,4
Total	70	100

Plus de la moitié des interventions n'ont pas dépassé 30 minutes.

Tableau XXIX : Répartition en fonction du diagnostic per opératoire.

Diagnostic per op	Effectif	Pourcentage
Appendicite aiguë	67	95,7
Abcès appendiculaire	3	4,3
Total	70	100

Le diagnostic de l'appendicite aiguë a été maintenu chez 95,7% de nos patients en per opératoire.

Tableau XXX : Répartition en fonction de l'aspect macroscopique de l'appendice.

Aspect macroscopique	Effectif	Pourcentage
Catarrhal	60	85,7
Phlegmoneux	4	5,7
Gangrené	4	5,7
Perforé	2	2,9
Total	70	100

L'aspect macroscopique de l'appendice a été catarrhal dans 85,7% des cas.

Tableau XXXI : Répartition en fonction du siège de l'appendice.

Siège de l'appendice	Effectif	Pourcentage
Normal (FID)	50	71,4
Sous hépatique	3	4,3
Pelvien	12	17,1
Retro-caecal	5	7,1
Total	70	100

L'appendice a été retrouvé dans sa position normale chez 71,4% de nos patients.

Tableau XXXII : Répartition en fonction du traitement post opératoire.

Traitement post opératoire	Effectif	Pourcentage
Antalgique + mono-antibiothérapie + réhydratation	67	95,7
Antalgique + bi-antibiothérapie + réhydratation	3	4,3
Total	70	100

95,7% des patients ont bénéficié de mono-antibiothérapie plus antalgique et réhydratation.

Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction des suites opératoires sur 10 jours.

Suites opératoires sur 10 jours	Effectif	Pourcentage
Simples	68	97,1
Infection de paroi	2	2,9
Total	70	100

97,1% des patients ont eu des suites opératoires simples.

Tableau XXXIV : Analyse de complications.

Variables	Suites simples	Suppuration de paroi
Age moyen	26,68	14 Ecart type=10,60
Appendicite catarrhale	59	1
Flegmon appendiculaire	4	0
Abcès appendiculaire	2	1
Durée moyenne d'hospitalisation post opératoire	3,2 j	7j Ecart type=4,24
Coût moyen de la prise en charge	68808,46f CFA	77400f CFA Ecart type=3111,26

Le séjour post opératoire long et le coût élevé de la prise en charge étaient liés aux complications post opératoires.

Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction du résultat de l'examen anatomo-pathologique.

Résultats de l'examen anatomo-pathologique.	Effectif	Pourcentage
Appendice sain	1	2,6
Appendicite aiguë non spécifique	32	84,2
Appendicite aiguë ulcérée	2	5,2
Appendicite aiguë nécrotique avec des plages de cellules nécrotiques	3	8,0
Total	38	100

L'appendicite aiguë non spécifique a été la plus fréquente avec 84,2%.

Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation post opératoire.

Durée d'hospitalisation post opératoire	Effectif	Pourcentage
1-5	68	97,1
6-10	2	2,9
Total	70	100

La tranche de durée de 1 à 5 jours a été la plus représentée avec 97,1%.

La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire a été de 3,33 jours avec des extrêmes de 1 et 10 jours.

F- Le coût :

Tableau XXXVII : Le coût direct.

Kits	Prix
Kit d'appendicectomie + acte opératoire	45000
Kit anesthésique	15000
Examens complémentaires	4500
Total	64500

Le coût direct s'élevait à 64500f CFA.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction du coût de la prise en charge

Coût de la prise en charge (en f CFA)	Effectif	Pourcentage
0 à 65000	1	1,4
>65000	69	98,6
Total	70	100

Le coût total de la prise en charge s'est élevé à plus de 65000f CFA chez 98,6% de nos patients.

Le coût moyen s'est élevé à 69053,93 avec des extrêmes allant de 16500 à 87200f CFA.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Etude prospective : nous avons vu, examiné et participé à toutes les interventions chirurgicales de nos malades. Le diagnostic d'appendicite n'a pas toujours été posé par un chirurgien spécialiste en chirurgie viscérale.

Diagnostic préopératoire :

Certains aspects de la prise en charge de nos malades avant leur référence ont posé de difficultés diagnostiques.

. La prescription d'antalgique,

. L'antibiothérapie,

La prescription d'antalgique et d'antibiotique ont donné des formes d'appendicites décapitées, ceux-ci pouvaient rendre parfois le diagnostic difficile, donc retarder la prise en charge.

Les examens anatomopathologiques n'ont pas été réalisés sur toutes les pièces opératoires en raison de la distance et du manque de moyen.

