UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

L'appendicite aiguë et ses complications au CHU de Kamenge : A propos de 61 cas

Karayuba. , R; ArmsTrong, O.; Ndayisaba, G.

1992
UB, FM-Revue medicale
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1910

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

L'appendicite aiguë et ses complications au CHU de Kamenge : A propos de 61 cas

*R. Karayuba, O. Armstrong, G. Ndayisaba, L. Bazira**

Résumé

Les auteurs rapportent une série de 61 cas d'appendicite aiguë, traités au CHU de Kamenge entre janvier 1987 et décembre 1991. Il s'agit de 34 hommes et 27 femmes. L'âge moyen est de 25,5 ans avec des extrêmes de 5 à 50 ans. L'homme est plus touché que la femme (sex-ratio de 1,25). Les causes de mortalité (3,27 % des cas) et de morbidité (14,% des cas) sont analysées à la lumière de la revue de la littérature. Un diagnostic, une appendicectomie, précoces, et une antibio-prophylaxie permettraient de réduire les complications.

Mots-clés

Appendicite, péritonite, antibioprophylaxie

I. Introduction

Considérée à tort comme une maladie bénigne, l'appendicite aiguë reste hélas grevée de complications évolutives graves, très souvent mortelles malgré les interventions itératives. Ces complications sont souvent liées à un retard diagnostique, une symptomatologie atypique et à l'absence de parallélisme anatomo-clinique. Sur une série de 61 patients opérés dans le service, il nous a paru intéressant d'analyser les aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques de cette maladie.

II. Matériel et méthode

De janvier 1987 à décembre 1991, 61 cas d'appendicite aiguë ont été opérés au CHU de Kamenge. Il s'agissait de 34 hommes et 27 femmes soit un sex-ratio de 1,25. L'âge moyen des patients était de 25,5 ans avec des extrêmes de 5 et 51 ans.

Tableau N° 1 : Répartition des âges

0 à 15 ans	11 cas
16 à 30 ans	29 cas
31 à 51 ans	21 cas
Total	61 cas

Les signes cliniques

La douleur est constante, brutale chez 45 patients, progressive dans 16 cas. Une fièvre élevée, supérieure à 38° C n'a été retrouvée que chez 31 patients. Les vomissements étaient observés chez moins de la moitié des patients (31 cas). Des troubles de transit ont été retrouvés, sous forme de diarrhée (6 cas) ou de constipation (17 cas). Des signes urinaires étaient notés 7 fois sous forme de dysurie (5 cas) ou de pollakiurie (2 cas). Une défense de la fosse iliaque droite était présente chez 28 malades seulement. La contracture abdominale était retrouvée chez 11 malades opérés pour péritonite aiguë. Le toucher rectal n'était douloureux que chez 31 patients seulement.

La radiographie d'abdomen sans préparation, non systématique, n'a pas permis d'apprécier la région cæco-appendiculaire.

Les signes biologiques

L'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles a été retrouvée chez 40 patients.

Tableau N° 2 : Fréquence des signes

Signes	Nbre de fois	%
Douleur	61	100 %
Fièvre supérieure à 38°C	31	50,8 %
Vomissements	35	57,3 %
Troubles de transit		37,7 %
diarrhée	6	
constipation	17	
Signes urinaires		
Dysurie	5	11,4 %
pollakiurie	2	
Défense	28	45,9 %
Contracture	11	18 %
Toucher rectal	31	50,8 %
Hyperleucocytose	40	65 %

Les délais diagnostiques variaient entre 6 heures et 21 jours. Toutes les appendicites compliquées ont été opérées après la 24e heure.

*Service de Chirurgie - CHU Kamenge - Bujumbura

Traitement

La voie d'abord a été celle de Mac Burney en fosse iliaque droite chez 49 patients, une médiane ayant été pratiquée chez 12 patients. Dans un cas une voie médiane a été décidée secondairement après découverte d'une péritonite franche. L'attitude actuelle est une voie médiane d'emblée devant toute péritonite évidente cliniquement.

Les constatations per-opératoires

Nous avons découvert une appendicite aiguë non-compliquée chez 42 patients. Dans un cas l'appendice était normal, il s'agissait d'une néphrite aiguë d'allure pseudo-appendiculaire. Dans 18 cas l'appendicite était compliquée sous forme de :

- plastron appendiculaire : 5 cas
- péritonite localisée : 5 cas
- péritonite généralisée : 8 cas

Les lésions anatomiques étaient observées comme suit :

- appendice normal : 1 cas
- appendicite catarrhale : 32 cas
- appendicite ulcéreuse : 7 cas
- appendicite abcédée : 9 cas
- appendicite gangrenée : 7 cas
- appendicite perforée : 5 cas

Le siège : de l'appendice était le plus souvent latéro-cæcal (53 cas), rarement rétro-cæcal (4 cas) ou méso-coeliaque (4 cas).

