

ACUTE APPENDICITIS AT HAMAD BEN KHALIFA HOSPITAL IN BOUTILIMIT DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS ABOUT 615 CASES

L'APPENDICITE AIGUE A L'HPITAL HAMAD BEN KHALIFA DE BOUTILIMIT

ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE A PROPOS DE 615 CAS

Bidiel Samba Ramdane, Mballa Med EL Mokhtar, AHMED BEZEYD HEMINE; MED MOUSSA ABAD.

INTRODUCTION

L'appendicite aiguë correspond à une inflammation aiguë de la muqueuse de l'appendice iléocæcal, pouvant se propager à toutes les couches de la paroi appendiculaire

Elle constitue aujourd'hui la plus fréquente des affections chirurgicales avec 33% des urgences chirurgicales à Dakar ref ?, et 42,3% des interventions en chirurgie viscérale au Niger [1, 2]. Au service de Chirurgie Générale de l'hôpital Hamad Ben Khalifa Boutilimit, les appendicites aiguës sont prises en charge régulièrement. A cet effet, nous avons choisi une cohorte pour la période de Janvier 2020 à Décembre 2022 afin d'étudier les aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques des appendicites aiguës.

Restructurer l'introduction selon le plan suivant :

- Une brève définition du sujet
- Les travaux sur le sujet dans le pays, la sous-région et dans le monde (avec références)
- Ce qui est ignoré et qui a motivé la conduite du travail
- L'Objectif principal
- Les objectifs secondaires

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive évaluant la prise en charge de l'appendicite aiguë s'adressant aux aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie. L'étude s'est déroulée au service de Chirurgie Générale de l'hôpital Hamad Ben Khalifa Boutilimit. Afin de réaliser ce travail, les documents, suivants, ont été, utilisés:

Les dossiers médicaux des patients opérés qui ont été archivés au niveau du service de Chirurgie Générale de l'hôpital Hamad Ben Khalifa Boutilimit et les comptes rendus opératoires du registre du bloc opératoire de l'hôpital Hamad Ben Khalifa.

Pour chaque dossier inclus, nous avons précisé les informations suivantes : Les données épidémiologiques, les antécédents, les données cliniques et paracliniques ainsi que les données thérapeutiques et évolutives. Les informations recueillies ont été saisies et exploitées avec les logiciels Excel 2016 et SPSS20

RESULTATS

Au Total 615 dossiers ont été retenus. Le sexe masculin représentait 71% de nos patients . La moyenne d'âge était de 28,3 ans, avec des extrêmes de 8 ans et de 65 ans. Le temps minimum entre le début des symptômes et l'arrivée à l'hôpital était de 12 heures, la douleur abdominale a été rapportée par 607 patients, soit 98,7% des motifs de consultations et le siège de la douleur était dans la FID chez 62,3%.

Répartition selon le siège initial de la douleur abdominale

Le siège initiale de la douleur était précisé dans 607 dossiers (98,7%), et une localisation secondaire de la douleur était retrouvée chez 143 patients soit 23,3%. (Tableau I)

Tableau I : Répartition selon le siège initial de la douleur abdominale

Siège	Nombre	Pourcentage(%)
Douleur diffuse	47	7,8
Epigastrique	67	11
du flanc droit	27	4,5
F I Droite	379	62,3
F I Gauche	4	0,6
Hypogastrique	22	3,7
Pelvienne	10	1,7
Péri-ombilicale	51	8,4
Douleur à la palpation FID	580	95,5
Positifs	16	2,6

Les Symptômes associés : (tableau II)

Tableau II : Répartition des patients selon les signes associés

Signes associés	Nombre	Pourcentage (%)
Nausées- vomissements	445	72,3
Fébricule	507	
Etat général conservé	585	95,2
Signe de Blumbreg	71	11
Signe de Rovsing	69	6,4
Langue saburrale	575	94,7
Masse palpable	20	
Constipation	57	9,3
Signes urinaires	47	7,7

Données Paracliniques Les paramètres étudiés étaient le nombre de leucocytes, la CRP, la radio ASP, l'échographie abdominale et le scanner abdominal (Tableau III)