2. Fréquence :

Tableau XXXIX : Fréquence de l'appendicite selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Fréquences	Test statistique
David D et al, 2001 Centrafrique [28]	285	42,3	p = 0,25
POUDJOUYOU. B, 2015 Mali [5]	72	52,17	p = 0,74
DIALLO. B, 2009 Mali [2]	120	56,07	p = 0,45
Notre étude	70	49,6	

L'appendicite aiguë occupe le 1er rang des urgences chirurgicales au centre de santé de référence de Fana. Notre taux de 49,6% concorde avec ceux de David D et al [28] (42,3%), de POUDJOUYOU. B [5] (52,17 %) et de DIALLO B [2] (56,07%). Selon Patel, cette incidence élevée de l'appendicite par rapport aux autres urgences serait liée à des facteurs alimentaires, des parasitoses intestinales, des infections par contiguïté (annexite) [29].

3. Sexe :

Tableau XL : Sexe-ratio selon les auteurs.

Auteurs	Sexe-ratio
Tchangai et al [30], Lomé,2016	1,42
Pearl [31], USA, 1995	1,43
DJIBRILLA. I [1], Mali, 2008	1,12
Notre étude	1,33

Plusieurs auteurs ont effectivement recensé plus d'hommes que de femmes dans leurs séries [1, 30, 31], mais Silew ne considère pas le sexe comme un facteur de risque [32].

Le sex-ratio de notre étude est comparable à ceux rapportés par Tchangai [30], Pearl [31] et DJIBRILLA. I [1].

4. Age :

Tableau XLI : Age moyen selon les auteurs.

Auteurs	Age moyen
Hale et col [27], USA, 1997	23,0 ans
Tchangai et col [30], Lomé, 2016	24,7 ans
DJIBRILLA. I [1], Mali, 2008	24,43 ans
Notre étude	26,33 ans

L'appendicite est une pathologie des sujets jeunes. L'âge est un facteur très important dans la survenue de l'appendicite aiguë [13].

Son incidence augmente à partir de 4 ans pour atteindre son maximum entre 20 et 30 ans (Becker [24]).

5. RESULTATS :

5-1. CLINIQUE :

5-1-1. Signes fonctionnels :

Tableau XLII : Signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	DJIBRILLA. I [1], Mali, 2008	Pearl [31], USA, 2003	Notre étude
Douleur dans la FID	81,4% $P = 0,83$	96% $P = 10^{-6}$	80,0%
Vomissements et / ou nausée	51,4% $P = 0,39$	66% $P = 0,20$	58,6%
Diarrhée	7,1% $P = 1$	6,3% $P = 0,97$	7,1%
Constipation	15,3% $P = 0,14$	21% $P = 0,35$	25,7%

Le diagnostic de l'appendicite aiguë reste clinique.

La douleur maître symptôme précède les autres signes (nausées vomissements, fièvre, constipation, diarrhée).

Ces symptômes sont notés dans les différentes séries à des taux différents [1, 31].

Le siège de la douleur dans l'appendicite est classiquement la FID. Cette localisation de la douleur a été retrouvée dans la grande majorité des cas par certains auteurs [24, 28].

Cependant les variations anatomiques de la position de l'appendice peuvent être à l'origine d'une autre localisation de la douleur.

Les troubles digestifs peuvent toujours accompagner la douleur dans l'appendicite.

Nous avons trouvé les vomissements dans 58,6 % des cas.

Ce taux est comparable à ceux rapportés par DJIBRILLA. I [1], 51,4% et Pearl [31], 66%.

Dans la littérature les vomissements sont retrouvés dans au moins 30% des cas [34, 35]

La fréquence élevée des vomissements chez nos malades pourrait s'expliquer parfois par l'ingestion de médicaments traditionnels. La diarrhée et la constipation ont représenté respectivement des taux de 7,1% et 20% chez nos malades. Pour d'autres auteurs [35] le transit paraît normal dans 50% des cas et n'a pas un grand intérêt diagnostique.

5-1-2. Signes physiques et généraux :

Tableau XLIII : Signes physiques et généraux selon les auteurs.

Auteurs	KONATE. M [9], Mali, 2003	David. D et al [28], RCA, 2001	Notre étude
Fièvre	80%	78%	90,0%
Défense FID	90%	80%	65,7%
Signe de Blumberg	-	-	91,42%
Signe de Psoïtis	-	-	51,42%
Signe de Rovsing	-	-	18,6%
Douleur aux touchers pelviens	95%	41%	57,14%

Selon la littérature [19] trois signes physiques sont essentiels au diagnostic de l'appendicite :

- La douleur provoquée dans la fosse iliaque droite,
- La défense dans la fosse iliaque droite,
- La douleur aux touchers pelviens.

La défense pariétale de la fosse iliaque droite due à l'irritation de la séreuse péritonéale par l'inflammation constitue un signe capital en faveur du diagnostic de l'appendicite. Son absence mettrait en doute le diagnostic de l'appendicite en position latéro-caecale mais n'élimine pas pour autant une position pelvienne ou retro-caecale ou sous hépatique de l'appendice [33]. Nous l'avons retrouvée dans 65,7% des cas. Il existe une différence statistiquement significative aux valeurs rapportées par les différentes séries [9, 28] $\text{Khi}^2=4,27$ $p=0,00360$.

