

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

Année universitaire : 2019-2020

N°.....



U.S.T.T.B

THESE :

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE :
ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET
PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI**

Présentée et soutenue publiquement le .../09/2020

Devant la Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par : M. DOUMBIA Dramane

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

JURY

Président : Professeur TOGO Adégné
Membre : Docteur COULIBALY Ousmane
Membre : Docteur DIALLO Boubacar
Codirecteur : Docteur SISSOKO Moussa
Directeur : Professeur SANOGO Zimogo Zié

DÉDICACES

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Je rends grâce

A Allah, le tout Puissant, le Miséricordieux, le Maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'Il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements pour Votre clémence et miséricorde.

“Il est ALLAH, Unique.

ALLAH, Le Seul à être imploré pour ce que nous désirons.

Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus.

Et nul n'est égal à Lui”.

Il est le Très Haut, le Très Grand.

Ce travail est une infime partie de Tes immenses grâces.

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Je dédie ce travail :

A mes très chers parents

Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance envers les deux personnes les plus chères à mon cœur ! Si mes expressions pouvaient avoir quelque pouvoir, j'en serais profondément heureux. Je vous dois ce que je suis. Vos prières et vos sacrifices m'ont comblé tout au long de mon existence. Que cette thèse soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens. Puisse ALLAH tout puissant vous procurer santé, bonheur et prospérité.

A mon très cher père : Moussa Doumbia

Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude.

Merci pour tes sacrifices le long de ces années. Merci pour ta présence rassurante.

Merci pour tout l'amour que tu procures à notre famille...

Tu as toujours été pour moi la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs. En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouvez à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession. Puisse ALAH te prêter longue vie et bonne santé afin que je puisse te combler à mon tour.

A mes tendres mères : Fanta Traoré et Korotoumou Camara

Je ne trouverai jamais de mots pour vous exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et surtout pour votre présence dans les moments les plus difficiles. Et si j'en suis arrivé là ce jour, ce n'est que grâce à votre patience, vos longues nuits de prière. Vous m'avez toujours conseillé et orienté dans la voie du travail et de l'honneur. Votre droiture, conscience et amour

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

pour la famille me serviront d'exemple dans la vie. Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers les mères aussi merveilleuses que vous êtes. Je suis fier d'être votre fils.

Puisse ce jour être la récompense de tous les efforts et l'exaucement de vos prières tant formulées.

Qu'ALLAH vous garde longtemps près de nous.

A ma très chère épouse : Rokia Traoré

Aucune dédicace, aucun mot, ne sauraient exprimés le profond amour et l'immense respect que je te porte. Je te remercie pour ta patience, ta compréhension et ton soutien. Qu'ALLAH Le Tout Puissant nous procure une vie heureuse pleine de bonheur. Du plus profond de mon cœur je te dis Merci.

A mes frères et sœurs

Yacouba, Nouhoum, Aly, Oumar....., Awa, Maïmouna, Adiaratou, Abibatou.....

Cette thèse est le fruit de vos efforts, vos prières, vos privations recevez toute ma reconnaissance. Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Puisse l'amour et la fraternité nous unis à jamais.

A mes enfants Zeïnab et Lassina Dombia Qu'ALLAH vous accord longue vie et réussite

A la mémoire de mes grands frères : Toumani, Harouna, Amadou et Lassina

Le destin ne nous a pas laissé le temps de jouir de bonheur ensemble et de vous exprimer toute mon affection et mon respect.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Puisse ALLAH Le tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde.

A mes chères tantes, leurs époux et leurs enfants, A mes chers oncles, leurs épouses et leurs enfants

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance sincères que j'ai pour vous. Que ce travail soit un témoignage de mon affection, je vous le dédie pour tous les moments que nous avons passés ensemble. Je prie ALLAH le tout puissant de vous accorder santé, bonheur et succès.

A mes cousins et cousines : sans exception

Sauvegardons l'esprit d'unité qui règne entre nous. « L'union fait la force ».

A tous mes Amis(e)

Dont je me garde de citer des noms par craintes d'en omettre, la bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme à tout bonheur, succès, et réussite.

Mes sincères remerciements

Aux Familles : Doumbia et Beau-père Madou Kô Traore à Bamako ; Bourama Doumbia Sikasso

Vous m'avez chaleureusement accueilli dans vos familles respectives. Vos conseils, vos encouragements, vos soutiens moraux et matériels ne m'ont jamais manqué. Que le seigneur soit toujours avec vous. Amen !

A Tous mes enseignants du Primaire à la Faculté de Médecine et Odonto Stomatologie :

Pour l'Education, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A mes chers amis, camarades et collaborateurs :

Pour le lien sacré de l'amitié qui nous lie, je vous serai toujours reconnaissant pour le service rendu. Trouvez ici mes sincères remerciements

A mes encadreurs chirurgiens au centre de santé de référence de Bougouni.

Dr Coulibaly Ousmane et Dr Bagayoko

Votre amour du travail bien fait, votre courage et votre rigueur dans le travail font de vous des exemples à suivre.

Votre simplicité et votre abord facile m'ont facilité l'apprentissage à vos coté.

Merci Pour votre sympathie et les enseignements reçus, recevez ici toute ma reconnaissance.

A tous les médecins au centre de santé de référence de Bougouni. : Pour votre collaboration

A mes aînés du service : Dr Coulibaly A., Dr Lassina Koné, Dr Bamba M., Dr Bamba K., Dr Samaké I, Dr Dagnioko B, pour vos précieux conseils

A Mes camarades et complices thésards du service : Mohamed Coulibaly, Yacouba Bagayoko, Zoumana Diarra, Moussa Koné, Chaca Niamaly.

Les mots me manquent pour exprimer ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude. L'amour du prochain, l'entraide, la confiance mutuelle et le respect observés me seront à jamais gardés dans l'esprit.

Que le seigneur, nous accorde longue vie pour que nous puissions réaliser nos projets ensemble.

A tout le personnel du centre de santé de référence de Bougouni : pour le soutien et votre sympathie

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A tout le personnel du bloc opératoire

Au personnel paramédical de l'unité de chirurgie au centre de santé de référence de Bougouni : Pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

Aux Anesthésistes - Réanimateurs : Edmond Sissoko et son équipe Recevez mes sincères remerciements pour votre esprit de franche collaboration

A tout le personnel de centre de santé de référence de Bougouni : merci pour votre soutien.

A l'administration du centre de santé de référence de Bougouni : Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude

Aux associations : UERSB : Recevez mes sincères remerciements. Que Dieu accorde longue vie à ces associations afin de contribuer à la formation de bons leaders au service de l'état.

A toute la population du cercle de Bougouni.

A notre promotion " 10^{ème} promotion du numerus clausus"

A tout le corps professoral de la FMOS.

A Chère patrie le Mali, Pour le service rendu, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mes rêves.

A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Togo Pierre Adégné

Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS

Chef de service de la chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Chef adjoint du département de chirurgie et spécialité chirurgie à la FMOS.

Spécialiste en oncologie digestive.

Membre de West-African Collège of Surgeon (WACS).

Membre de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA).

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF).

Cher maitre,

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie votre simplicité votre abord facile et la spontanéité par laquelle vous avez accepté de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et scientifiques nous ont émerveillés.

Veillez trouver ici, cher maitre l'expression de notre profonde reconnaissance

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr SANOGO Zimogo Zié

Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS

Chef de service de la chirurgie « A » au CHU du Point G

Coordinateur du DES de la chirurgie générale à la FMOS

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)

Président de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA)

Rédacteur en chef de revue Mali médical

Enseignant chercheur

Cher maitre,

Sensible à la confiance que vous m'avez accordée en nous confiant ce travail, nous espérons en avoir éteint. Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et que nous sommes très fiers de **compter** parmi vos élevés.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr COULIBALY Ousmane

Spécialiste en chirurgie générale

Praticien au centre de santé de référence de Bougouni.

**Chef de service de l'unité de chirurgie au centre de santé de référence de
Bougouni.**

Membre de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA)

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)

Cher Maitre,

Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait.

Votre simplicité et votre modestie ont contribué à l'élaboration de ce travail.

*Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre
engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique et dans le monde.*

*Cher Maitre trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Que Dieu
vous assiste.*

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Diallo Boubacar

Ancien interne des Hôpitaux du Mali.

Spécialiste en Anesthésie Réanimation.

Diplômé en pédagogie et de communication médicale.

Chargé de recherche en Anesthésie et Réanimation.

**Chargé de cours l'institut national de formation en science de la santé
(INFSS).**

**Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence
(SARMU-Mali).**

**Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone
(SARAF).**

Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR).

Praticien hospitalier au CHU point G.

Cher maitre,

Le grand honneur que vous faites en acceptant de siéger dans notre jury nous offre l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre profond respect. Votre simplicité et votre disponibilité nous ont séduit.

Veillez trouver ici l'assurance de nos remerciements les plus sincères.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR

Dr SISSOKO Moussa

Spécialiste en chirurgie générale

Praticien hospitalier en chirurgie « A » au CHU du Point G

Chargé de recherche

Membre de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA)

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)

Cher Maitre,

Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait.

Votre simplicité et votre modestie ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique et dans le monde.

Cher Maitre trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Que Dieu vous assiste.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Sigles et abréviations

AG : anesthésie générale
AMG ; arrêt des matières et des gaz
ASP : abdomen sans préparation
Bko : Bamako
Cm : centimètre
Coll. : collaborateur
CSCOM : centre de santé communautaire
CSREF : centre de santé de référence
ddl : degré de liberté
ECB : examen cytobactériologique
H : heure
Ha : hectare
HTA : hypertension artérielle
IK : indice de KARNOSKY
INF : inférieur à
IOT : intubation oro-trachéale
J : jours
Km : kilomètre
Mm : millimètre
Mn : minute
NFS : numération formule sanguine
PAD : pression artérielle diastolique
PAS : pression artérielle systolique
PEC : prise en charge
PLS : produit labile sanguin
Sko : Sikasso
SUP : supérieur à
TDM : tomodensitométrie
VAD : visite à domicile
< : Inférieur à
> : Supérieur à
°C : degré Celsius
Rx : radiographie

SOMMAIRE

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	1
2.	OBJECTIF	4
2.1	Objectif Général :	4
2.2	Objectif Spécifiques :	4
3.	GENERALITES	6
3.1	Rappels anatomiques du péritoine	6
3.1.1	Définition et description du péritoine : []	6
3.1.2	Vascularisation du péritoine : [,]	6
3.1.3	Innervation du péritoine : []	7
3.1.4	Anatomie topographique de la cavité abdominale :	7
3.1.5	Rapports du péritoine avec les organes : [] [13]	9
3.1.6	Physiologie du péritoine :	10
3.2	Rappels anatomiques de l'appendice	11
3.2.1	Embryologie : [,]	11
	L'origine embryologique du cæcum :	11
3.2.2	Anatomie macroscopique [17, 18]	11
3.2.3	Anatomie microscopique [17]	11
3.2.4	Anatomie topographique [18]	12
3.2.5	Anatomie fonctionnelle [18]	13
3.2.6	Vascularisation de l'appendice [17]	13
3.2.7	Innervation de l'appendice :	14
3.3	Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires [,]	14
3.4	Rappel clinique :	16
3.4.1	Type de description :	16
3.4.1.1	Signes fonctionnels :	16
3.4.1.2	Signes généraux :	17
3.4.1.3	Les signes physiques :	17
3.4.1.4	Les examens para cliniques :	17
3.4.1.5	Diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire	18
3.4.1.6	Traitement :	19
3.4.1.6.1	But :	19
3.4.1.6.2	Moyens :	19

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

3.4.1.6.2.1	Le moyen médical.....	19
3.4.1.7	Résultat :.....	21
4.	Méthodologie :.....	23
4.1	Type et période d'étude :.....	23
4.2	Cadre d'étude :.....	23
4.3	LE CSRÉF DE BOUGOUNI :.....	23
4.3.1	Historique :.....	23
4.4.2	Configuration du CSRéf :.....	23
4.4	Population d'étude :.....	25
4.5	Critères d'inclusions :.....	25
4.6	Critères de non inclusion :.....	25
4.8	Saisies et analyse des données :.....	26
5.	RESULTAT :.....	28
5.1	Fréquence :.....	28
	Durant la période d'étude du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019 nous avons réalisé,.....	28
–	400 interventions chirurgicales,.....	28
–	180 urgences chirurgicales,.....	28
–	68 cas de péritonite aigüe dont.....	28
–	30 cas de péritonite appendiculaire soit une fréquence de 7,5% des interventions chirurgicales 16,66% des urgences chirurgicales et 44,1% des péritonites aiguës opérés.	28
5.2	Profils sociodémographiques des patients	29
5.3	Prise en charge	33
5.4	Evolution et complications :.....	44
5.5	Le cout :.....	44
6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	46
6.1	Méthodologie	46
6.2	Fréquence :.....	46
6.3	Epidémiologie :.....	47
6.4	Etudes Clinique.....	48
	Délai de consultation :.....	48
6.5	Examens complémentaires : imagerie	52
6.6	Traitement.....	53
6.7	Evolution.....	56
7.	CONCLUSION	59
	REFERENCES	62

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La péritonite aiguë est une inflammation aiguë généralisée ou localisée de la séreuse péritonéale le plus souvent d'origine infectieuse.[1]

Les péritonites appendiculaires sont des complications de l'appendicite aiguë qui se caractérisent par la diffusion du processus infectieux dans la cavité péritonéale réalisant ainsi une péritonite purulente localisée ou généralisée. Elle peut apparaître d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire [1]. La perforation est la rupture de la paroi de l'appendice mettant en communication son contenu septique avec la cavité péritonéale [2]. Les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales car le pronostic peut être grave. Cette gravité dépend de l'âge du patient, de son état général, des tares associées, de l'étiologie et du délai de la prise en charge chirurgicale. La couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an) en 2002 [3]. De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives [4,5 ,6] ont montré la prédominance des perforations appendiculaires.