Le geste chirurgical a consisté en une appendicectomie simple 48 fois. Chez 13 patients un traitement de la péritonite a été associé à l'appendicectomie et a consisté en un lavage abondant et minutieux de la cavité péritonéale. Le drainage n'a pas été systématique, fonction de l'état de la cavité péritonéale, sous forme d'une simple lame ondulée. Une antibiothérapie associant flagyl, ampicilline et gentamycine a été administrée soit en flash pour les appendicites simples, soit en traitement curatif en per et pot-opératoire dans les péritonites appendiculaires.

III. Les résultats

La mortalité : nous avons déploré 2 décès (3,27 % des cas) : une patiente transférée de l'intérieur du pays pour plastron appendiculaire évoluant depuis 7 jours : opérée en urgence dans un état de choc septique, la patiente est décédée au 5e jour post-opératoire par persistence de phénomènes septiques malgré une réintervention au 3e jour. Le 2e décès concerne un homme de 28 ans opéré pour péritonite aiguë appendiculaire évoluant depuis 5 jours ; dans les suites, il a présenté une pneumopathie sévère avec décompensation respiratoire aiguë ayant nécessité une assistance par machine. Le patient est décédé au 31e jour dans un tableau d'insuffisance respiratoire.

La morbidité

Parmi les complications observées on note :

Deux cas de pneumopathie dont un décès, une péritonite généralisée ayant évolué vers la mort. Une infection urinaire, une collection profonde, trois abcès de paroi et une occlusion post-opératoire d'évolution favorable (tableau N° 3).

Tableau N° 3 : Complications post-opératoires

Type	Nombre	Réintervention	Décès
Pneumopathies	2	-	1
Péritonite généralisée	1	1	1
Abcès profond	1	1	0
Occlusion post-opératoire	1	1	0
Abcès de paroi	3	0	0
Infection urinaire	1	0	0
Total	9	3	2

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9,8 jours.

IV. Discussion

Epidémiologie

Ce travail, le premier du genre au Burundi montre une faible incidence de l'appendicite aiguë à Bujumbura. L'adulte jeune est le plus touché (82 % des cas). L'homme est plus atteint que la femme avec un sex-ratio de 1,25.

Les signes cliniques

Cette série bien que courte, montre clairement la difficulté du diagnostic de l'appendicite aiguë liée au polymorphisme des signes cliniques : la plupart des signes sont inconstants (tableau N° 2). La douleur de la fosse iliaque droite, spontanée et provoquée est le signe le plus fidèle de la maladie.

Plusieurs auteurs avaient déjà souligné cette notion (2, 4, 12, 15). Les erreurs diagnostiques ne sont pas rares et peuvent atteindre 20 à 25 % pour l'homme, et 45 à 47 % pour la femme selon les séries (2). Nous en avons observé une sur 61 cas (1,6 %). Les délais entre le début des signes et l'intervention restent déterminant dans l'évolution de la maladie. Dans notre série 13 malades opérés pour appendicite compliquée ont été vus après la 24e heure. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de l'appendicectomie (2, 6, 15).

Traitement

La voie d'abord est habituellement celle de Mac-Burney en fosse iliaque droite permettant l'appendicectomie. En cas de péritonite appendiculaire nous préférons avec Parc et coll. la voie médiane qui permet outre l'appendicectomie, de faire une toilette minutieuse de toute la cavité péritonéale et d'éviter ainsi les abcès résiduels (2, 10, 11, 13, 14).

Morbidité et mortalité

Nous avons observé un taux de mortalité de 3,27 % supérieur à celui des grandes séries de la littérature qui varie entre 0,16 % et 0,86 % des cas (2, 6, 7).

La fréquence des complications post-opératoires montre que l'appendicite aiguë est loin d'être un geste bénin, 9 cas dans notre série soit 14,7 % des cas.

La revue de la littérature montre les mêmes types de complications. Beaucoup de séries ont souligné l'intérêt d'une antibiothérapie prophylactique au métronidazole (ou une molécule proche : ornidazole, tinidazole) en flash lors de l'induction (1, 2, 3, 3 bis, 7, 13). Elle permet de diminuer sensiblement les sepsis post-opératoires et la durée d'hospitalisation.