Cela pourrait s'expliquer par l'admission tardive de nos patients et la prise d'antalgique avant leur admission.

L'absence de la fièvre n'exclut pas le diagnostic ; mais si elle est présente, il s'agit d'une fébricule [24].

La douleur aux touchers pelviens : est un signe qui doit être systématiquement recherché même si son absence ne signifie pas toujours que l'appendice est sain [33].

Il s'agit d'une douleur située à droite dans le cul de sac de Douglas au TR et/ou TV.

Elle a été observée chez 57,14% de nos malades. Ce taux est statistiquement supérieur aux 41% de David [28] $\chi^2=50,76$ $p=0,000001$ et inférieur aux 95% de KONATE. M [9] $\chi^2=2,10$ $p=0,00059$.

La défense de la fosse iliaque droite et la douleur aux touchers pelviens sont des signes physiques essentiels dans le diagnostic de l'appendicite. Ces deux signes ont été notés à des taux différents selon les auteurs [9, 36]. Ces différences pourraient être dues à l'automédication d'une part et d'autre part au fait que les malades nous consultaient tardivement.

D'autres signes physiques peuvent être mis en évidence pour mieux éclairer le diagnostic positif. Il s'agit du signe de Blumberg : c'est une douleur apparaissant à la décompression brutale de la fosse iliaque droite. Il a été noté dans 91,42% chez nos malades. Dans la littérature, ce signe apparaît dans 50% des cas et évoque le diagnostic chez l'homme [35]. Le signe de Rovsing est une douleur apparaissant dans la fosse iliaque droite par compression de la fosse iliaque gauche. Il a été observé chez nos malades dans 18,6% des cas, mais dans la littérature aucune valeur n'est attribuée à ce signe dans le diagnostic de l'appendicite [19].

Nous avons trouvé le psoïtis dans 51,42% des cas. Dans la littérature ce signe est rapporté à un taux de 10% [19].

Nous avons trouvé une masse dans la fosse iliaque droite dans 1,4% des cas. Elle correspondait à un cas d'abcès appendiculaire.

5-1-3. Examens para cliniques :

Le diagnostic de l'appendicite est essentiellement clinique, néanmoins nous avons eu à demander des examens complémentaires.

-A défaut de l' NFS, nous avons pu réaliser la VS chez tous nos patients.

-L'échographie abdomino-pelvienne : elle constitue un examen de choix dans notre contexte.

Dans 12 cas nous avons réalisé une échographie qui avait objectivé des signes en faveur d'une appendicite (épaississement de la paroi appendiculaire, épanchement, lame de sérosité péri-appendiculaire).

-L'ASP : est aussi un moyen de diagnostic des cas douteux, nous l'avons demandé chez un patient dont le diagnostic était équivoque malgré une échographie en faveur d'une appendicite ; il a permis de confirmer le diagnostic avec comme signe : présence d'un niveau hydro-aérique dans la FID.

5-2. Traitement

5-2-1. Voie d'abord

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. La voie d'abord dans les appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney.

Tous nos malades ont bénéficié d'une appendicectomie à ciel ouvert. Nous avons pratiqué dans 98,6% des cas d'appendicite sans complication a une incision de Mac Burney contre 85,6% dans une série européenne [37].

L'incision de Mac Burney sans section des muscles est en soit un abord mini invasif. Elle ne permet qu'une exploration limitée de la cavité abdominale.

La coelioscopie n'existant pas dans notre CSRéf, nous n'avons pas réalisé d'appendicectomie par voie laparoscopique.

Selon certains auteurs, l'abord coelioscopique aurait comme avantage :

- o La diminution des complications pariétales,
- o La diminution de la douleur postopératoire,
- o La diminution de la durée d'hospitalisation [38]

5-3. Le siège de l'appendice :

Tableau XLIV : Fréquence du siège de l'appendice selon des auteurs.

Auteurs	VALLA [36], France, 1991	COULIBALY. M [8], Mali, 2002	Notre étude
Siège appendice			
FID	77%	86,8%	71,4%
Sous hépatique	3%	1,4%	4,2%
Retro-caecal	12%	5,4%	7,1%
Pelvien	6%	6,4%	17,1%

De l'ombilic au fond du Douglas d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout [40]. Les variations de la position peuvent être soit secondaire à une migration anormale du caecum lors de sa rotation embryologique soit indépendante de la position du caecum [19]. La FID a été le principal siège de l'appendice chez nos malades.