Aux USA Flum. DR et AI dans une étude Américaine en 2001 avait trouvé 25,88 % de péritonite appendiculaire sur 63707 appendicectomies [7].

Kraemer. M dans une étude avait retrouvé 17,7% de péritonite appendiculaire sur 519 appendicectomies en Allemagne et en Autriche en 2003[8].

Chavda SK dans une étude en 2005 avait retrouvé 19,4% de péritonite appendiculaire sur 289 d'appendicectomie au Kenya [9].

Au Mali : de nombreuses études ont montré la prédominance des perforations appendiculaires dans les perforations digestives.

A Sikasso Monsieur Diarra M a trouvé 59 cas de péritonites aiguës dont 31 cas d'origine appendiculaire en 2018 [5].

A Kaye Monsieur Konaté E B a trouvé 51 cas de péritonites aiguës généralisées dont 84,3 % de perforations appendiculaires en 2014 [6].

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A Bougouni, aucune étude jusqu'ici n'avait été réalisée sur les péritonites d'origine appendiculaires. Cette absence de données sur cette pathologie en tant qu'une urgence abdominale classique, fréquente et grave, nous a motivé à réaliser ce travail.

OBJECTIFS

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

2. OBJECTIF

2.1 Objectif Général :

Etudier les aspects épidémio-cliniques thérapeutiques et pronostiques des péritonites par perforations appendiculaires au CS Réf de Bougouni.

2.2 Objectif Spécifiques :

- Déterminer la fréquence.
- Décrire les aspects cliniques thérapeutiques.
- Evaluer les suites opératoires.
- Déterminer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1 Rappels anatomiques du péritoine

3.1.1 Définition et description du péritoine : [10]

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

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

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

3.1.2 Vascularisation du péritoine : [11, 12]

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

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs coeliaques et mésentériques.
- Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

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

3.1.3 Innervation du péritoine : [13]

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

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

3.1.4 Anatomie topographique de la cavité abdominale :

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

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

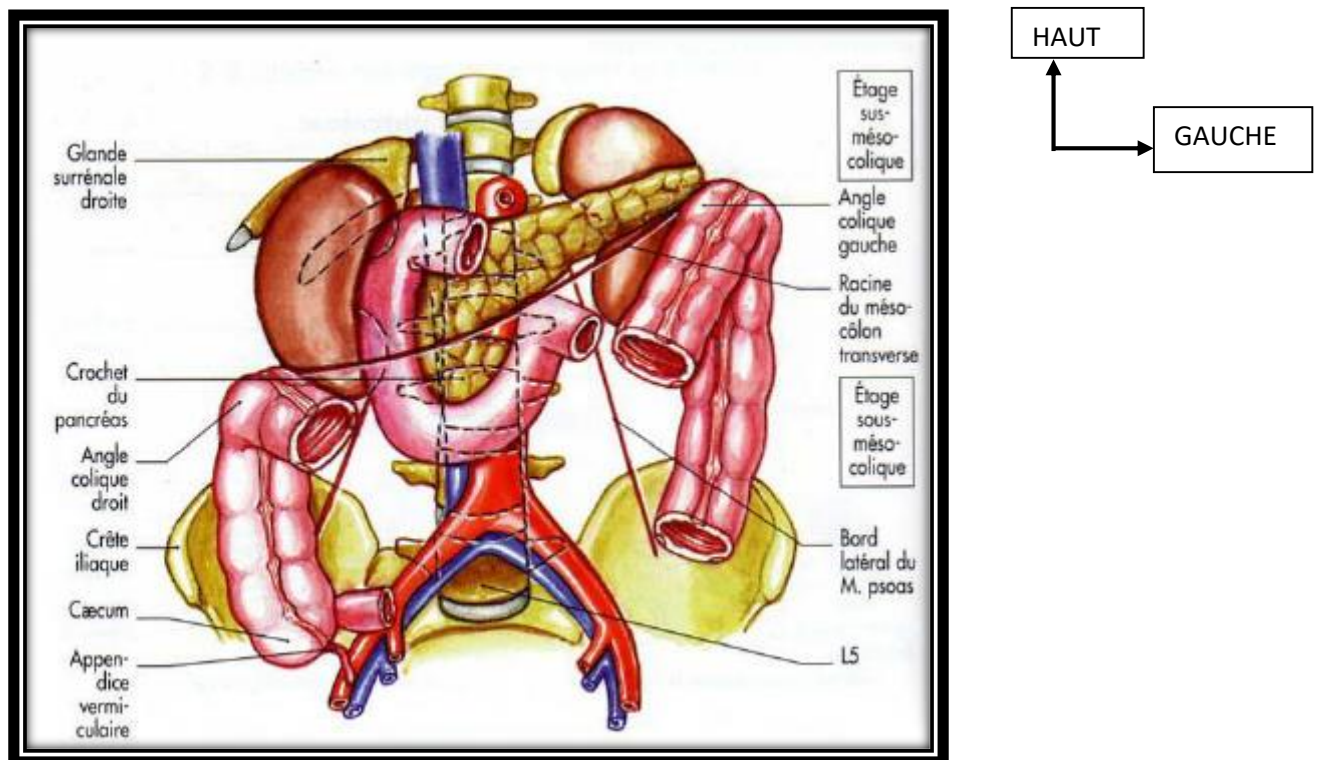


Fig. I : les deux étages de la cavité abdominale

Les différentes loges péritonéales sont :

□ □ **A l'étage sus-mésocolique :**

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

□ □ **À l'étage sous mésocolique :**

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

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

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

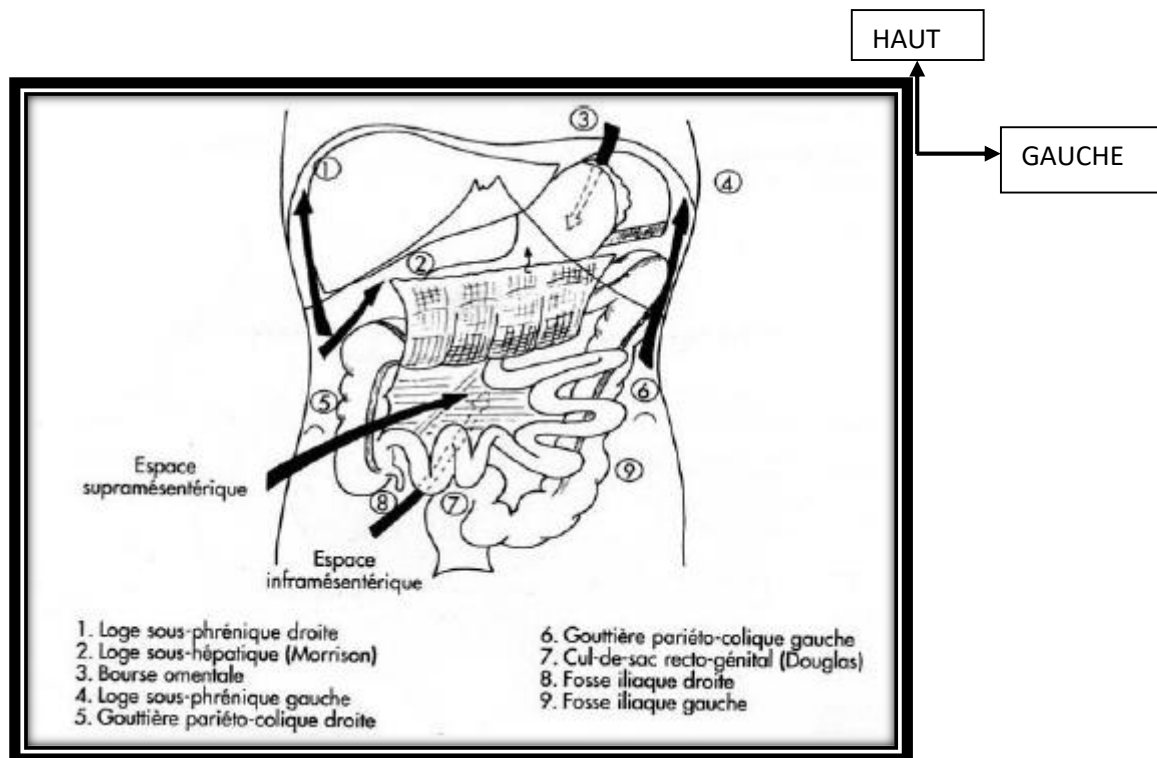


Fig. II : les loges péritonéales [14]

3.1.5 Rapports du péritoine avec les organes : [15] [13]

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

- les viscères rétro péritonéaux** comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal, sont en dehors de la cavité péritonéale ;

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

□ **Les viscères intra péritonéaux** non engainés par le péritoine viscéral, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

□ **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels

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

3.1.6 Physiologie du péritoine :

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

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

-La sécrétion :

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux contient une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (50 à 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par les lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [13, 16]

-L'absorption :

L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [13]. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

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

3.2 Rappels anatomiques de l'appendice

3.2.1 Embryologie : [17, 18]

L'origine embryologique du cæcum :

Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon ; sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse ombilicale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite.

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

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

3.2.2 Anatomie macroscopique [17, 18]

L'appendice a la forme d'un tube cylindrique flexueux divisé en deux segments : un segment proximal horizontal, et un segment distal qui est libre. Il mesure environ 7 à 8 cm de long et 4 à 8 mm de diamètre. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (valvule de Gerlach).

3.2.3 Anatomie microscopique [17]

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

- Une séreuse péritonéale interrompue par une mince lisérée correspondant à l'insertion du méso appendiculaire ;

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- Une couche musculaire longitudinale, puis circulaire. Cette couche musculaire bien développée dans son ensemble par conséquent permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse.
- Le sou muqueux renferme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait considérés l'appendice comme <<l'amygdale intestinale>>.
- La muqueuse appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares.

Cette structure varie suivant l'âge :

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

3.2.4 Anatomie topographique [18]

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

cæcale pure ou en arrière de la jonction iléocæcale, méso-caelique (sus ou sous-iliale). La position latéro-caecale est la plus fréquente (65% des cas).

3.2.5 Anatomie fonctionnelle [18]

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

3.2.6 Vascularisation de l'appendice [17]

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de **l'artère ilio -cæco- colique**, croise verticalement la face postérieure de l'iléon terminal et chemine ensuite sur le bord libre du Méso-appendiculaire en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale. Cette artère appendiculaire donne :

- Un petit rameau récurrent qui rejoint la base d'implantation de l'appendice
- Une artère récurrente iléale ;
- Plusieurs rameaux appendiculaires.

Toutes ces artères sont de type terminal.