Tableau III Répartition des patients selon les examens paracliniques

Type d'examen	Nombre	Pourcentage(%)
Biologie		
NFS= GB sup à 10 000 él / ml	564	70,1
Taux d'hémoglobine inf. à 11	456	94,7
CRP sup à 6	486	80
Imagerie		
Radio ASP avec NHA dans FID	74*	

Echographie abdominale		83,1%
diamètre sup à 6mm	511	
Infiltration de la graisse péri appendiculaire		0,12
Stercolite	77	18,1
Epanchement péritonéal	92	
Scanner abdominal	30 (sujets âgés)	0,05

*Anses sentinelles

Aspects thérapeutiques :

L'antibiothérapie était mise en place chez 612 patients, ainsi que le traitement de la douleur. La voie d'abord de Muc Burney horizontalisée a été utilisée chez 566 patients (93,3%), et la position de l'appendice était latérocoecale interne chez 315 patients, rétrocoecale chez 132, sous hépatique 12, pelvienne 9 et en position iliaque chez 5 patients. L'aspect macroscopique de l'appendice était catarrhale chez 209 patients, phlegmoneux chez 136 patients et l'appendice était gangréné chez 261 patients.

. L'évolution :

L'évolution était favorable chez tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation en postopératoire était de 48 H. Nous n'avons pas noté de cas de décès en per-opératoire ni en postopératoire.

Discussion

Epidémiologie :

L'appendicite aiguë est une pathologie du sujet jeune. Dans la littérature, la moyenne d'âge se retrouve dans la tranche d'âge 27 - 30 ans [3-4]. La survenue de l'appendicite aiguë aux âges extrêmes existe bien qu'étant très rare [5, 6, 7]. Ces affirmations sont en conformité avec nos résultats. La prédominance masculine de l'appendicite aiguë est démontrée par plusieurs et notre étude ne fait que confirmer cette situation avec un sex ratio à 2,5 [8, 9].

Clinique :

1. Délai de consultation :

La survenue de complications dans l'appendicite aiguë peut être corrélée à un délai de consultation long, le risque serait moindre avant 36 heures, certains auteurs, Dilai, constatait un délai moyen de 2,6 jours avec des extrêmes de 2 heures et de 20 jours. Dans notre série, ce délai était plus long, de l'ordre de 4,7 jours en moyenne. En Afrique subsaharienne, 85 % de la population s'adressent en premier lieu aux radiothérapeutes. Le tableau IV, résume les incidences des différents symptômes cliniques évalués dans notre étude (douleurs abdominales, signes urinaires, troubles du transit, signes généraux, douleurs et défense à la palpation de la FID, et les délais de consultation) comparativement aux données de la littérature.

Tableau IV : Représentation des pourcentages de certains signes dans différents travaux de la littérature

Symptômes	Dlrs.abd. (%)	S.urinaires (%)	Tr. transittit %	S.généraux (%)	Défense.FID /palpation (%)	Délais consultation (jours)
Etudes						
Dilai,	92	6,2	73	60	69	2,6jours

Hoseyn	99		72			
Daillo	85		70	85		
Nejat		13,6			68	
Poudiougou			68	72	91	
Notre étude	72,9%	7,7	75	60,9	68,9	4,7jours

Voici le tableau en plus lisible

Remarque : nous avons supprimé le délai de consultation dans le tableau car il n'avait pas sa place et il a été déjà dit dans le texte plus haut

Etudes	Delai [Ref]	Houseyn [Ref]	Diallo [Ref]	Najat [Ref]	Pandiougou [Ref]	Notre étude
Signes						
Douleurs abdominales	92	99	85	NP	NP	77,6
Signes Urinaires	6,2	NP	NP	13,6	NP	7,7
Troubles du transit	73	NP	NP	NP	68	75
Signes généraux	60	72	70	NP	72	60,9
Défense de la FID à la palpation	69	NP	85	85	91	68,9

NP : non précisé

Examens Biologiques :

Il convient de noter qu'en pratique, l'hyperleucocytose est inconstante, par contre la CRP est élevée dans presque 100 % des cas en cas d'appendicite aiguë. Ceci est d'autant plus vrai que l'hyperleucocytose et la CRP rentrent dans certains scores diagnostiques

Examens Morphologiques :

L'échographie a la particularité d'être un examen complémentaire inoffensif, reproductible et disponible à moindre coût, avec une sensibilité de 94,7 % et une spécificité de 88,9 % dans le diagnostic d'appendicite aiguë [10]. Elle a été réalisée chez 83,07 % de nos patients. Dans les pays développés, le scanner est systématique devant une suspicion d'appendicite en raison des problèmes médico-légaux.