Notre taux de 71,4% est comparable aux 77% obtenus par VALLA [36] $\text{Khi}^2=0,28$ $p=0,594765$, et inférieur aux 86,8% de COULIBALY. M [8] $\text{Khi}^2=6,83$ $p=0,009031$. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible taux de notre échantillon.

Dans la littérature l'appendice est en situation rétro-caecale dans 5% des cas [40].

La situation sous-hépatique a été retrouvée dans 4,2% chez nos malades, ceci est comparable aux 3% de VALLA [36] $\text{Khi}^2=1,67$ $p=0,19$ et supérieur au 1,4% de COULIBALY. M [8].

Nous avons trouvé l'appendice pelvien dans 17,1% des cas, ce taux est statistiquement supérieur aux 6% de Valla [36] $\text{Khi}^2=0,93$ $p=0,01186$, aux et 6,4% de COULIBALY. M [8].

Dans la littérature l'appendice est pelvien dans 30% des cas [8].

5-4. Aspect macroscopique de l'appendice :

Tableau XLV : Aspect macroscopique de l'appendice selon des auteurs.

Auteurs	FRANCOIS [41], France, 1991	COULIBALY. M [8], Mali, 2002	Notre étude
Aspects macroscopiques			
Catarrhal	23,0%	43,2%	85,7%
Phlegmoneux	-	38,6%	5,7%
Gangrené	5,5%	3,2%	5,7%
Perforé	5,5%	9,5%	2,9%

L'appendice avait un aspect macroscopique pathologique dans tous les cas.

Le maximum de cas est représenté par l'aspect catarrhal avec 85,7%, ce qui est supérieur aux 23% de FRANCOIS [41] et aux 43,2% de COULIBALY. M

[8] pendant qu'il représente 71% chez MALVY [42].

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les malades ont été immédiatement pris en charge chez nous.

La constatation de l'appendice apparemment sain macroscopiquement soulève le double problème de sa concordance avec l'absence des lésions histologiques et de la décision qui en découle de réaliser ou non l'appendicectomie [43]. Le risque de retirer un appendice sain est identique à celui de laisser en place un appendice pathologique quand il s'agit d'endo-appendicite caractérisée par des lésions minimales de la muqueuse et de la sous muqueuse. Ainsi CACIOPPO (USA, 1989 [44]) voulant éviter des appendicectomies inutiles opéra des formes évoluées de l'appendicite. Son taux de mortalité passa de 5% en 1980 à 15% en 1986. Des auteurs [45] remarquent qu'on pratique plus d'appendicectomie en France qu'en Angleterre où on opère plus de lésions suppurées.

L'évolution est imprévisible : les plus instruits ont souvent été trompés et les abstentionnistes ont perdu plus de malades que les opérateurs du premier jour [39]. Il n'y a pas de parallélisme anatomo-clinique [16].

5-5. Les suites opératoires :

Tableau XLVI : Les suites opératoires après appendicectomie selon les auteurs.

Auteurs	POUDJOUGOU. B [5], Mali, 2015	Mungadi [7], Nigeria, 2005	Notre étude
Taux de morbidité	8,33%	14,7%	2,9%
	P = 0,29	P = 0,01	
Taux de mortalité	0,0%	1,6%	0,0%

L'infection de paroi présente dans notre série les causes de morbidité.

Notre taux de morbidité de 2,9% est statistiquement inférieur à celui de Mungadi : 14,7% (p=0,01) et comparable à celui de POUDJOUGOU. B : 8,33% (p=0,29)

Cette différence pourrait être liée aux mesures d'accompagnement des malades au bloc et à l'hospitalisation.

Le pronostic de l'appendicite est bon. Des auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,16% [23, 7]. Notre taux de mortalité de 0% est comparable à celui rapporté par POUDJOUGOU. B [5].

5-6. La durée d'hospitalisation :

Tableau XLVII : La durée moyenne d'hospitalisation.

Auteurs	Durée moyenne d'hospitalisation
Pearl, 2003, USA [31]	2
Mungadi [7] 2004, Nigeria	6
DJIBRILLA. I, 2008, Mali [1]	3
Notre étude	3

La différence observée dans les différentes séries pourrait être en corrélation avec les complications post opératoires.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente au CSRéf de Fana.

Son diagnostic est essentiellement clinique. L'imagerie peut être utile dans les formes atypiques. La douleur dans la FID, la fièvre, les troubles digestifs, la douleur aux touchers pelviens ont été les principaux signes cliniques.

Sa morbidité, bien que faible, était surtout liée à la suppuration de la plaie.

Le coût moyen de la prise en charge s'est élevé à 69053,93.

RECOMMANDATIONS

I. RECOMMANDATIONS

Nous recommandons :

- A la population :

1 - Eviter l'automédication

2 - Consulter immédiatement devant toute douleur abdominale aiguë.

- Aux autorités sanitaires du pays :

1- Former de façon continue les agents de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

2- Former en nombre suffisant des spécialistes en chirurgie viscérale, en réanimation et en radiologie.