La veine iléo- cæco- colique appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure. Les lymphatiques appendiculaires suivent les branches de l'artère appendiculaire pour se réunir en quatre ou cinq troncs collecteurs qui gagnent ensuite les ganglions de la chaîne iléo-colique.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

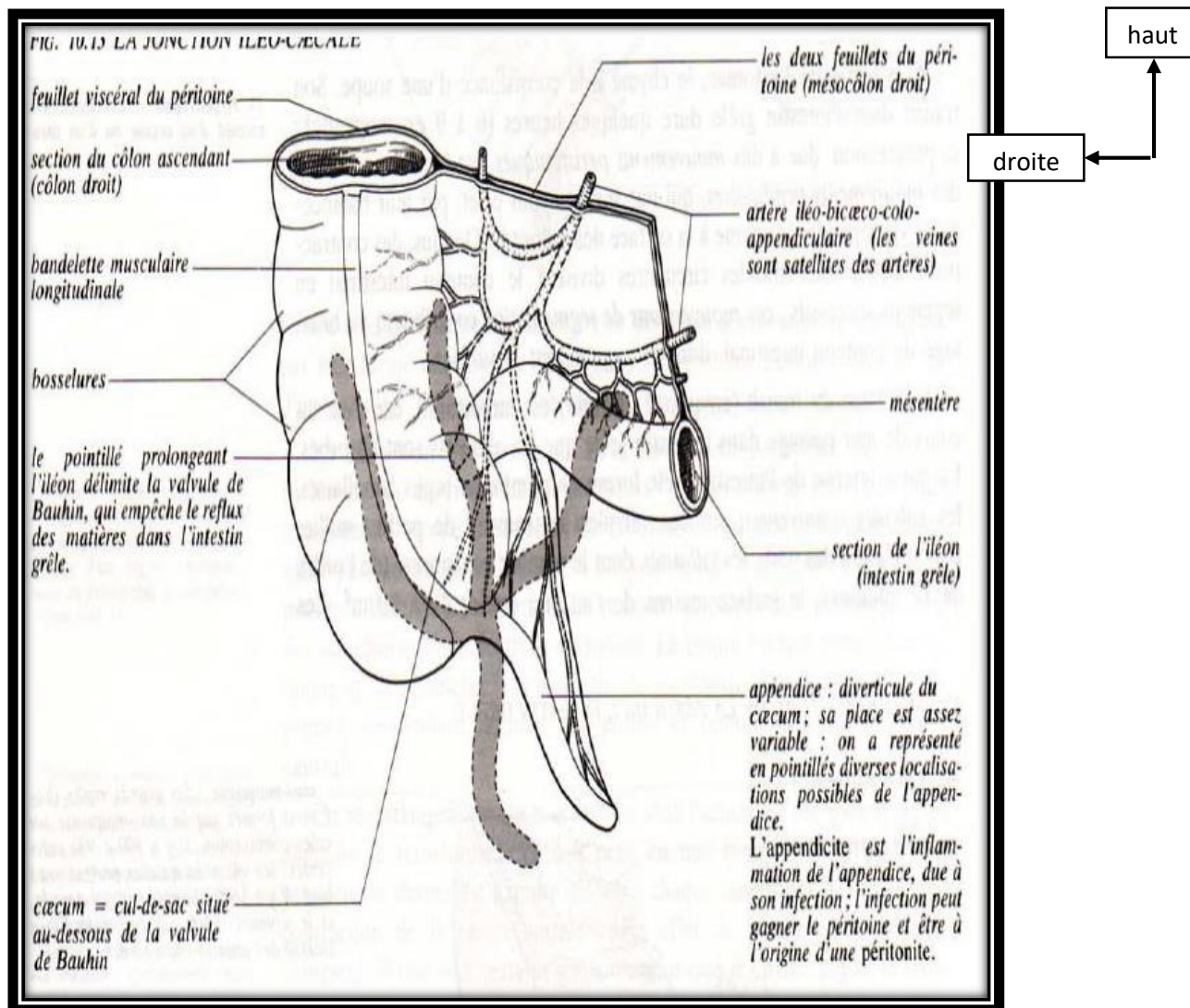


Fig.III : la jonction iléo-caecale [19]

3.2.7 Innervation de l'appendice :

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

3.3 Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires [20, 21]

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

Les conséquences locales

L'augmentation de la perméabilité vasculaire est à l'origine de la fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif du péritoine et dans la lumière digestive. Un troisième secteur est ainsi soustrait aux secteurs hydriques cellulaire et extracellulaire. Cette séquestration hydro électrolytique et protidique est proportionnelle à la surface du péritoine infecté. Ces pertes liquidiennes atteignent 4 à 6 litres par jour lorsque la péritonite est généralisée.

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

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

Une péritonite généralisée d'origine appendiculaire peut survenir en un, deux, trois temps : de l'appendicite aiguë, plastron appendiculaire, abcès appendiculaire et la perforation appendiculaire(péritonite).

Les conséquences générales :

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

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

□ **La défaillance cardio-circulatoire** : est due à la fois au choc septique provoqué par la dissémination toxi-infectieuse et à l'hypovolémie secondaire au troisième secteur séquestré dans l'abdomen. Le résultat global est un défaut d'oxygénation, tissulaire. Il s'ensuit une glycolyse anaérobie que conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique.

□ **Le retentissement respiratoire** :

Est parallèle au retentissement cardiovasculaire. Il répond à 2 mécanismes :

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

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

- Défaut de perfusion secondaire à l'hypo volémie ;

Action directe des substances toxiques libérées dans la circulation.

3.4 Rappel clinique :

3.4.1 Type de description :

Péritonite appendiculaire généralisée chez un adulte jeune.

3.4.1.1 Signes fonctionnels :

Le diagnostic est clinique associant :

✓ **Une douleur**

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

✓ **Des vomissements**

Alimentaires, puis bilieux, répétés et fréquents.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

✓ **Des troubles du transit :**

-constipation

-parfois diarrhée

3.4.1.2 Signes généraux :

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

✓ **L'état général :** est conservé au début mais le sujet est anxieux et le pouls accéléré.

La langue saburrale.

La TA est habituellement normale à ce stade.

3.4.1.3 Les signes physiques :

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

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

3.4.1.4 Les examens para cliniques :

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

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

- Un hémocrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ;
- Leucocytose élevée souvent supérieure à 15000/ mm³ .

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

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

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

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

3.4.1.5 Diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire

❖ Les affections non péritonéales

Avant tout il importe d'éliminer les affections non péritonéales.

- **Les rares pneumopathies** à expression abdominale sévère sont discutées devant une image anormale sur la radiologie pulmonaire, en gardant toute fois en mémoire la possibilité d'une pneumopathie de déglutition provoquée par des vomissements d'une réelle péritonite.
- **Les pyélonéphrites** avec douleur abdominale, fièvre et signe d'iléus peuvent poser des problèmes cliniques, car elles s'accompagnent de défense abdominale dans 20% des cas.
 - **La pancréatite aiguë :** La symptomatologie est maximale en cas de forme nécrosante. Elle associe : La douleur, des vomissements, des signes de choc, fièvre à 38°C, parfois des sub-ictère. Il existe de ballonnement péri-ombilical avec de défense. La biologie évoque une élévation de l'amylasémie.

❖ Les péritonites diffuses

Devant une péritonite diffuse, le diagnostic différentiel avec une autre affection chirurgicale à moins d'importance car il vaut mieux poser l'indication opératoire que faire un diagnostic lésionnel précis. Le problème se pose peu chez l'enfant

où la péritonite est presque toujours d'origine appendiculaire. En revanche chez l'adulte le diagnostic peut être plus difficile. L'existence d'un pneumopéritoine permet d'exclure l'origine appendiculaire, mais son absence n'exclut en rien la perforation d'un viscère creux. Plaideront en faveur de, l'origine appendiculaire le début des douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout l'absence d'élément orientant vers une autre étiologie :

-Poussées douloureuses épigastriques antérieures ou prise récente ou continue de médicaments gastro toxiques évoquant une **perforation gastrique** ;

- Les crises douloureuses fébriles ou non, survenues antérieurement dans la fosse iliaque gauche chez un sujet de plus de 50ans évoque **une péritonite sigmoïdienne** ;
- Antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques et surtout trouble du rythme, devant faire penser à **l'infarctus mésentérique**.

3.4.1.6 Traitement :

3.4.1.6.1 But :

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

3.4.1.6.2 Moyens :

Sont médicaux et chirurgicaux

3.4.1.6.2.1 Le moyen médical

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

- La rééquilibration hydro – électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant de restaurée la volémie, corriger les conséquences de la réduction hydrique.
- La sonde nasogastrique nécessaire pour aspirer les liquides de stase gastrique et pour quantifier les pertes hydriques ;

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- La sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire et la fonction rénale.

❖ **L'antibiothérapie** : doit être :

- Précoce ;
- Active sur les germes aérobies et anaérobies et les grams négatifs ;
- Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus, liquide péritonéal, hémoculture).

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

❖ **La chirurgie :**

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

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

Le drainage reste discuté.

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

3.4.1.7 Résultat :

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

MÉTHODOLOGIE

4. Méthodologie :

4.1 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude retro prospective et descriptive de 24 mois allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 Décembre 2019.

4.2 Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée à l'unité de chirurgie générale du centre de santé de référence de Bougouni

4.3 LE CSRÉF DE BOUGOUNI :

4.3.1 Historique :

Le Dispensaire de Bougouni fut créé en 1949 achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui fut son premier Médecin.

Il fut érigé en CSRéf en 1996.

4.4.2 Configuration du CSRéf :

Situé au quartier Médine en plein centre de la ville de Bougouni au bord de la route goudronnée à droite en allant de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre les CSCom et le CSRéf est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CSCom à 150km du CSRéf avec 4 heures d'ambulance.

De nos jours il y'a cinq (5) unités au CSRéf de Bougouni :

- L'unité de chirurgie ;
- L'unité de pédiatrie ;
- L'unité de maternité ;
- L'unité de médecine
- L'unité de santé mentale.

➤ L'unité de Chirurgie :

- Le Personnel :

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- Quatre (4) médecins (un chirurgien, un urologue et deux médecins généralistes)
- Deux (2) techniciens supérieurs de santé,
- Deux (2) techniciens de santé,
- Un aide-soignant
- Le Personnel du bloc opératoire :
 - Un (1) assistant médical en anesthésie,
 - Un (1) assistant médical aide de bloc
 - Trois (3) garçons de salle.

➤ **Les locaux :**

❖ La chirurgie :

- Trois (3) Bureaux pour (les médecins ; les anesthésistes et le major) ;
- Trois (3) salles de garde (les médecins ; les thésards et les infirmiers) ;
- Huit (8) salles d'hospitalisation ;
- Vingt-sept (27) lits d'hospitalisation.

❖ **Le bloc opératoire :**

- Deux (2) salles d'opération ;
- Une (1) salle de réveil avec trois (3) lits ;
- Une (1) salle d'habillage ;
- Une (1) salle de stérilisation des matériels.

➤ **Les principales activités :**

- Les interventions chirurgicales (le programme opératoire et les urgences) ;
- La visite (les malades hospitalisés) ;
- Les consultations et le suivi des malades ;

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- La dispensation des soins.

4.4 Population d'étude :

Nous avons procédé au recrutement exhaustif de tous les patients opérés en urgence pour péritonite par perforation appendiculaire.

Une fiche d'enquête préétablie a permis de recueillir l'ensemble des renseignements pour chaque patient (administratives ; cliniques ; paracliniques ; thérapeutique et suivi que).

Les différents contrôles ont été effectués à court moyen et long terme : 3 mois et 6 mois.

4.5 Critères d'inclusions :

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

4.6 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Tous les patients opérés pour péritonites non appendiculaires
- Tous les patients opérés en dehors du service.
- Tous les patients ayants un dossier médical incomplet.

4.7 Le parcours des malades :

Après l'admission en urgence.

Nous procédons :

- A la confection du dossier médical comportant les données administratives, les examens cliniques et paracliniques (imagerie et biologie),
- A la consultation d'anesthésie,
- La réanimation préopératoire,

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- L'intervention chirurgicale,
- Le passage du malade dans la salle de réveil (la réanimation postopératoire),
- Le suivi postopératoire à court terme, moyen terme et l'évaluation du coût de la prise en charge.

4.8 Saisies et analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2016, analysés par SPSS21 version française et traitées sur les logiciels Excel 2016 et épi-info avec différence significative si P inférieur ou égal 0,05.

