



Article original

Les péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso

Appendicular peritonitis at the hospital of Sikasso

A Maïga*¹, T Bathio², M Diassana², I Diakité¹, MBY Sidibé¹, T Koné¹, Z Saye¹, A Bah¹, A B Diallo², AA Traoré¹, M Diallo³, BT Dembélé¹, OH Saadé¹, M Kanté², M Konaté¹, S Dembélé¹, M Samaké¹, A Togo¹, A Traoré¹

Résumé

Introduction : Les péritonites appendiculaires sont des complications de l'appendicite aigue qui se caractérisent par la diffusion du processus infectieux à la cavité péritonéale réalisant ainsi une péritonite purulente généralisée ou localisée. Elle peut apparaitre d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire

Objectifs : Décrire les aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs, identifier les principaux germes et leurs sensibilités aux antibiotiques.

Matériel et méthodes : Notre étude prospective et descriptive a porté sur les patients opérés pour péritonite appendiculaire, du 1 janvier au 31 Décembre 2016, dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

Résultats : Pendant la période de notre étude, 31 cas de péritonites appendiculaires ont été colligés représentant 4,36% des interventions chirurgicales, 19,25% des interventions chirurgicales urgentes.

Le sexe masculin a représenté 71,0% avec un sex-ratio de 2,44. L'âge moyen était de 20 ans \pm 12,99. La douleur abdominale + vomissement ont été le motif de consultation dans 54,8% 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 en une appendicectomie avec une toilette péritonéale suivie d'un drainage. *Escherichia coli* a été le germe le plus retrouvé, sensible à la Ceftriaxone, la Gentamicine à 100%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,8 jours avec des extrêmes de 1-44 jours. La mortalité a été de 9,7%. **Conclusion :** Le retard à la consultation et l'âge constituaient les facteurs de morbidité et mortalité élevée.

Mots clefs : péritonite- appendiculaire- urgences chirurgicales-hôpital de Sikasso.

Abstract

The appendicular peritonitis are complications of acute appendicitis which are characterized by the diffusion of the infectious process to the peritoneal cavity thus carrying out a generalized or located purulent peritonitis. It can appear from the start or following the stage of appendicular abscess.

Our objectives were to determine the frequency, to describe the clinic and para clinic aspects, to identify the principal germs and their sensitivities to antibiotics, to describe the operative continuations. Our prospective and descriptive study focused on

patients treated for appendicular peritonitis, from January 1st to December 31st 2016, in the general surgery department of the hospital of Sikasso.

During the period of our study, 31 cases of appendicular peritonitis were collected, which represented 4.36% of surgical interventions, 19.25% of urgent surgeries.

The male sex accounted for 71.0% with a sex-ratio of 2.44 at the risk of males, the average age was of 20 years \pm 12.99, the abdominal pain + vomiting was the reason for consultation in 54.8% of cases. The physical examination allowed in most cases to make the diagnosis. In doubtful cases some additional examinations have been requested (abdomen without preparation, abdominal ultrasound).

The surgical treatment consisted of an appendectomy with peritoneal lavage followed by drainage.

The average length of hospital stay was 8.8 days with extremes of 1-44 days. Hospital mortality was 9.7%.

Delay in consultation and age were factors of morbidity and high mortality.

Keywords: appendicular peritonitis, surgical emergencies, hospital of Sikasso.

Introduction

Les péritonites appendiculaires sont des complications de l'appendicite aigüe qui se caractérisent par la diffusion du processus infectieux à la cavité péritonéale réalisant ainsi une péritonite purulente généralisée ou localisée. 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 (dépend de l'âge du patient, de son état général et des tares associées, de l'étiologie et du délai de la

prise en charge chirurgicale).

Malgré la couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an) [3].

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives [4, 5, 6, 7] ont montré la prédominance des perforations appendiculaires.

Flum. DR et Al [8] aux USA en 2001 dans une étude rétrospective sur 63707 appendicectomies, a trouvé 25,85% de péritonite par perforation appendiculaire. En Europe : Kraemer. M [9] en 2003 dans une étude prospective multicentrique dans 11 départements de chirurgie en Allemagne et en Autriche sur 519 cas d'appendicite, a relevé 17,7% de péritonite par perforations appendiculaire.

En Afrique : Chavda. SK [10] au Kenya en 2005 dans une étude rétrospective et descriptive sur 289 patients gérés pour suspicion d'appendicite a trouvé 29,7% de cas de perforations appendiculaires avec une morbidité de 19,4% et une mortalité nulle.

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

Camara B [4] en 2008 dans une étude rétrospective au CHU Gabriel Touré a trouvé 137 cas de péritonite appendiculaire constituant 33,25% des péritonites aiguës généralisées avec 15.3% de complications et un taux de mortalité à 0.7%.