3- Améliorer les plateaux techniques des centres de santé de référence.

4- Promouvoir des mutuelles de santé.

- Au personnel sanitaire :

1 - Référer les malades dans les meilleurs délais

2 - Renforcer la collaboration interdisciplinaire.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

II. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Djibrilla I.

Aspects epidemio-cliniques et therapeutiques des

Appendicites aiguës a l'hopital de gao a propos de 70 cas traites chirurgicaleme. Thèse de Médecine, USTTB, Bamako 2008, N°74 p4.

2. DIALLO B.

Appendicites aiguës au service de chirurgie « a » de l hopital fousseini daou de kayes : aspects epidemio-cliniques et therapeutiques (à propos de 120 cas). Thèse de Médecine, USTTB, Bamako 2008, N° 208, p4-5

3. CARAYON A.

Nouvelle enquête sur l'appendicite chez l'africain à propos de 500 cas. In Dakar; 1962. p. 672-83.

4. CARAYON A et al.

Enquête complémentaire sur l'appendicite chez l'africain, réflexion sur un milieu de cas. In Dakar; 1968. p. 696-8.

5. POUDJOUYOU B.

Appendicites aiguës: aspect épidémioclinique et thérapeutique au CS Réf-CI. Thèse de Médecine, USTTB, Bamako, 2015, p : 17-18.

6. EHUAS.F

Appendicites et appendicectomie en milieu africain à propos de 825 cas

Th. Méd. Abidjan : Cocody ; 1984. N° 485, p20

7. Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP. A review of appendicectomy in Sokoto, North-western Nigeria. Niger J Med J Natl Assoc Resid Dr Niger. sept 2004;13(3):240-3.

8. COULIBALY. M.

Appendicites aiguës dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, USTTB, Bamako, 2002, N° 44, p : 16

9. KONATE. M.

Urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, USTTB, Bamako, 2003, N° 215, p11

10. MABIALA B, PANDZOU N, KOUTABA E, GANGA-ZANDZOU S, SENGA P.

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au chu de brazzaville (congo) Thèse de Médecine, Faculté de médecine de Brazzaville, 2006, p : 69.

11. Vons C et al.

Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of a cute uncomplicated appendicitis : an open- label, non-inferiority, randomised controlled trial. Art Lancet, France, 2011 ; 377 : 1573-1579

12. Malika A et al.

Appendicectomie mortelle : un chirurgien émet des hypothèses. Art Le Quotidien du médecin, Nov 2014, France, 214-16.

13. DIAKITE S.

Appendicectomie sous coelioscopie dans le service de chirurgie « a » du chu du point g. Thèse de Médecine, USTTB, Bamako, 2011, p : 24.

14. Bhasin SK, Khan AB, Vijay K, Sharma S.

Vermiform appendix. Art, Inde, p65. 2007;9(4):4.

15. SAMAKE AB.

Prise en charge des appendicites dans le service de chirurgie 'a' du c.h.u du point-'g' de 1998 à novembre 2010 Thèse de Médecine, USTTB, Bamako, 2011, p13-16.

16. MAIGA IE.

Etude epidemio-clinique et aspect therapeutique des appendicites aiguës a l'hopital nianankoro fomba de segou. Thèse de Médecine, USTTB, Bamako, 2009, N° 09, p15.

17. FRANK. H. NETTER.

Atlas humain anatomie 3e édition, Paris masson 2006, p : 58.

18. KOUMARE AK, TRAORE IT, ONGOIBA N, TRAORE AKD, SIMPARA D, DIALLO A.

Les appendicites a bamako. Médecine Afrique Noire. Art, Bamako, 1993 ; 40(4) : 259-62.

19. ROHR S, LANG H, MEYER C.

Appendicite aiguë. Art, Paris ; 1999. p. 11.

20. PAULIN F.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'enfant au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAGO. Thèse de Médecine, Faculté des sciences de la santé de Ouagadougou, 1997, p : 29.

21. LUMBROSO JR, ROSSANT L.

Appendicite de l'adulte - Symptômes et traitement. Rev Doctissimo, France, 2018, p : 102-04

22. DELATTRE JF.

Appendicites aigue et ses complications diagnostiques, traitement. Impact internat 1997 ; 956.

23. GARCIA JC.

Gargouillement de la fosse caecale. J Chir, 1989 ; 1 : 630-32.

24. BECKER G, GOINER H, SOREIDE JA.

Stability in incidence of acute appendicitis: a population based longitudinal study. Dig Surg 2001 ; 18 : p16.

25. Guerriri M, Baldarelli M, Crosta F, Marconi M, Rimini M, Organetti L, et al. [Appendectomy: laparoscopic or « “open approach” »?]. Minerva Chir. févr 2005 ; 60(1) : 47-54.