RESULTATS

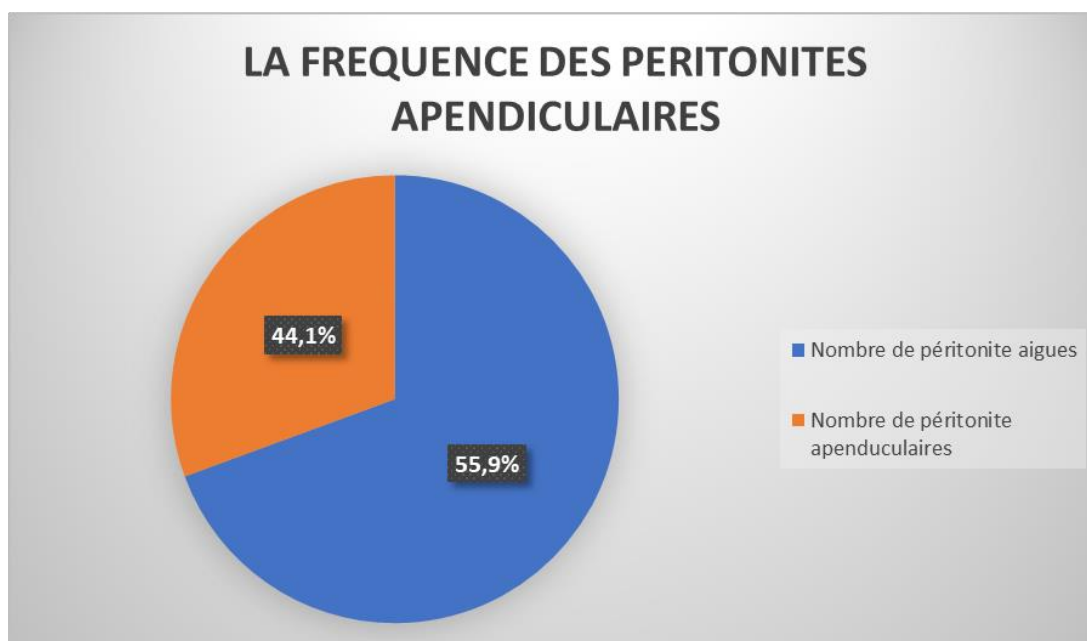
**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

5. RESULTAT :

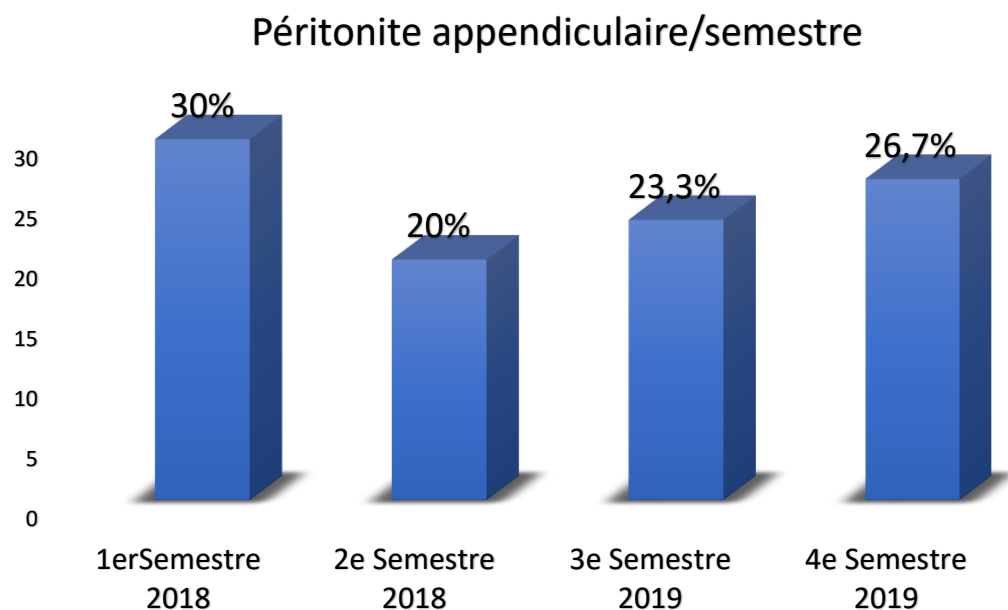
5.1 Fréquence :

Durant la période d'étude du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019 nous avons réalisé,

- 400 interventions chirurgicales,
- 180 urgences chirurgicales,
- 68 cas de péritonite aigue dont
- 30 cas de péritonite appendiculaire soit une fréquence de 7,5% des interventions chirurgicales ,16,66% des urgences chirurgicales et 44,1% des péritonites aigues opérés.



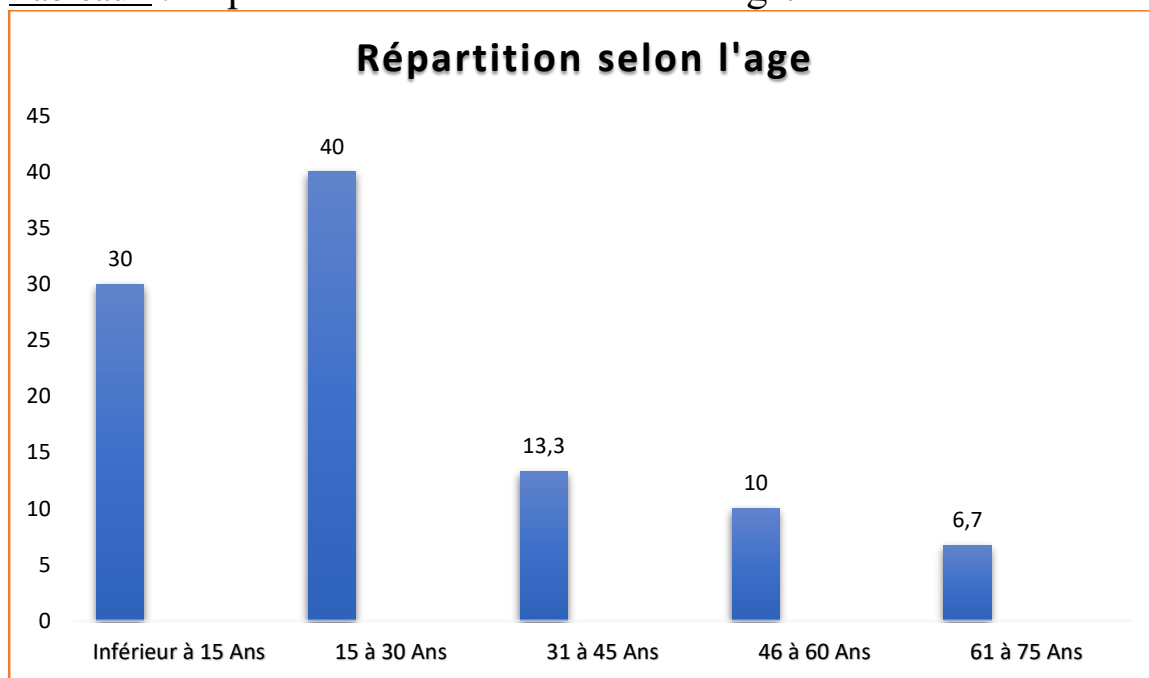
**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**



Les 30% des patients ont été recueilli au 1^{er} semestre 2018 de notre étude.

5.2 Profils sociodémographiques des patients

Tableau I : Répartition des malades selon l'âge.

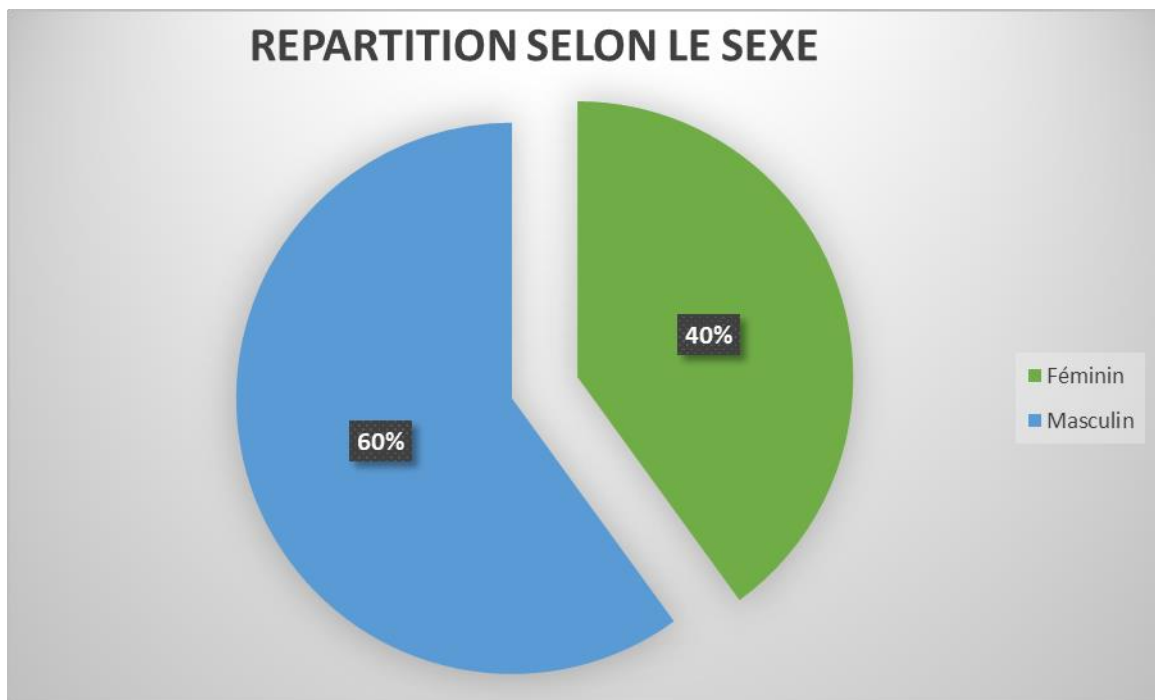


La majorité des patients avaient un âge compris entre 15 et 30 ans soit **40 %**.

L'âge moyen était de $26,58 \pm 9,40$ ans avec des extrêmes de 4 ans et 70 ans

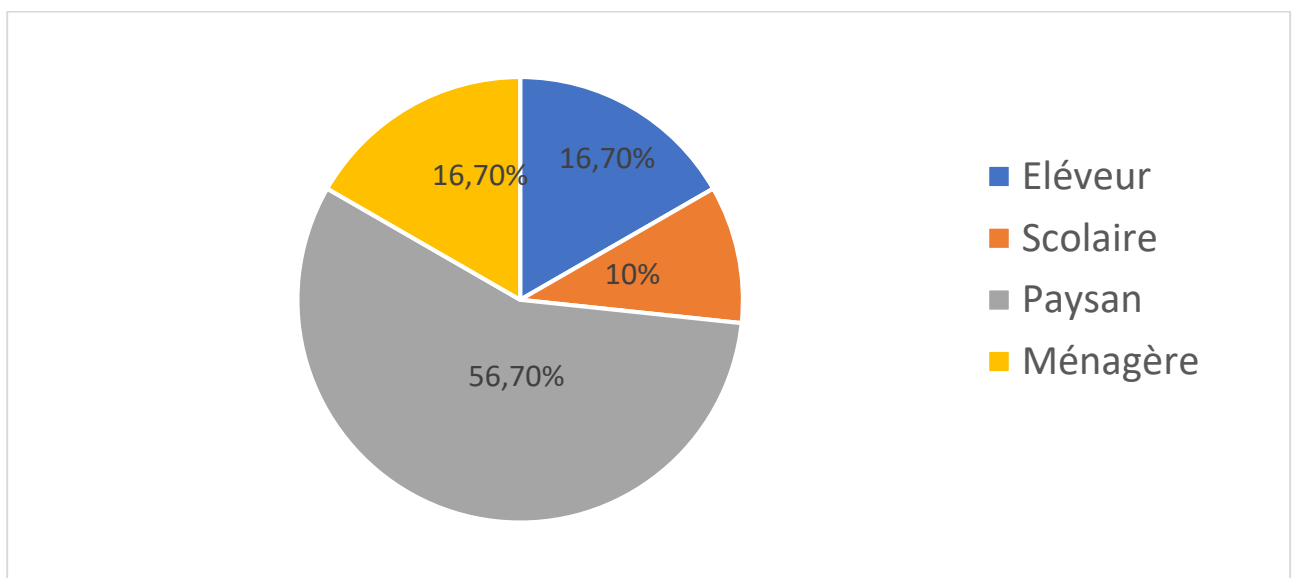
**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau II : répartition des malades selon le sexe.



Le sexe masculin était le plus représenté avec **60 %** des cas, soit un ratio de 1,50.

Tableau III: répartition des malades selon la profession.



La Majorité des patients étaient des paysans soit **56,7 % des cas**

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau IV: Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage%
Bambara	19	63,30
Peuhl	7	23,30
Mianka	2	6,70
Dogon	2	6,70
Total	30	100,00

L'ethnie bambara était majoritaire soit **63,3 %** des cas.

Tableau V : répartitions des malades selon la résidence.

Résidence	Effectifs	Pourcentage %
Urbain	4	13,30
Rurale	26	86,70
Total	30	100

La majorité de nos patients provenait de la zone rurale soit 86,7 % des cas.

Tableau VI : répartition des malades selon le niveau d'instruction.

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage %
Non scolarisée	26	86,80
Primaire	1	3,30
Secondaire	1	3,30
Supérieur	1	3,30
Indéterminé	1	3,30
Total	30	100

Les patients non scolarisés ont représenté **86,8 %** des cas.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau VII : répartition des malades selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Urgence	27	90,00
Consultation externe	3	10,00
Total	30	100,00

Vingt-sept patients ont été admis en urgence.

Tableau VIII : répartition des malades selon la personne référente.