Objectifs

Décrire les aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs, identifier les principaux germes et leurs sensibilités aux antibiotiques.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive de 12 mois allant du 1er janvier 2016 au 31 Décembre 2016, dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

Tous les patients opérés pour péritonite dont

l'étiologie était appendiculaire en peropérateur.

N'ont pas été inclus dans l'étude toutes les péritonites non appendiculaires et tous les patients opérés en dehors du service.

Résultats

Durant la période d'étude nous avons colligé 31 dossiers de péritonites appendiculaires qui ont représenté 4,36% des interventions chirurgicales, 2,99% des hospitalisations, 19,25% des interventions chirurgicales d'urgence, 52,54% des péritonites aiguës généralisées. L'âge moyen des patients était de 20,42 ans avec des extrêmes de 4 ans et 58 ans et un écart type de 12,99. Le sex-ratio a été de 2,44. La douleur abdominale a été le principal motif de consultation chez tous nos malades. Le délai moyen de consultation de 5,7 jours, avec des extrêmes de 1 et de 12 jours. Un traitement (traditionnel + médical) a été effectué par 17 patients (54,8%). Les signes physiques les plus retrouvés sont résumés dans le tableau I.

Nous avons réalisé 28 échographies qui ont objectivé 16 fois un épanchement trouble (51,6%), 5 fois un épaississement de l'appendice (16,1%), un épanchement trouble plus une lésion de l'appendice dans 6 cas soit 19,4% et dans un cas l'appendice était normal (3,2%). Sur les 16 clichés de l'abdomen sans préparation réalisés nous avons eu 6 fois des niveaux hydro-aériques (19,4%) et 10 fois une grisaille diffuse (34,2%). En pré opératoire le diagnostic de péritonite appendiculaire a été retenu 23 fois (74,2%), d'abcès appendiculaire 7 fois (22,6%) et 1 fois le diagnostic d'occlusion. La laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été la voie la plus utilisée dans 24 de cas (77,4%). Dans 7 cas l'incision au point de Mac Burney a été élargie par la suite. Une appendicectomie plus lavage et drainage ont été réalisés.

Le pus prélevé et les pièces opératoires ont été envoyés à l'anatomie pathologie. Les germes rencontrés ont été: *Escherichia coli* 5 cas (33,3%),

Serratia 1 cas (6,7%) et *Staphylococcus aureus* 1 cas (6,7%). Dans 8 cas (53,3%) la culture était stérile. Les antibiogrammes réalisés ont objectivé une sensibilité à 100% d'*Escherichia coli*, de *Serratia* et de *Staphylococcus aureus* aux céphalosporines et aux macrolides, une résistance à 100% à l'amoxicilline et à l'ampicilline à quel pourcentage. Les suites ont été simples dans 23 cas soit 74,2%, 5 cas de morbidité soit 16,1% (4 suppurations pariétales superficielles, et une fistule digestive), et 3 cas de décès soit 9,7%.

Discussion

La fréquence des péritonites appendiculaires a été de 19,25% dans notre étude. Elle ne diffère pas statistiquement de celle retrouvée dans les séries africaines de Chavda [9] au Kenya, Koumaré [12] au Mali et Flum [7] aux USA, Marudanayaagam [13], malgré le retard de consultation et l'insuffisance de la couverture sanitaire (tableau II). Notre délai de consultation de 5,7 jours ne diffère pas de celui observé dans les séries africaines de Harouna au Niger [16] et Dembélé du Mali [14] qui a été en moyenne entre 4,5 et 7 jours contre un jour de la série française de Faniez [15] avec un $p=0,038$. Cette différence statistiquement significative pourrait s'expliquer par la pratique de l'automédication et les traitements traditionnels reçus avant l'admission. Nous avons retrouvé des germes à des taux différents selon les études. Il s'agit des germes connus en chirurgie (tableau III). Les deux cas de pus stériles pourraient correspondre à des perforations suite à une appendicite parasitaire, puisque nous n'avons pas cherché ces germes. Bien que rare certains auteurs ont décrit l'appendicite bilharzienne en Afrique sud saharienne [16].

La prise en charge thérapeutique a été la réanimation pendant 1 à 2 heures avant l'intervention et poursuivie en postopératoire. Elle était basée sur le rééquilibrage électrolytique plus une triple antibiothérapie associant une bétalactamine, un

aminoside et un imidazole. Nous avons eu à modifier ce traitement selon le résultat de l'antibiogramme et l'évolution clinique. La plupart des germes isolés dans notre service étaient sensibles à ces molécules. La laparotomie médiane a été la voie la plus fréquemment pratiquée dans 91,3% de cas comme dans d'autres études [17,18].

La position mésocolique, qui n'est pas signalée par beaucoup d'auteurs, a été retrouvée dans 7,4% des cas. Cette position a été responsable des formes occlusives de notre étude. Ceci est confirmé dans la littérature [11]. La zone de prédilection de la perforation a été le sommet (partie distale) de l'appendice dans 125 cas soit 91,24% contre 4 fois (2,92%) la partie moyenne et 2 fois (1,46%) au niveau de la base. Nous avons observé 6 cas de nécrose appendiculaire soit 4,38%. Harouna au Niger [10] en a rapporté 4%. Ainsi on se pose la question, si la perforation n'a pas d'autres causes que la vascularisation.