26. GUIVARC H, BENHAMIDAF H.

L'appendicite franche aiguë du sujet jeune. Ses risques évolutifs diagnostic et traitement. Rev Prat 1976 ; 9 : 17.

27. Hale DA, Molloy M, Pearl RH, Schutt DC, Jaques DP.

Appendectomy: a contemporary appraisal. Ann Surg. mars 1997 ; 225(3) : 252-61.

28. 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.

29. Patel J.C:

Pathologie chirurgicale, éd. Masson, Paris 1978, p99.

30. Tchangai B, Alassani F, Amavi K, Attipou K.

Appendicectomie coelioscopique versus appendicectomie par laparotomie: étude comparative des coûts hospitaliers à la charge du patient. J Rech Sci L'Université Lomé. 1 janv 2016 ; 18(4) : 457-462-462.

31. Pearl RH, Hale DA, Molloy M, Schutt DC, Jaques DP. Pediatric appendectomy. J Pediatr Surg. févr 1995 ; 30(2) : 173-8 ; discussion 178-181.

32. SILEW S et al.

Appendicite aiguë TR Harrison principe de médecine interne. 5ème édition française, Masson 1992 ; 245 p1298-99.

33. Testart. J J.

Laparotomies blanches en urgence de 1950 à 1980. Ann chir 1993 ; 47(4) : 320-25.

34. GROSS P et al.

L'appendicite de l'enfant. Rev Prat 1992 ; 42 : 711-714

35. ASSOCIATION UNIVERSITAIRE DE RECHERCHE EN CHIRURGIE. Les syndromes douloureux aigus de l'abdomen. Etude prospective multicentrique. Presse Méd 1981 ; 10 : 3771 – 3773.

36. VALLA J S et al.

Appendicectomies chez l'enfant sous coelioscopie opératoire à propos de 465 cas. J chir 1991 ; 306-12.

37. Francois GF, Giuly J.

Etude de cinq mille trente quatre appendicectomies. Résultats. E-Mémoire de l'académie nationale de chirurgie 2006 ; 5 (1) : 61-70.

38. Ohene YM, Togbe B. -Ohene Yeboah M, Togbe B et al

Appendicite et appendicectomie à Kulassi, Ghana. Etude rétrospective à propos de 638 cas à l'hôpital de Kompo ; Ghana J Med. 2006 Avr – Juin ; 25 (2) : 138-43. 2006 ; 25(2) : 138-43.

39. MONDOR. H.

Diagnostics urgent/Abdomen. Masson 9^{ème} édition 1979 ; 55 : p184.

40. CONDON. R E.

Acute appendicitis; surgical treatment of digestive disease. In: Years book medical publisher Chicago. Chicago; 1986. p. 615-32.

41. FRANCOIS. Y et al.

Etude prospective d'un score prédilection d'appendicite dans les douleurs de la fosse iliaque droite. Gastroenterol clin biol 1991 ; 15 : 794-799

42. MALVY. P et al.

Analyse statistique et réflexion à propos de 2845 appendicites opérées en 5 ans.

Bordeaux Med 1982 ; 15 : 207-216.

43. Grunewald B, Keating J.

Should the « normal » appendix be removed at operation for appendicitis? J R Coll Surg Edinb. juin 1993 ; 38(3) : 158-60.

44. Cacioppo JC, Diettrich NA, Kaplan G, Nora PF.

The consequences of current constraints on surgical treatment of appendicitis. Am J Surg. 1 mars 1989 ; 157(3) : 276-80.

ANNEXES

X. ANNEXES

1- FICHE DE SIGNALISATION

Nom : DOUMBIA

Prénom : Moussa

Titre de la thèse : Aspects diagnostique et thérapeutique des appendicites aiguës au centre de santé de référence de Fana.

Secteur d'intérêt : Chirurgie du centre de santé de référence de Fana.

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2019

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

RESUME

Nos objectifs étaient :

- De déterminer la fréquence,
- De décrire les signes cliniques et diagnostiques,
- D'analyser les suites opératoires du traitement et
- D'évaluer le coût du traitement.

Méthodologie : une étude prospective allant de novembre 2017 à octobre 2018 a été menée pour analyser les aspects diagnostique et thérapeutique des appendicites aiguës au CSRéf de Fana, et les résultats obtenus ont été ensuite comparés avec ceux rapportés des autres pays.

Notre étude a porté sur 70 patients. Les pièces opératoires (appendices enlevés) de 54,2% des patients ont été mises dans du formol dilué à 10% et envoyées au laboratoire d'anatomie pathologie de Bamako (CHU POINT-G).

L'examen anatomopathologique a retrouvé un appendice sain dans 2,6% des cas.

La durée d'hospitalisation post-opératoire a été de 3 jours en moyenne.