Orientation	Effectifs	Pourcentage
Médecins généralistes	27	90,00
Parents	3	10,00
Total	30	100,00

La majorité des cas étaient adressée par les médecins généralistes soit **90%**

Tableau IX : répartition des malades selon la provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage
CSCom	6	20,00
CSRéf	5	16,70
Cabinet ou Clinique privé	19	63,30
Total	30	100,00

Dans 19 cas (63,3%) les patients avaient consulté au cabinet privé ou à la clinique.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau X : répartition des malades selon la durée d'évolution de la maladie.

Délai de consultation	Effectifs	Pourcentage
24h	3	3,30
24-72h	5	16,70
Plus de 72h	24	80,00
Total	30	100,00

Vingt-quatre patients avaient consulté une structure sanitaire après 72 H dévoluton de la symptomatologie.

Le durée moyenne était de $106,4 \pm 18,65$ h soit près de 4,4 jours avec des extrêmes de 1 jour à 7 jours.

5.3 Prise en charge

Tableau XI : répartition des malades selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleur abdominale	26	86,70
Arrêt de matière et gaz	4	13,30
Total	30	100,00

La douleur abdominale été le principal motif de consultation dans **86,7%** des cas

Tableau XII : répartition des malades selon les troubles du transits intestinal.

Trouble du transit intestinal	Effectifs	Pourcentage
Diarrhée	7	23,30
Constipation	23	76,70
Total	30	100,00

La constipation a été retrouver chez **76,7 %** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XIII : répartition des malades selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage
FID	3	10,00
Hypogastrique	2	6,70
Diffuse	25	83,30
Total	30	100,00

La douleur était diffuse chez **83,3 %** des patients.

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

Type de douleur	Effectifs	Pourcentage
Brûlure	9	30,00
Piqûre	10	33,30
Pesanteur	7	23,30
Colique	4	13,30
Autre	1	3,30
Total	30	100,00

La douleur était à type de pique chez **33,3 %** des patients.

Tableau XV : répartition des malades selon le début de la douleur.

Mode de début de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Brutal	13	43,30
Progressif	17	56,70
Total	30	100,00

La douleur était progressive dans **56,7%** des cas.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XVI: répartition des malades selon l'irradiation de la douleur.

Irradiation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Diffuse	25	83,30
Non	5	16,70
Total	30	100,00

La douleur était diffuse dans **83,3%** des cas.

Tableau XVII : répartition des malades selon l'intensité de la douleur.

Intensité de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Faible	1	3,30
Moyenne	15	50,00
Forte	14	46,70
Total	30	100,00

Intensité de la douleur était **moyenne** chez **50%** des patients.

Tableau XVIII : répartition des malades selon l'évolution de la douleur.

Evolution de douleur	Effectifs	Pourcentage
Permanente	23	76,70
Intermittente	7	23,30
Total	30	100,00

La douleur était **permanente** chez **76,7%** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XIX : répartition des malades selon le facteur déclenchant la douleur.

Facteur déclenchant	Effectifs	Pourcentage
Spontanée	17	56,70
Effort	8	26,70
Stress	1	3,30
Repas	3	10,00
Autre	1	3,30
Total	30	100,00

La douleur spontanée a été retrouvée chez **56,7%** des patients.

Tableau XX : répartition des malades selon le facteur calmant.

Facteur calmant	Effectifs	Pourcentage
Antalgique	17	56,70
Position antalgique	1	3,30
Vomissement	2	6,70
Émission de selle ou de gaz	1	3,30
Autre	2	6,70
Indéterminé	7	23,30
Total	30	100,00

La douleur était calmée par les antalgiques chez **56,7%** des patients.

Tableau XXI : répartition des malades selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	1	3,30
Epigastralgie/UGD	1	3,30
Aucun	28	93,70
Total	30	100,00

Aucun antécédent médical n'a été retrouvé chez **93,7%** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXII : répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Sans ATCD	29	96,70
Césarienne	1	3,30
Total	30	100,00

Vingt-neuf patients n'avaient aucun antécédent chirurgical.

E-Examen générale

Tableau XXIII : répartition des malades selon la température corporelle

Température corporelle	Effectifs	Pourcentage
Normale	1	3,30
Fièvre	21	70,00
Non prise	8	26,70
Total	30	100,00

La fièvre était présente chez **70 %** des patients.

Tableau XXIV : répartition des malades selon le pouls.

Pouls	Effectifs	Pourcentage
60-100/mn	8	26,70
Sup=100/mn	22	73,30
Total	30	100,00

Le pouls était accéléré chez **73,3%** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXV : répartition des malades selon la pression artérielle.

Pression artérielle	Effectifs	Pourcentage
Normale	3	10,00
Hypotension	17	56,70
Hypertension	1	3,30
Non Prise	9	30,00
Total	30	100,00

L'hypotension artérielle était retrouvée chez **56,7%** des patients.

NB : la pression artérielle n'a pas été évaluée chez les enfants

Tableau XXVI : répartition des malades selon la fréquence respiratoire.

Fréquence respiratoire	Effectifs	Pourcentage
Normale	8	26,70
Polypnée	22	73,30
Total	30	100,00

La polypnée était retrouvée chez **73,3%** des patients.

Tableau XXVII : répartition des malades selon l'aspect de la langue.

Langue	Effectifs	Pourcentage
Normale	25	83,30
Saburrale	5	16,70
Total	30	100,00

L'aspect de la langue était normal chez **83,3 %** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXVIII : répartition des malades selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Respiration abdominale abolie	21/30	70,00
Distension abdominale	17 / 30	56,70
Douleur à la palpation	30 /30	100,00
Douleur diffuse	25/30	83,30
Contracture abdominale	25/30	83,30
Cris de l'ombilic	30 /30	100,00
Matité pré-hépatique	21/30	70,00
Matité hydrique	20/30	66 ,70
Absence du bruit hydro aérique	21 /30	70,00
Cul de sac de douglas bombé et douloureux	30/30	100,00

Les **56,7%** de nos patients présentait une distension abdominale.

La douleur abdominale a été retrouvé chez tous nos patients.

La douleur était diffuse chez **83,3 %** de nos patients.

Les cris de l'ombilic étaient présents chez tous nos patients.

Les **83, 3%** de nos patients avaient une contracture abdominale.

Respiration abdominale était abolie chez **73,3%** de nos patients.

La matité pré-hépatique est conserve chez **70%** des cas.

La matité hydrique était présente chez **66,7 %** de nos patients.

Les bruits hydro aériques étaient Absents chez **70 %** de nos patients.

Le cul de sac de douglas était bombé et douloureux chez tous nos patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXIX : répartition des malades selon les examens complémentaires.

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage
Échographie abdominale	21	70,00
Echographie abdominale et Rx de l'ASP	9	30,00
Total	30	100,00

L'échographie abdominale a été réalisée chez tous les patients.

La Rx de l'ASP a été réalisée chez **30%** des patients.

Tableau XXX : répartition des malades selon le résultat d'échographie abdominale.

Résultat d'échographie	Effectifs	Pourcentage
Epanchement liquidien	21	70,00
Normale	1	3,30
Lésion appendiculaire	7	23,30
Invagination intestinale aigue	1	3,30
Total	30	100,00

L'épanchement liquidien a été retrouvé chez **70 %** des patients.

Tableau XXXI : Répartition des malades selon le résultat de Rx de l'ASP.

Résultat de l'ASP	Effectifs	Pourcentage
Normal	1	3,30
Grisaille	27	90,00
NHA	2	6,70
Total	30	100,00

La Rx de l'ASP a permis d'objectiver une image de grisaille floue dans **90%** des cas

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXXII : Répartition des malades selon le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	27	90,00
Péritonite par perforation gastrique	1	3,30
Occlusion intestinale aigue	2	6,70
Total	30	100,00

La péritonite appendiculaire a été le diagnostic préopératoire le plus fréquent soit **90%** des patients.

Tableau XXXIII : répartition des malades selon le traitement reçu avant admission.

Traitement reçu avant admission	Effectifs	Pourcentage
Médical	14	46,70
Traditionnel	5	16,70
Médical et Traditionnel	11	36,70
Total	30	100,00

Avant l'admission **46,7 %** des patients avaient reçu un traitement médical.

Tous les patients ont été opéré sous AG sans IOT.

La laparotomie médiane a été réalisée chez tous les patients.

Tableau XXXIV : répartition des malades selon l'aspect du liquide.

L'aspect du liquide	Effectifs	Pourcentage
Purulent	22	73,30
Séro-purulent	8	26,70
Total	30	100,00

L'aspect du liquide était purulent chez **73,3%** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXXV : répartition des malades selon la quantité d'épanchement.

Quantité d'épanchement	Effectifs	Pourcentage
Inf. à 500	26	86,70
500 à 1000	2	6,70
Sup à 1000	2	6,70
Total	30	100,00

La quantité de l'épanchement intrapéritonéal était inférieure à 500 ml dans **86,7%** des cas.

Tableau XXXVIVI : répartition des malades selon le diagnostic peropératoire.

Diagnostic peropératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendice perforé à son extrémité proximale	5	16,70
Appendice perforé à son extrémité distale	25	83,30
Total	30	100,00

En peropératoire l'appendice était perforé à son extrémité distale dans 83,3% des cas.

L'appendicectomie, le lavage et le drainage ont été réalisés chez tous les patients.

Tableau XXXVII : répartition des malades selon la durée d'intervention chirurgicale.

Durée d'intervention chirurgicale	Effectifs	Pourcentage
> à 2h	3	10,0
1h à 2h	27	90,0
Total	30	100,0

Dans 90 % des cas l'intervention chirurgicale à durée de 1 à 2 heures.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Tableau XXXVIII : répartition des malades selon la classification d'ASA.

Classification d'ASA	Effectifs	Pourcentage
ASA I	28	93,40
ASA II	1	3,30
ASA V	1	3,30
Total	30	100,00

Les patients ont été classé ASA I dans 93,4 % des cas.

Tableau : XXXIX : répartition des malades selon le score de Mannheim.

Score de Mannheim	Effectifs	Pourcentage
> 26	4	13,30
< 26	26	86,70
Total	30	100,00

Le score de Mannheim était < 26 chez 86,7 % des patients.

< 26 = pronostic bon.

>26 = pronostic réservé.

Tous les patients ont reçu l'antalgique palier I.

La tri-antibiothérapie a été réalisée chez tous les patients.

Tableau : XL répartition des malades selon la durée de L'antibiothérapie.

Durée antibiothérapie	Effectifs	Pourcentage
0-15j	29	96,70
Sup à 15j	1	3,30
Total	30	100,00

L'antibiothérapie a été réalisée sur une durée de **0 à 15** jours chez **96,6%** des patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

5.4 Evolution et complications :

Tableau XL : répartition des malades selon les suites opératoires immédiates.

Suite opératoire	Effectifs	Pourcentage
Simple	28	93,40
Suppuration pariétale	1	3,30
Décès	1	3,30
Total	30	100,00

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez **93,4%** des patients.

Tableau XLI : répartition des malades selon la suite opératoire à moyen terme.

Suite opératoire 1mois	Effectifs	Pourcentage
Simple	28	93,3
Occlusion intestinale	1	3,3
Total	29	96,6

Les suites opératoires ont été marquée par une occlusion intestinale dans **3,3%** des cas.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours et les extrêmes étaient 6 et 20 jours.

5.5 Le coût :

Tableau XLII : répartition des malades selon le coût.

Coût	Effectifs	Pourcentage
Inf. à 100 000	29	96,7
100 000 à 150 000	1	3,3
Total	30	100,0

Dans la majorité de nos patients soit **96,7%** le coût de la prise en charge était inférieur à 100 000 Fcfa. Le coût moyen était de 96 000 ± 5 297,79 Fcfa et les extrêmes étaient 90 000 et 150 000 Fcfa.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

6.1 Méthodologie

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive sur vingt quatre (24) mois du 1^{er} Janvier 2018 au 31 Décembre 2019. Elle a été portée sur 30 patients opérés pour péritonite appendiculaire.

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

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

- Le mauvais archivage,
- L'insuffisance du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires en urgence (prélèvement de pus + antibiogramme, ionogramme sanguin, la créatinémie etc.)
- Le faible pouvoir d'achat des malades rendant difficile la prise en charge rapide de certains patients.

6.2 Fréquence :

Durant la période d'étude nous avons réalisé 400 cas interventions chirurgicales, 68 cas de péritonite aigue et 30 cas de péritonite appendiculaire. La péritonite appendiculaire représente 44,1% des péritonites opérées et 7,5% d'activité chirurgicale dans le service.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

6.3 Epidémiologie :

Tableau XLIII : Fréquence de la péritonite appendiculaire par rapport à l'ensemble des cas de péritonites

Auteurs	Yaokreh J-B (RCI) 2015 [22]	Ouangre E (Burkina Faso) 2013[23]	Kante L (Mali) 2006 [21]	Malle O (CSRef CI Bko) 2012[24]	Diarra M (Hôpital de Sikasso) 2016 [5]	Notre étude 2019
Effectif	82/171	73/221	17/40	21/40	31/59	30/68
Fréquence	47.9%	33%	42.5%	52.5%	52.5	44,1
P	0,746	0,260	0,918	0,616	0,575	

Malgré les avancées dans la prise en charge de l'appendicite, la fréquence des péritonites d'origine appendiculaire reste élevée.