Tous les auteurs sont unanimes sur l'éradication du foyer infectieux, la lutte contre l'infection et l'assurance de l'équilibre hydro électrolytique [15,17].

La technique opératoire a été basée sur l'appendicectomie toilette et drainages péritonéaux. Ce drainage est discutable pour certains auteurs européens [15,17]. Les suites ont été simples dans la plupart de cas, mais nous avons eu 15,3% de morbidité qui ne diffère pas statistiquement de celles des autres auteurs africains et européens [14,10, 19]. La mortalité des péritonites aiguës varie selon l'étiologie. Dans les séries africaines elle a varié entre 0,7 et 17,9%, contre 0% en Belgique [19]. Ce qui s'expliquerait par l'élévation du score de Mannheim péritonitis index dans les études africaines [14, 20] et la faible utilisation de la coeliochirurgie.

Conclusion

La péritonite appendiculaire est une complication de

l'appendicite aiguë. Elle est fréquente et morbide. La mortalité reste élevée malgré les progrès en médecine. L'introduction de la coeliochirurgie améliorerait la morbidité dans pays africains.

*Correspondance :

Maïga Amadou

amadoumaiga3@gmail.com

Disponible en ligne: 04 Mars 2020

1 Service de chirurgie générale, hôpital universitaire, Bamako, Mali

2 Service de chirurgie générale, hôpital de Sikasso, Sikasso, Mali

3 Centre de référence de la Commune VI, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] James K, Ahouangbevi A. La Netilmicine dans les infections en chirurgie au CHU de Lomé. *Med d'Afrique noire*, 1990, 37(11), 704-7
- [2] Arc, Aurc, Hay JM. Les péritonites par perforations gastro intestinales. *Rev Prat*, 1986, 36, 1059-66
- [3] Cissé B. Les perforations digestives dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. [Thèse] médecine, Bamako, 2003, n°54
- [4] Roseau G, Marc F. Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire *Encycl. Med Chir (paris) Estomac-Intestin* 1989, 9042 A10, 2:p8
- [5] Ohmann C et al. Neues Zur Epidemiologie der akuten appendicitis. *Der Chirurg*, 2002, 73(8), 769-776
- [6] Lau WY et al. Acute appendicitis in the elderly. *Surgynecolobst*, 1985, 161, 157-160
- [7] Flum DR et al. Has is diagnosis of appendicitis decreased over time? A population –based analysis. *JAMA*, 2001,

286(14), 1748-53

[8] Kraemer M, Kraemer K, Leppert R. Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute abdominal pain study group. *Eur J Surg*, 1999, 165(5), 481-2

[9] Chavda SK, Hassan S. Appendicitis at Kenyatta national hospital, Nairobi. *East Afr Med J*, 2005, 82(10), 526-30

[10] Harouna Y et al. Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey. Communication scientifique ACAF Bamako 9 Dec. 2005.

[11] Coulibaly M. Les appendicites aiguës dans le service de chirurgie générales et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. [These] Médecine, Bamako, 2002 n°44

[12] Koumaré AK, Traoré T, Ongoiba N, Traoré AK. Appendicectomie à Bamako. *Ann chir*, 1995, 2, 188-191

[13] Marudanayagam R, Williams GT. Review of the pathological results of 2660 appendicectomy specimens. *J Gastroenterol*, 2006, Aug, 41 (8), 745-9

[14] Dembelé B. Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GabrielTouré de Bamako à propos de 200 cas. [Thèse] médecine, Bamako Mali, 2005, n°215

[15] Faniez PL, Koffi E, Panis Y. Péritonites appendiculaires. *Revprat*, 1992, 42(6), 706 –10

[16] Kuadio A. Contribution à l'étude des péritonites appendiculaires à propos de 100 cas au CHU de Treichville. [Thèse] Médecine Abidjan RCI, 1980, n°686

[17] Flamant Y. Complications de l'appendicite aiguë. *Rev Prat*, 1994, 44, 2231-35

[18] Barbier J, Carretier M. Péritonite aiguës. *Encycl Med – ChirUrgences* 1988, 24048 B10, 2: p 18

[19] Navez B, Tasseti V, Scohy JJ et al. Laparoscopic management of acute peritonitis. *Br J Surg*, 1998, 85(1), 32-6

[20] Bruch HP, Woltmann A, Eckman C. Surgical management of peritonitis and sepsis. *EntralblChirurg*, 1999, 124, 176-80

Pour citer cet article

A Maïga, T Bathio, M Diassana, I Diakité, MBY Sidibé, T Koné et al. Les péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 338-342