Les études bactériologiques ont montré le rôle des bactérioïdes et des germes aérobies (en particulier Escherichia Coli dans les suppurations (7, 8, 9, 16).

L'association des dérivés Imidazolés + Aminosides semble être la meilleure indication. L'antibiothérapie post-opératoire curative est justifiée en cas de péritonite appendiculaire.

Conclusion

Cette étude montre que l'appendicite est encore grevée d'une mortalité non-négligeable. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

La voie médiane sera préférée en cas de péritonite appendiculaire. Les complications post-opératoires peuvent sensiblement diminuer grâce à l'antibiothérapie prophylactique intraveineuse à l'induction. L'association métronidazole + aminoside semble constituer actuellement le meilleur choix.

Bibliographie

1. AUDRY G., BARTHLS T., GRAPHIN C., GRUNER M., *La péritonite appendiculaire chez l'enfant. A propos de 144 cas.* Ann. Pediatr. (Paris) 1990, 37, 9, 567 - 569.

2. BASTIEN J., LECONTE PH., LECONTE D., *Réflexion sur une série de cinq mille appendicectomies.* Sem Hôp Paris 1987, 63, 5, 285-297.

3. BOUVET E., GILBERT C. et VACHON F., *Antibiothérapie prophylactique en chirurgie, première partie.* Méd et Mal. Infect. 1982 - 12 - 2 bis - 154 - 1962.
3 bis. BOUVET E., GILBERT C., VACHON F., *Antibiothérapie prophylactique en Chirurgie.* Deuxième partie. Med. et Mal. Infect. 1982, 12, 2 bis, 1959-1962.

4. BRENIER J.L., *A propos des appendicectomies "mauvaises".* Chirurgie 1978, 104, 740-744.

5. BUCHMAN E.G., ZUIDEMA G.D., *Reasons for delay of the diagnosis of acute appendicitis.* Surg. Gyn. Obstetr. 1984, 3, 158, 260-266.

6. CORTESI N., MANENTI A., ROSSI A., ZANNIC, BARBERINI G., GIBERTINI G., *L'appendicite aiguë et ses complications post-opératoires. A propos de 8738 cas.* J. Chir. (Paris) 1985, 122, 10, 577-579.

7. LANSADE A., TERRIER G., LONGIS B., MOULIN D., ALAIN J.L., FOUILLARD A., Ann. Pediatr. (Paris) 1990, 37, 1, 62-64.

8. LAFFAIX CH., LANGLOIS O., CUDOZ M., BENCLER A., VEIL B., DUBLANCHET A., DURIEUX A., *Prophylaxie des infections post-opératoires à anaérobies après chirurgie appendiculaire et colique par l'ornidazole intraveineux.* Méd. Mal. Infect. 1979, 9, 636-646.

9. LAN WY, FAN S.T., YIN TF, WONG S.H., *Prophylaxis of post-appendicectomy sepsis by metronidazole and ampicillin : a randomized, prospective and double trial.* Br. J. Surg 1983, 70, 155-157.

10. LEVY E., PARC R., CUGNENC P., LOYGUE J., *Réflexions élémentaires sur traitement des péritonites graves 650 cas.* Nouv. Presse Méd. 1980, 9, 2258.

11. LEVY E., BERROD L., PARC R., HANNOUN L., FRILEUX P., LOYGUE J., *Principes d'intervention pour une péritonite diffuse. Conduite à tenir vis-à-vis de la paroi.* Ann. Chir 1985, 39, 547-553.

12. MASSENGO R., NANGOU-KOKO, LOLI KI J., *L'appendicite aigue atypique.* Méd. d'Afrique Noire 1988, 35 (12).

13. NORLINGER B., MOULIN G., HAKAMI F., BARON J.C., LEVY E., *Les péritonites après appendicectomie.* Ann. Chir. 1985, 39, 643-648.

14. PARC R., MOSER G., *Laparotomie médiane dans le traitement des péritonites appendiculaires.* Actualités chirurgicales. Paris. Masson 1982.

15. STOPPA R., PLACHOT J.P., RINGOT PL., HENRI S., LARGUECHE S. et VARHALGUE P., *Le risque de l'appendicectomie, sur une série homogène.* Chirurgie 1978, 104, 744-745.

16. VERNAY A., CARPENTIER E., GAILLAT J., HATEM J., *Antibioprophylaxie et appendicectomie. A propos d'une série de 642 cas.* J. Chir. (Paris) 1988, 125, 1, 37-41.