Dans notre étude les péritonites appendiculaires ont représenté 44,1% des péritonites aiguës.

Ces résultats sont comparables à ceux des différents auteurs qui rapportaient des fréquences entre 33 et 52,5% [5,21-24].

Tableau XLIV : Sex-ratio selon les auteurs Hommes sur Femmes

Auteurs	Sex-ratio	Homme/Total	P
Bakhou A. Maroc 2012 [25]	2.17	43/63	0,719
Berthe A et Coll. France 2012 [26]	1.20	52/95	0,790
Konate EB. Mali 2014 [6]	2.05	29/43	0,760
Mariage M. France 2016 [27]	1.22	49/89	0,804
Diarra M. 2019 [5]	2.44	22/31	0,680
Notre étude	1,50	18/30	-

Le sexe ne constitue pas à lui seul un facteur influençant le pronostic. Cependant une prédominance masculine a été observée dans notre étude avec un taux de 60% soit un sexe-ratio de 1,50. Nos résultats sont comparables à ceux rapportés par certains auteurs (tableau XLV).

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

L'âge :

Tableau XLV : Age moyen selon les auteurs Hommes/Femmes

Auteurs	Age moyen	Effectif	P value
Harouna Y NIGER 2005[28]	26	70	0,115
Camara B. Mali 2008 [29]	22.5	137	0,412
Mariage M. France 2016 [27]	39.8	89	0,044
Diarra M 2018 [5]	20.42	31	0,452
Notre étude	26,07	30	-

L'âge moyen de nos patients était de $26,58 \pm 9,40$ ans avec des extrêmes de 4 ans et 70 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (complications de la fièvre typhoïde, de l'appendicite et des ulcères gastro-duodénaux).

Cet âge moyen est comparable à ceux de Harouna Y au Niger [28] ($p = 0,115$) et de Camara au Mali [5] ($p = 0,412$). Il est nettement inférieur à celui de Mariage M en France [27] ($p = 0,044$).

6.4 Etudes Clinique

Délai de consultation :

Tableau XLVI : Délai de consultation selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Délai moyen (jours)	P value
Bakhou A. Maroc 2012 [25]	63	5	0,459
Camara B. Mali 2008 [29]	137	5,8	0,086
Faniez. France 1992 [2]	140	1	0,001
Mariage M. France 2016 [27]	89	1	0,007
Diarra M [5]	31	5,7	0,590
Notre Série	30	4	-

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Le délai moyen de consultation était de 4,4 jours (106,4 ± 18,65 h). Ce résultat est comparable à ceux obtenue par Bakhou A [25] (p = 0,459), Camara B (p = 0,086) [29], Diarra M (p = 0,590) [5].

Un long délai de consultation est observé en général dans les séries africaines [29,5], en moyenne entre 4-6 jours, contre seulement 1 jour en France [2,27].

Ce retard de consultation serait lié :

- ✓ Au recourt à l'automédication et au traitement traditionnel en première intention,
- ✓ Au manque de moyens financiers et l'absence d'assurance maladie,
- ✓ A l'insuffisance de la couverture sanitaire.

SIGNES CLINIQUES :

L'agression chimique et/ou septique du péritoine, la péritonite entraîne de profondes modifications à la fois péritonéales et systémiques avec des retentissements local et général qui sont à l'origine des signes suivants [20,17] :

Les signes fonctionnels :

Tableau XLVII : Comparaison des principaux signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs	KUNIN France 1991[30] N :216	JHOBTA Inde 2006 [31] N=504	BAKHOU A. Maroc 2012[25] N=63	CAMARA B Mali 2008 [29] N=137	DIARR A M 2018 [5] N=31	NOTRE ETUDE N=30
Signes fonctionnels						
Douleur abdominale	95%	98%	100%	100%	100%	100%
Vomissements	81%	66%	96%	69,3%	80,6%	76,7%
Arrêt de matière et gaz	14,3%		19%		6 ,4%	13,3%

La douleur abdominale diffuse a été le principal signe fonctionnel dans notre étude.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [5,25,29,30,31]. Dans notre étude elle était présente chez tous les malades. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [29,17].

Les vomissements ont été retrouvés chez **76,7%** des patients. Ils traduisent l'expression de l'iléus paralytique dans les formes généralisées, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques [28].

L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Il peut être précoce ou tardif ; d'installation progressive [28]. Les 13,3% de notre série ne diffère pas statistiquement des 14,3% de Kunin [23] en France

Les signes généraux :

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [29].

La fièvre habituellement élevée dès le début. La notion de fièvre a été rapporté par tous (100%) les patients avant l'admission mais n'a été chiffrée que chez 70% des patients. Ces résultats se rapprochent de celui rapporté par **Camara B [29]** soit 85,3% des cas.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Signes physiques :

Tableau XLVIII : signes physiques selon les auteurs

Auteurs	Faniez France 1992[2] N=140	Bakhou A. Maroc 2012 [25] N=63	Camara B Mali 2008 [29] N=137	Diarra. M Mali 2018 [5] N=31	Notre étude 2019 N=30
Signes physique					
Abolition de la respiration abdominale	50%	-	67.8%	64,5%	73 ,3%
Défense localisée	-	76%	19,7%	19,4%	
Contracture	30%	11%	89,1%	80,6%	83,3%
Douleur du cul de sac de douglas	50%	47%	93,4%	100%	100%

Le diagnostic de péritonite est avant tout clinique. La contracture abdominale est le signe physique majeur [29], si l'examen est précoce elle peut être localisée ou limitée à une simple défense généralisée qui a la même signification sémiologique [29]. Elle a été notée chez 83,3 % des patients. Ce taux varie entre 20,8% et 89% selon les auteurs [23,27,8,30,31].

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

L'immobilité de l'abdomen traduit l'attaque péritonéale, c'est un symptôme fréquemment rencontré [32]. Elle a été notée chez 73,3% des patients. Ce taux est comparable à ceux de Camara B [29], Moussa. M [5] et Faniez [2] qui ont trouvée respectivement 67,8 %,64,5% et 50%.

La douleur dans le cul de sac de douglas présente un intérêt diagnostique dans le syndrome péritonéal, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez tous les patients. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de Camara B. [29] et de Diarra M [5] qui ont trouvée ceux de 93,4% et 100%.

6.5 Examens complémentaires : imagerie

Le diagnostic de la péritonite appendiculaire est essentiellement clinique et la confirmation est per opératoire. Aucun examen (imagerie, biologie) n'est indispensable et ne doit pas retarder la sanction chirurgicale qui s'impose en urgence, mais sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [2,33,34].

Tableau XLIX : Comparaison des Imageries médicales demandées selon les auteurs

Auteurs	Examens demandés			
	Echographie abdominale	P value	ASP	P value
Camara B. Mali 2008 [29] N = 137	8,7%	<10 ⁻³	5,1%	0,0004
Bakhou A. Maroc 2012 [25] N = 63	36,5%	0,004	86%	0,021
Mariage M. France 2016 [27] N = 89	40,5%	0,005	-	-
Diarra M 2016 [5] N = 31	90,3%	0,855	51,6%	0,265
Notre étude	100 %	-	30 %	-

Echographie :

L'échographie abdominale est l'examen de référence au moment où le diagnostic clinique n'est pas typique et permet d'éliminer certains diagnostics différentiels [32].

A l'échographie, les signes positifs d'une péritonite appendiculaire se manifestent par une structure tubulaire de plus de 6 mm de diamètre et parfois un stercolithe intraluminal, non visible à la radiographie de l'ASP. Il est également possible de voir un épanchement dans la cavité péritonéale péri appendiculaire (abcès) ou diffus (péritonite) [32]. En sachant que l'absence d'épanchement n'élimine en rien une péritonite [32].

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Elle a été demandée chez tous nos patients soit 100 % nos résultats sont proches de celui de Diarra M [5] ($p=0,855$) mais nettement supérieur à celui de Mariage ($p=0,005$) [27]. Elle a permis d'objectiver un épanchement péritonéal et/ou une lésion appendiculaire chez 21 (70 %) de nos patients.

Rx de l'ASP :

Elle peut montrer des signes en rapport avec la péritonite et ou des signes orientant vers l'étiologie elle n'a pas été systématique dans notre étude. Il a été demandé chez 30 % de nos patients car le diagnostic était objectivé par l'échographie.

Elle a permis d'objectiver une grisaille floue chez 4 patients (13,3%) associés à des niveaux hydro-aériques chez 2 patients soit 6,7 %.

Le pneumopéritoine n'a pas été retrouvé. Son absence dans la perforation appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important [2, 30].

6.6 Traitement

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

➤ Réanimation :

C'est le premier temps essentiel, elle associe :

La rééquilibration hydroélectrolytique et hématologique par perfusion de solutés [2,35].

Dans notre étude réanimation a été systématique chez tous les patients. Cette réanimation a été brève en pré opératoire (quelques heures avant la laparotomie) poursuivie en post opératoire. Elle était couplée à la mise en place de sondes nasogastrique et urinaire pour évaluer le bilan hydrique (entrées et sorties).

➤ **L'antibiothérapie :**

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie [2].

Les produits utilisés doivent être actifs sur les germes aérobie et anaérobie, les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intrapéritonéale.

L'association aminoside, imidazolé et bêtalactamines correspondant à ce schéma [2,31]. Nous avons utilisé l'association (Ciprofloxacine-Gentamicine-métronidazole). Cette antibiothérapie était administrée par voie parentérale en pré, per et postopératoire.

Cette association a été utilisée par plusieurs auteurs [18,17] et est conforme aux recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation [36].

Dans notre étude 93,3 % des patients ont reçu une Tri antibiothérapie de 7 à 15 jours avec une durée moyenne de 11,5 jours. Ce résultat est inférieur à celui de Diarra. M [5] qui avait trouvé une moyenne de 15jours ($p = 0,682$).

➤ **La chirurgie :**

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

Voie d'abord :

La voie d'abord de prédilection était la laparotomie médiane sus et sous ombilicale. Elle a été utilisée chez 100% de nos patients.

Ces résultats ne diffèrent pas des séries africaines :

- Au Maroc, Bakhou A. [25] a trouvé 96,5% de laparotomie médiane ($p = 0,918$).
- Au Mali, Camara B [29] a utilisé la voie médiane dans 91,3% ($p = 0,749$).

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- En France, dans la série de Mariage M [27], 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie (p = 0,909).

Siège de l'appendice :

Tableau L : Siège de l'appendice selon les auteurs

Siège de l'appendice	Harouna Y. 2000[28]	Bakhou Maroc 2012[25]	Camara MALI 2006 [29]	Diarra M MALI 2018[5]	Notre étude
Latéro-caecal	62,2	24	76	83,9	93,3
Rétro caecal	22,1	32	10	12,9	3,3
Sous hépatique	4,1	3	-	3,2	
Méso-cœliaque	-	27	7,4	-	3,3
Pelvien	5,5		6,6	-	

La FID a été le principal siège de l'appendice chez tous les malades (**100% des cas**) comme l'atteste la littérature générale ainsi que les études qui ont été réalisées au **Mali [29]** au **Niger [28]** et en **France [27]**

Technique opératoire

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

L'appendicectomie reste la solution idéale dans la péritonite appendiculaire, nous l'avons pratiqué chez tous les malades comme d'autres auteurs [2,31].

L'aspiration, l'appendicectomie associée à une toilette péritonéale abondante au sérum physiologique et un drainage systématique des gouttières pariéto-coliques et du cul de sac de douglas ont été réalisés chez tous les patients.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

6.7 Evolution

Morbidités

Tableau LI : suites opératoires immédiates selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Morbidité	P value
Harouna Y Niger 2005 [28]	70	18,5	0,756
Camara B Mali 2008[29]	137	15,3	0,124
Ouangre E (Burkina Faso) 2013 [23]	73	23,3	0,533
Yaokreh J-B (RCI) 2015 [22]	82	15,8	0,721
Mariage M. France 2016 [27]	89	24,7	0,697
Diarra M. Mali 2018 [5]	31	16,1	0,123
Notre étude	30	6,6	-

Le taux de morbidité de 6,6% ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs africains et occidentaux (Tableau LII). Dans notre étude la morbidité post opératoire a été marqué par des complications à type de suppuration pariétale chez 1patient (3,3%). Aucun des patients n’a fait objet de reprise chirurgicale.

Les facteurs de morbidité retrouvés dans notre étude étaient le retard de consultation.