Nous avons enregistré 2 cas de complications (suppuration pariétale) soit 2,9%. Aucune complication tardive n'a été notée. L'échographie abdominale n'a été qu'examen d'appoint et c'est ainsi que 12 patients ont bénéficié de cet examen soit 17,1%. Nous n'avons pas enregistré de décès comparativement aux taux bas (0,1 et 0,25%) signalés en Europe.

Le coût moyen de la prise en charge a été de 69, 053,93f CFA.

CONCLUSION : L'appendicite aiguë occupe le premier rang des urgences chirurgicales abdominales au CSRéf de Fana.

Le sex-ratio est en faveur du sexe masculin. Le diagnostic est principalement clinique

Les complications post opératoires sont très généralement les suppurations de paroi.

Mots clés : Appendicites aiguës, Aspects diagnostique, Thérapeutiques.

2- FICHE D'ENQUÊTE

A- Données administratives

1. N° fiche...../___/___/

2. N° dossier...../___/___/

3. Date de consultation/___/___/

4. Nom et prénom.....

5. Age en ans/___/___/

6. Sexe...../___/

1= Masculin 2= Féminin

7. Profession/___/

1= Elève et étudiant 2= Commerçant 3= Fonctionnaire 4= Sans emploi 5=Autres 6= cultivateur

a. Si autres, à préciser.....

8. Adresse

9. Contact à Fana.....

10. Nationalité

11. Adressé (e) par/___/

1=venu de lui-même 2=médecin 3=infirmier 4=étudiant

12. Provenance

13. Ethnie

14. Mode de recrutement/___/

1=urgence 2= consultation normale

15. Date d'entrée

16. Durée d'hospitalisation pré opératoire (en jours)...../___/

17. Durée d'hospitalisation post opératoire/___/___/

18. Durée totale d'hospitalisation/___/___/

B- Motifs de consultation

19. Début de la douleur...../___/

1=brutale 2=progressif 3=autres 4= indéterminé

19a. Si autres, à préciser

20. Siège de la douleur au début...../___/___/

1=épigastre 2= péri ombilicale 3=FID 4=autre 5= indéterminé

20a. Si autre, à préciser.....

21. Siège définitif de la douleur/___/___/

1=FID 2=pelvis 3=FIG 4=Flanc droit 5=Péri-ombilicale 6=hypochondre droit 7=hypochondre gauche

8= autres 9=indéterminé

21a. Si autres, à préciser

22. Type de la douleur/___/

1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4= pesanteur 5=écrasement 6=autres 7=indéterminé

22a. Si autres, à préciser

23. Irradiations/___/

1=organes génitaux 2=périnée 3=bretelle 4=dos 5=membres inférieurs 6=membres supérieurs

7=sans irradiations 8=autres 9=indéterminée

23a. Si autres, à préciser

24. Evolution/___/

1=douleur permanente 2=intermittente 3=autres 4=indéterminé

24a. Si autres, à préciser

25. Vomissements/___/ 1=absents 2=présents

26. Troubles du transit/___/ 1=constipation 2=diarrhée 3=diarrhée-constipation

27. Signes associés/___/ 1=pas d'autres signes 2=fièvre 3=sueur froide
4=frissons 5=ictère

6=2+3 7=2+4 8= autres 9= indéterminés

27a. Si autres, à préciser.....

28. Durée d'évolution de la maladie.....

C- Traitement reçu avant son admission

29. Traitement médical...../___/

1=antalgique 2=laxatif 3=antibiotiques 4=Aucun 5=autres 6=indéterminé

29a. Si autres, à préciser

30 .Durée moyenne du traitement...../___/ 1=0-12 h 2=13-24 h 3=2-3jours 4=4-5 jours
5=6-7 jours

6=autres 7=indéterminé

30a. Si autres, à préciser

31. Traitement traditionnel...../___/

1=racines d'arbre 2=feuilles d'arbre 3=autres 4=indéterminé

31a. Si autres à, préciser

D- Antécédents

32. Médicaux...../___/ 1=HTA 2=diabète 3=drépanocytose 4=tuberculose

5=UGD 6=autres 7=indéterminés

32a. Si autres, à préciser.....

33. Chirurgicaux...../___/ 1=présents 2=absents
34. Gynéco obstétricaux/___/ 1=absents 2=Aménorrhée 3=Dysménorrhée
4=Olygoménorrhée 5=Dyspareunie 6= polyménorrhée 7=autres 8=indéterminé
- 34a. Si autres, à préciser.....
35. Troubles urinaires...../___/ 1=absents 2=Hématurie 3= Pyurie
4=Pollakiurie 5=Dysurie 6=Brûlure mictionnelle 7=Autres 8=indéterminé
- 35a. Si autre, à préciser

E- Examen

36. Risque anesthésique selon la classification ASA...../___/___/

1=ASA1 : patient normal en bonne santé

2=ASA2 : existence d'une maladie à retentissement faible ou modéré

3=ASA3 : existence d'une maladie limitant l'activité sans être invalidante

4=ASA4 : existence d'une maladie mettant la vie en danger

5=ASA5 : malade moribond, dont la survie ne dépasse pas 24heures.