Traitements :

Aujourd'hui, le choix entre un traitement conservateur et un traitement radical de l'appendicite fait débat. Dans notre étude, le taux d'appendicectomie était de 98,5 %. Dilai, Najat et Poudiougou ont eu respectivement 95 %, 99,2 % et 100 % [3, 8, 9]. A travers ces résultats, nous pouvons recommander le traitement médical dans les formes frustes (absence de tout facteur d'opérabilité), Une surveillance pendant 48 heures dans un service de chirurgie viscérale s'impose. Une équipe Chirurgicale et un bloc opératoire doivent cependant être disponibles au cours de cette période.

Remarque : vous n'avez pas précisé combien de patient ont été traité uniquement pas les moyens médicaux

Evolution :

Les suites opératoires étaient simples pour 100% de nos patients. Dilai notait 2cas de morbidité : une péritonite et un lâchage de moignon appendiculaire sur 562 cas (0,4%).

Najat avait 5cas de morbidité sur125: 4suppurations pariétales et 1abcès pariétal (4%).(Est-ce des morbidités ou des complications post-opératoires ???)

Conclusion

Malgré les progrès technologiques, le diagnostic de l'appendicite aigue reste avant tout clinique (douleur abdominale et défense FID respectivement : 98,8 et 60,9 ???). Les examens biologiques et morphologiques ont un grand intérêt dans le diagnostic d'opérabilité (l'hyperleucocytose et la CRP concluantes dans 70,1% et 94,7% de quoi ??). L'âge moyen de nos patients était de 28,3 avec un sex-ratio de 2,5 et un délais moyen de consultation de 4,7jours. L'échographie abdominale est l'examen de première intention dans le service (83,1 %). L'abord chirurgical le plus utilisé est celui de Mac Burney horizontalisé, qui permet un accès direct et un jour parfait sur la fosse iliaque droite. La cœlioscopie représente plusieurs avantages et trouve son intérêt chez la femme en âge de procréer et le sujet obèse ; elle est privilégiée dans notre pratique quotidienne sous réserve de ses indications.

Références

1. **Farthouat P.** Appendicectomy in the tropics: prospective study at Principal Hospital in Dakar. *Med Trop (Mars)*. 2005;65(6).
2. **Zoguéréh DD.** Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui (Central African Republic): epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. *CahDétudesRechFrancoph*. 2001;11(2):117–25.
3. **Poudiougou B.** Appendicites aiguës: aspects épidémio-clinique et thérapeutique au CS Réf-CI Thèse n°... Bamako. 2014 à compléter
4. **Hoseyn AB.** L'interet du score d'Alvaradomodifié dans la prise en charge des appendicitesaigues de l'adulte par le service de la chirurgie B. *Journal ? année ; N, Vol :2016–7.* (à compléter)
5. **Al-Abed YA, Alobaid N, Myint F.** Diagnostic markers in acute appendicitis. *Am J Surg* 2015;209(6):1043–7.
6. **Shabahang MM, et al.** Outcomes of complicated appendicitis: Is conservative management as smooth as it seems?. *Journal ??2018;215(4):586–92* (à completer)
7. **Loftus TJ.** Successful non operative management of uncomplicated appendicitis: predictors and outcomes. *J Surg Res*. 2018;222:212–8.
8. **Poudiougou B.** « Appendicitesaiguës: aspects épidémio-clinique et thérapeutique au CS Réf-CI » Thèse n°... Bamako. 2014.
9. **Najat ??** 125 Cent vingt-cinq Appendicites aiguës non compliquées au service de Chirurgie pédiatrique. Fes; 2008.
10. **Christoforov B.** Appendicites aiguës :peut-on réduire les interventions inutiles et diminuer le nombre des investigations? ». *Presse Médicale*. 2006;35:375–6.