Mortalités

Tableau LII : mortalité selon les auteurs

Auteurs	Yaokreh J-B (RCI) 2015[22]	Ouangre E. (Burkina Faso) 2013 [23]	Mariage M. France 2016[27]	Diarra M. 2018 MALI [5]	Notre Etude 2020
Effectif	1/82	12/73	1/89	3/31	1 /30
Mortalité	1,2	16,4	1,1	9,7	3,3
P value	0,454	0,100	0,426	0,348	-

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

La mortalité des péritonites aiguës varie selon l'étiologie. Dans les séries africaines [22,23,5] comme la nôtre, la mortalité des péritonites appendiculaires varie de 1,2% à 16,4%, contre 1,1 en France [27].

La littérature européenne estime cette mortalité < 10% [2].

Nous avons enregistré un (1) cas de décès soit 3,3% par choc septique, le facteur de mortalité retrouvé était le retard de consultation.

Les facteurs pronostiques rapportés dans les séries africaines sont essentiellement :

- Le retard de la prise en charge lié à certaines pratiques traditionnelles,
- Et aux modestes moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Les causes de décès rapportées dans les séries africaines sont essentiellement (le choc septique et hypovolémique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale [24,25,5].

La mortalité des péritonites extrahospitalières varie de 0 % et plus de 40 % selon l'étiologie, la population étudiée et la sévérité clinique initiale [37, 38, 39].

Les péritonites d'origine appendiculaire paraissent de meilleur pronostic [40].

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATION**

7. CONCLUSION

Les péritonites appendiculaires constituent l'une des entités étiologiques les plus fréquentes. Elles sont caractérisées par un retard de la prise en charge. Le diagnostic est essentiellement clinique et la prise en charge est médico-chirurgicale. Malgré qu'elles aient un bon pronostic, leur mortalité et morbidité ne sont pas négligeables dans les pays en voie de développement. Une amélioration du plateau technique, une couverture sanitaire suffisante et une éducation pour la santé pourraient diminuer le taux mortalité et morbidité.

RECOMMANDATIONS

A la population

- La consultations immédiate devant toute douleur abdominale
- L'éviction de l'automédication

Aux autorités sanitaires

- L'assurance d'une bonne répartition des spécialistes dans les régions.
- L'équipement du CS Réf en moyens matériel, diagnostique et thérapeutique : endoscopie ; réactifs et consommables du laboratoire.
- Le renforcement du service social dans la prise en charge des démunis.

Aux personnels sanitaires

- L'examen minutieux de chaque malade.
- La référence de tous patients présentant un problème de diagnostic ou de prise en charge dans un bref délai.
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire et interservices.
- L'éviction de l'utilisation abusive des antibiotiques en utilisant le référentiel de l'utilisation des antibiotiques du Mali.

REFERENCES

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

REFERENCES

1. Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013. Paris : Urgences chirurgicales, 2ème Edition: n° 275 ; péritonite P 109 en 2005.
2. **Faniez PL, Koffi E, Panis Y.** Péritonites appendiculaires. Rev prat (Paris) 1992 ; 42(6) :706-10
3. **Ohmann C, Franke C, Kraemer M et Yang Q.** Neues Zur Epidemiologic der akuten appendicitis. Der Chirurg 2002 ; 73:769-776
4. **Sogoba G, Sangare S, Traore LS, Togo A, Traore A, Diakite I et al.** Perforation digestives non traumatiques : étiologies et pronostic à l'Hôpital somme Dolo de Mopti en 2013 Tome XXVIII Numero 3
5. **Diarra MO.** Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso. [Thèse Med] FMOS 2018. P101. N°18M71 Page=91.
6. **Konate EB.** Péritonites aiguës généralisées : aspects thérapeutiques et pronostiques au service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. [Thèse méd] FMOS 2014 n°14M97 P=117
7. **Flum DR et al.** Has is diagnosis of decreased over time? A population –based analysis. JMA 2001.286;742».
8. **Kraemer M, Kraemer K, Leppert R.** Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute abdominal pain study group. Eur J Surg.1999 May; vol:165(5):473-80.
9. **Chavda SK, Hassan S.** Appendicitis at Kenyatta national hospital, Nairobi. East Afr Med J.2005 Oct, 82(10):526-30
10. **Rouvière H.** Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc Edition Masson 1998 ; Tome 2, p728.
11. **Kamina P.** Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z Malione S.A Editeur 1983 : 1742-44.
12. **Kamina P.** Dictionnaire Atlas d'anatomie, A-F Maloine S.A Editeur 1983 : P74-86.
13. **Faniez PL, Serpeau, Thomson C.** Péritonite aigue Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.
14. **Chevalier JM.** Anatomie : Le Tronc Flammarion Med -Sciences (Paris) 1998.
15. **Faniez PL, Serpeau, Thomson C.** Péritonite aigue Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

16. **Barbier J, Carretier M.** Péritonite aiguës Encycl Med –Chir Urgences 1988; 24048 B10, 2:p18.
17. **Maiga B.** Contribution à l'étude des appendicites: aspect clinique, anatomopathologique, et étiologique au CSREF de la commune I en 2015,15M59,pages:90.
18. **Rohr S, Lang H, Meyer C, Mechine A.** Appendicite aigue EMC (Paris) gabstro- entérologie 1999; 9- 066 A10 – 11p.
19. **Marchal G, Hoff X, Pailler JL, Perret M.** Connaissance du corps Humain. Edition épigone (Paris) 1992 ; 10-13 :220p.
20. **Dr Calin Lazar C.** Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013. Paris : Urgences chirurgicales, 2ème Edition: n° 275 ; péritonite P 109.
21. **Kanté L, Diakité I, Togo A, Dembélé BT, Traoré A, Maiga A et al.** Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital sominé DOLO de Mopti: aspects épidémiologiques et thérapeutiques Mali médical 2013 tome xxviii n°3 P=23.
22. **Yaokreh J-B, Coulibaly O, Kouamé DB, Koffi KM, Tembely S, Kouamé YSG et al.** Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon EDUCI 2015. Rev Int sc méd 2015 ;17,4 :173-177.
23. **Ouangre E, Zida M, Bonkougou P G, Sanou A, Traore S.** Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. Rev. CAMES SANTE Vol.1, N° 2, Décembre 2013 P=78
24. **Malle OA.** Péritonites au CSREF de la commune I de Bamako : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse med Bamako 2015 n °14 15M145 P=87
25. **Bakhou A.** Les péritonites appendiculaires chez l'enfant Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech [Thèse Med] Marrakech 2012. N° 2
26. **Berthe-Aucejoa, Postairea M, Cheikhlarb A, Zaharc J-R., Bourgeta P.** Antibiothérapie dans les péritonites appendiculaires de l'enfant : le relais par voie orale est-il effectué ? Elsevier Masson 2012 Archives de Pédiatrie 2012 ;19 :1303-1307 Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com
27. **Mariage M.** Péritonite stercorale d'origine appendiculaire: une forme rare et grave d'appendicite aiguë Thèse méd. Amiens 2016 n°174 P=59
28. **Harouna YD, Abdou I, Saidou B et Bazira L.** Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey. Communication scientifique ACAF Bamako 9 Dec.2005
29. **Camara B.** Péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2008 13M148 P=89

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

30. **Kunin N, Letoquard JP.** Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : analyse statistique multifactorielle de 216 observations. J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) :481-6
31. **Jhobta RS, Attri AK, kaushik R.** Spectrum of perforation peritonitis in India-review of 504 consecutive cases. World J of emergency surg 2006, 1:26
32. **Mondor H.** Diagnostics urgents abdomen Masson 9^eme éd 1979; 1190, 24cm
33. **Flamant Y.** Complications de l'appendicite aiguë Rev Prat (paris) 1994 ; 44 :2231-35
34. **Jean YM, Jean LC.** Péritonite aiguë Rev Prat (Paris) 2001 ; 51 :2141-45
35. **James K, Ahouangbevi A.** La Netilmicine dans les infections en chirurgie au CHU de Lomé : Med d'Afrique noire, 1990 ; 37(11)
36. **Ouali M., Rahil O.** Antibiothérapie pour péritonites appendiculaires chez l'enfant. Devons-nous changer nos habitudes ? Annales françaises d'anesthésie et de réanimation volume 33, (3suppl) 2014 : A393-A394 Disponible en ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.07.672> (Consulté le 08/12/17)
37. **Riche FC, Dray X, Laisne MJ, Mateo J, Raskine L, Sanson-Le Pors MJ et al.** Factors associated with septic shock and mortality in generalized peritonitis : comparison between community-acquired and postoperative peritonitis Crit Care 2009 ; 13 : R99
38. **Montravers P, Lepape A, Dubreuil L, Gauzit R, Pean Y, Benchimol D et al.** Clinical and microbiological profiles of community-acquired and nosocomial intra-abdominal infections: results of the French prospective, observational EBIIA study J Antimicrob Chemother 2009; 63: 785-794 [cross-ref]
39. **Cattan P, Yin DD, Sarfati E, Lyu R, De Zelicourt M, Fagnani F.** Cost of care for inpatients with community-acquired intra-abdominal infections Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2002 ; 21 : 787-793 [cross-ref]
40. **Gauzit R, Pean Y, Barth X, Mistretta F, Lalaude O.** Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis : à French prospective observational multicenter study Surg Infect 2009 ; 10 : 119-127

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Prise en charge des péritonites appendiculaires au centre de santé de référence de Bougouni

I- Identification du patient

Q1-Numéro de la fiche d'enquête : Q2-Date d'entrée:/.../.../.../

Q3-Prénom et nom :

Q4-Age : /.../

1= inférieur à 15 ans 2= 16-30 ans 3=31-45 ans 4= 46-60 ans 5=61-75 ans 6=76-85 ans 7= supérieur à 86 ans

Q5-Sexe :/...../ 1=Masculin 2=Féminin

Q6 Profession :/.../ 1=éleveur ; 2=fonctionnaire ; 3=Ouvrier ; 4=Commerçant ; 5=Scolaire ; 6=Paysan ; 7=Ménagère 8=Autres (préciser).....

Q7-Ethnie : /.../ 1=Sénoufo ; 2=Bambara ; 3=Sarakolé ; 3=Peulh ; 4=Minianka ; 5=Autres.....

Q8-Résidence :/...../ 1= Urbain ; 2=Rural ; 3= Autre pays

Q9-Statut matrimonial : /.../ 1=Célibataire ; 2= Marié ; 3= Divorcé ; 4= Veuf

Q10-Niveau d'étude :/.../ 1=Aucun ; 2= Primaire ; 3=Secondaire ; 4=Supérieur ; 4=Indéterminé

Q11-Mode d'admission : 1=Urgence ; 2=Consultation externe ; 3=Autre.....

Q12-Adressé par :/___/ 1=Aide-soignant ; 2=Infirmier ; 3=Médecin généraliste ; 4=Médecin spécialiste ; 5=Parents 6= venu de lui-même

Q13-Provenance : /.../ 1=CSCCom 2=CSRéf 3=Cabinet ou clinique privé 4=autre :

II-Etude clinique

Signes fonctionnels :

Q14-Délai de consultation : /.../1= < 24h ; 2=24-72h ; 3= >72h

Q15-Motif de consultation : /.../1=Douleur abdominale ; 2=Vomissements ; 3= Arrêt de matières et de gaz ; 4=Trouble du transit ; 5=Autres

Q16-Siège de la douleur :/___/ 1=FID ; 2=FIG ; 3=Flanc droit ; 4=Flanc gauche ; 5=Hypochondre droit ; 6=Hypochondre gauche ; 7=Epigastrique ; 8=Hypogastrique ; 9= Péri-ombilical ; 10=Diffuse 11=Indéterminé

Q17-Mode de début de la douleur : /.../ 1=Brutal ; 2=Progressif ; 3=Intermittente ; 4=Autres ; 5=Indéterminé

Si autres préciser :

Q18- Type de la douleur :/.../ 1=Brûlure ; 2=piqûre ; 3=Torsion ; 4=Pesanteur ; 5=Colique ; 6=Autres

Q19-Irradiation de la douleur :/.../ 1=Organes génitaux ; 2=Périnée ; 3=Latérale ; 4=Ascendante ; 5=Diffuse ; 6=Autres 7= Non, Si autres préciser :

Q20-Intensité de la douleur estimée en E.V.A : /___/10/ 1=Faible ; 2=Moyenne ; 3=Fort

Q21-Evolution de la douleur :/___/ 1=Permanente 2=Intermittente 3=Autres Si autres préciser :

Q22-Facteur déclenchant :/.../1=spontanée ; 2=Effort ; 3=Stress ; 4=Repas ; 5=Faim ; 6=Autres

Si Autres préciser :

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Q23-Facteur calmant : /___/ 1=antalgique (à préciser) ; 2=Position antalgique (à préciser) ; 3=Ingestion d'aliment (à préciser) ; 4=Vomissement ; 5=émission de selles et/ou de gaz ; 6=Autres 7=Indéterminé Si autres (préciser).....