6=ASA6 : patient en état de mort cérébrale, candidat potentiel au don d'organes.

U : si l'intervention est effectuée en urgence on la rajoute à la classe considérée

37. Pâleur conjonctivale et palmo-plantaire/___/ 1=présente 2= absente

38. Déshydratation/___/ 1=présente 2= absente

39. Oedème/___/ 1=présent 2= absent

40. Ictère/___/ 1=présent 2= absent

41. Température/___/ 1= normale 2= élevée

42. Pouls/___/ 1=60-100 2= <60 3=>100 4=autres 5=indéterminé

42a. Si autres, à préciser

43. Tension artérielle/___/ 1=normale 2= basse 3=élevée

F- Signes physiques

*Inspection

44. Cicatrice opératoire sur l'abdomen/___/ 1=présente 2= absente

45. Distension abdominale/___/ 1=présente 2= absente 3=autres
4=indéterminée

45a. Si autres, à préciser

*Palpation

46. Défense dans la FID/___/ 1= oui 2= non 3= indéterminé

47. Douleur de la FID/___/ 1= oui 2= non 3= indéterminé

48. Masse dans la FID/___/ 1= oui 2= non 3= indéterminé

49. Défense dans la FIG/___/ 1= oui 2= non 3= indéterminé

50. Contracture abdominale...../___/ 1= oui 2= non

51. Différentes manœuvres...../___/___/ 1= Blumberg+ 2= Rovsing+ 3=
Psoïtis+ 3=autres

4=indéterminées

51a. Si autres, à préciser

*Percussion

52. Percussion/___/ 1= normale 2= tympanique 3= matité 4=
indéterminée

*Auscultation

53. Auscultation/___/ 1= normale 2= silence abdominal 4= autres 5=
indéterminée

53a. Si autres, à préciser

*Touchers pelviens (TR / TV)

54. Douleur dans le cul de sac de Douglas aux touchers pelviens...../___/

1= à droite 2= à gauche 3= 1+2 4= rien 5= indéterminée

G- Examens complémentaires

Bilan sanguin

55. Taux d'hémoglobine=g/dl

56. Hématocrite =.....%

- Imagerie

57. Echographie/___/ 1= réalisée 2= non réalisée

Si réalisée :

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

57a. Douleur dans la FID au toucher de la sonde/___/ 1= oui 2= non

57b. Image hyperéchogène fixe avec cône d'ombre postérieur...../___/

1= oui 2= non

57c. Augmentation du diamètre globale de l'appendice sup à 6mm../___/

1= oui 2= non

57d. Epanchement liquidien intra péritonéal/___/ 1= oui 2= non

H- Diagnostic

58. Diagnostic préopératoire

I- Traitement

59. Mode de traitement/___/

1= chirurgical 2= médical 3= 1+2

60. Voie d'abord/___/

1= incision de Mac Burney 2= de Bikini 3= incision médiane sous ombilicale 4= autres

60a. Si autres, à préciser.....

61. Durée de l'intervention/___/ 1=0 -30 min 2=31 -60 min 3=1-2 h
4=2-4 h

62. Incidents per opératoires/___/

1=absents 2=hémorragie 3=décès 4=autres

62a. Si autres, à préciser

63. Diagnostic per opératoire

64. Le siège de l'appendice/___/

1=retro cæcale 2=sous hépatique 3=pelvien 4=FID 5=Autres

64a. Si autre, à préciser.....

J- Type d'appendicectomie

65. Appendicectomie/___/ 1=avec enfouissement 2= sans enfouissement

Traitement post opératoire

66. Nature du traitement...../___/

1=Novalgin 2=mono-antibiothérapie 3=perfusion 4=1+2+3 5=autres

66a. Si autres, à préciser

67. Durée du traitement/___/ 1= 2 – 3 jours 2= 3 – 5 jours 3=autres

67a. Si autres, à préciser

68. Résultat du traitement/___/ 1=satisfaisant 2=peu satisfaisant 3=autres

68a. Si autres, à précise

K- Suites opératoires

69. Complications immédiates/ __/ __/

1=simples 2=suppuration pariétale 3=péritonite 4=fistule digestive 5=décès 6=autres

a= j1-j3 b= j4-j7 c= j8-j15 d=j16-j20 e= j21-j30 f= autres

69a. Si autres, à préciser

L- Hospitalisation

70. Durée d'hospitalisation.....

71. Frais d'hospitalisationF CFA

72. Frais d'ordonnanceF CFA

73. Frais des examens complémentairesF CFA

74. Frais d'interventionF CFA

75. Coût total de la prise en chargeF CFA

3. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales 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 !