Q24-Signes d'accompagnements de la douleur

Q25-Nausées/ vomissements : /.../ 1=postprandiaux précoces, 2=postprandiaux tardifs, 3=alimentaires, 4=bilieux

Q26-Fièvre : /.../ 1= Inf. à 37°C ; 2=37,5-38°C ; 3=38,5-39°C ; 4=39,5-40 °C ; 5= sup à 40°C

Q27-Trouble du transit : /.../ 1= diarrhée ; 2=constipation ; 3= alternance diarrhée/constipation ; 4= autres

Si Oui préciser :

Q28-Signes urinaires : /.../1= brulure ; 2=hématurie ; 3=dysurie ; 4=pollakiurie ;5=néant

Q29-Arrêt de matières et de gaz : /.../ 1=Oui 2=Non :

Q30-Anorexie : /.../ 1=Oui 2=Non

Q31-Traitement reçu avant admission : /.../ 1= Médical ; 2=Médication traditionnelle ; 3=aucun ; 4=1+2 ; 5= autres Préciser :

Traitement médical reçu : /.../ 1=antalgiques ; 2=antibiotiques ; 3= anti-inflammatoire ; 4= 1+2 ; 5 =1+2+3 ; 6= autres

Antécédents

Q32- Médicaux : /.../ 1=HTA ; 2=Epigastralgie/UGD ; 3=Diabète ; 4=Drépanocytose ; 5=Aucun ; 6=Autres

Si autres préciser :

Q33- Chirurgicaux : 1=Oui 2=Non Si oui, diagnostic à préciser :

Les suites opératoires à préciser :

Signes généraux

Q34- IPOMS : /.../ 0=0 ; 1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; 4 = 4 ;

Q35-Conjonctives : /.../ 1=Colorées ; 2=Pâle ; 3=Ictère

Q36-Langue : /.../ 1= Humide ; 2= Sèche ; 3=Saburrale

Q37-Température : /.../ 1=<36.5 ; 2=36.5- 37°5 ; 3=37°6 – 38°5 ; 4 =38°6- 40° 4= Non fait

Q38-Pouls : /.../ 1= <60/mn ; 2= 60-100/mn ; 3= >100/mn

Q39-Pression Artérielle Systolique : /.../ 1= <100 mm hg ; 2=100-139mm hg ; 3= ≥140 mm hg

Q40- Pression Artérielle Diastolique : /.../1= <70 mm hg ; 2=70-89mmhg ; 3= 90mmhg ou plus

Q41-Fréquence Respiratoire : /.../ 1=14-20 cycles/mn 2= <14cycles/mn 3= >20cycles/mn
99=Indéterminé

Q42-Déshydratation : /..../ 1=Oui 2=Non

Q43-Etat de conscience du patient : /.../1=Normale 2= Agité 3=Confus 4=Coma 5= Autres
6=Indéterminé

Q44-Score de Glasgow : /15

Signes physiques :

Taille=..... ; Poids=..... IMC=.....

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Inspection

Q45-Abdomen : 1=Symétrique ; 2=Asymétrique ; 3= Voussure ; 4=Distension abdominale 5=CIC ; 6= Autres

Si voussure préciser le siège :

Si CIC préciser :

Si autre préciser :

Q46-Respiration abdominale /.../ 1=Présente ; 2=Abolie ; 3=Autres

Si autre préciser :

Q47-Présence de CVC :/.../ 1=Oui 2=Non

Palpation

Q48-Douleur à la palpation :/.../ 1=Oui ; 2=Non Si Oui préciser le siège :

Q49-masse à la palpation :/.../ 1=Oui 2=Non Si Oui préciser le siège :

Q50-Défense localisée /.../ 1=Oui 2=Non Si Oui préciser le siège :

Q51-Contracture :/.../ 1=Oui 2=Non

Q52-Cri de l'ombilic :/.../ 1=Oui 2=Non

Q53-Adénopathies :/...../ 1=Présentes 2=Absentes Si présente, préciser le siège :
.....

Q54-PERCUSSION :/.../ 1= Matité hydrique 2=Tympanisme 3=Normale

Matité pré-hépatique :/.../ 1=conservée 2=abolie

Auscultation

Abdominale :

Q55- Bruits Hydro-aériques :/...../ 1= normaux 2=Absents 3=Augmentés 4= diminués

Toucher pelvien

Q56-Toucher vaginal : /___/ 1=normal 2=autres Si autres, préciser

Q57-Toucher rectal

Q58-Ampoule rectale :/___/ 1-Vide 2-Présence de selles 3-Présence d'une masse 4-autres

Si masse ou autres dériver :

Q59-Cul de sac de Douglas : /___/ 1=bombé 2= bombé et douloureux 3=non bombé 4= non douloureux ;
5= néant

Q60-Doigtier :/___/ 1-Propre, 2-Souillé de selles, 3-Présence de traces de sang, 4-autres

Si autres préciser :

Examen des autres organes :

Q61-Cardio-vasculaire :

Q62-Respiratoires :

Q63-Orl :

Q64-Génito-urinaires :

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

III-Examens para cliniques :

1. Imagerie :

Q65-L'échographie : /___/ 1= Fait 2= non fait

Si fait résultat : /___/ 1=épanchement 2= normale 3= lésion appendiculaire

Q66-ASP : /.../ 1= Fait 2= non fait

Si fait résultat : /___/1=Normale 2=pneumopéritoine 3=Grisaille 4=Stercorite 5=Anse sentinelle de FID 6=NHA 7=Autre

Q67-TDM : /.../1= Fait 2= non fait

Si fait résultat :

Q68-Diagnostic préopératoire : /.../ 1=péritonite 2=OIA 3=abcès appendiculaire 4=abcès du foie rompu

Si 1 préciser les causes:/...../1=appendiculaire ; 2= perforation gastrique ; 3= typhique ; 4= traumatique

2. biologie :

Q69-Groupe rhésus : /.../1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=O+ 6=O- 7=AB+ 8=AB-

Q70-NFS : /.../ 1= Fait 2= non fait

Si Fait : /.../1= Normale 2=Anémie 3. Hémococoncentration 4. Hyperleucocytose 5=2+4 6=3+4

Q71-1-Anemie:/...../ 1-Oui, 2-Non

Q72-2-Hyperleucocytose:/...../ 1-Oui, 2-Non

GB : PNN :Hb : Hte

Q73-CRP :..... VS :.....

Q74-ECBU :.....

Q75-Hémoculture.....

Q76-Diagnostic retenu :

Q78-Score de Mannheim :

IV- PRISE EN CHARGE

Préopératoire :

Q79-Réanimation hydro électrolytique /.../ 1=Oui 2=Non Si oui durée :.....

Q80-Antalgique : /.../ 1=Palier I 2=Palier II 3=Autres :.....Si autres préciser :.....

Q81-Antibiotique : /.../ 1=Monoantibiothérapie 2=Bi antibiothérapie 3=Triple antibiothérapie

Préciser les molécules :

Q82-Sonde Nasogastrique : /.../ 1=Oui 2=Non

Q83-Sonde urinaire : /.../ 1=Oui 2=non

CHIRURGIE :

Q84-Date d'intervention : /.../.../.../

Q85-Type d'Anesthésie/.../ 1=ALR 2=AG+IOT 3=AG au masque 4=Autres

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Si autres préciser :

Q86-Incision : /.../ 1= MC Burney élargie 2=Laparotomie médian 3=Laparoscopie 4= Autres

Exploration :

Q87-Siège de l'appendice : /.../ 1=Latéro caecale 2=Rétro caecal 3=pelvienne 4=Sous hépatique
5=Mesocoeliaque 6= autres

Q88- Quantité épanchement (ml) /.../ 1=inférieure à 500 2=500-1000 3= supérieure à1000

Q89-l'aspect du liquide :/...../1=purulent ;2=seropurulent ;3=verdâtre ;4=chocolaté ;5=autre

Si autre préciser :

Q90-Fausses membranes :/.../ 1=Oui 2=Non

Q91-Diverticule de Meckel :/.../1=Oui 2=Non

Q92-Diagnostic peropératoire :

Geste chirurgical : 1=appendicectomie + lavage+ drainage 2=lavage + drainage

Q93-Appendicectomie : /.../ 1= rétrograde 2= antérograde 3= autre

Q94-Toilette : /.../ 1=Oui 2=Non La quantité de soluté pour la toilette en litre :

Q95-Drainage :/.../ 1=Oui 2=Non

Préciser le nombre de drains :

Préciser le type de drain :

Q96-Durée de l'intervention chirurgicale:/.../ 1=inférieure a 30 mn 2= 31-60 mn 3= supérieure à 60

Bactériologie :

Q97-Prélèvement pour étude bactériologique : /.../ 1=oui 2=non

Q98-Résultat :

Q99-Antibiogramme :

Q100-Anatomopathologie : /.../ 1=oui 2=non

Si Oui le résultat :

Post opératoire:/...../

Q101- Antibiothérapie (Durée en jour) : /.../ 1=7j 2=7-15j 3=sup 15j

Voie d'administration : Voie Parentérale :

Q98-molécules :

Q99-durée :

Voie orale :

Q102-molécules

Q103-durée :

Q104-Adaptation à l'Antibiogramme :/.../ 1=Oui 2=Non

Q105-Réanimation hydro électrolytique :

Q106-Tranfusion :/.../ 1= oui 2=Non

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Q107-Séjour en réanimation :/.../ 1=Oui 2= Non

Q108-Antalgiques :.....

Autres :.....

V-EVOLUTION :

Q109-Suites opératoires :/.../ 1=Simples 2=Complications 3=Décès

Q110-Complication : /.../ 1=Non 2=Suppuration pariétale 3=Fistule digestive 4=Péritonite post-op
5=Eviscération

Si autre préciser :

Q111-Date de sortie : /.../.../.../

Q112-Durée totale d'hospitalisation :/.../ 1= inférieure à 8 jours 2= 8-14jours 3= supérieure à 15 jours

Q113-Suites opératoires à 1 mois :/.../1= Simples 2= infection de la paroi ; 3=Cicatrice chéloïde ;
4=Eventration

Q114- Coût (francs CFA) : /.../ 1=inférieur à 100.000 2= 100.000-150.000 3=supérieur 150.000

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DOUMBIA

Prénom : DRAMANE

Contacts : tel 77615674 / 66133135 Email :
dramanedoumbia74@gmail.com

Titre de la thèse : Prise en charge des péritonites
appendiculaires au centre de sante de Bougouni.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali. **Année :** 2020.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

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

Résumé :

Introduction :

La péritonite aigue est une inflammation aigue généralisée ou localisée de la
séreuse péritonéale le plus souvent d'origine infectieuse.

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

Les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales car le pronostic peut être
grave

Objectif :

Objectif Général :

Etudier les aspects épidémio-cliniques thérapeutiques et pronostiques des
péritonites par perforations appendiculaires au CS Réf de Bougouni.

Objectif Spécifiques :

- Déterminer la fréquence.
- Décrire les aspects cliniques thérapeutiques.

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- Evaluer les suites opératoires.
- Déterminer le coût de la prise en charge.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude rétro prospective et descriptive sur 24 mois, du 1 janvier 2018 au 31 Décembre 2019, réalisée dans l'unité de chirurgie de centre de sante de référence de Bougouni.

Toutes les péritonites appendiculaires opérées au centre de sante de référence de Bougouni ont été inclus.

Résultats :

Pendant la période d'étude, 68 cas de péritonites aiguës généralisées dont 30 cas péritonites appendiculaires ont été colligés.

Les péritonites appendiculaires ont représenté 44.1% des interventions chirurgicales.

Le sexe masculin a représenté 71,0% avec une sex-ratio de 1,5 au risque des hommes, la moyenne d'âge était de $26,58 \pm 9,40$ ans.

La douleur abdominale et le vomissement ont été les motifs de consultation dans 86,7% et 76,7 % des cas.

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

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

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,8 jours avec des extrêmes de 1-44 jours

La mortalité hospitalière a été de 3,3%

La morbidité et mortalité élevée étaient liée au retard de consultation.

Le cout moyen de la prise en charge était de $96\ 000 \pm 5\ 297,79$ Fcfa

Conclusion :

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

Les péritonites appendiculaires constituent l'une des entités étiologiques les plus fréquentes. Elles sont caractérisées par un retard de consultation. Le diagnostic est essentiellement clinique et la prise en charge est médico-chirurgicale.

Mots clefs : péritonite- appendiculaire- urgences chirurgicales -centre de santé de référence de Bougouni

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'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

**PERITONITE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPETIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**
