

Résultat de l'appendicectomie au centre hospitalier départemental du Borgou-Alibori à Parakou au nord-est du Bénin : étude de 164 cas

S.A. ALLODE¹, A.E. MENSAH¹, M.A. HODONOU¹, D.K. MEHINTO², F.M. DOSSOU², B. TCHAOU³, B.H.J. BIAO¹

Résumé

Le but de cette étude était d'étudier les résultats de l'appendicectomie pour appendicite aiguë compliquée ou non. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du premier janvier 2006 au 31 décembre 2009. Tous les patients opérés d'appendicite dans la dite période étaient retenus pour cette étude. Il s'agissait de 164 cas, soit 9,40% des malades du service et 40,4% des urgences abdominales non traumatiques. Les hommes représentaient 56% et les femmes 44% ; la moyenne d'âge était de 26 ans. Les appendicites aiguës non compliquées étaient plus fréquentes (84,1%) suivies des abcès appendiculaires puis des péritonites. Deux cas de plastron ont été pris en pré-opératoire pour appendicite aiguë non compliquée et opéré. La laparotomie par la voie de Mc Burney a été l'abord le plus pratiqué (146 fois). L'appendice catarrhal et phlegmoneux est les formes anatomiques les plus fréquentes à (respectivement) 46% et 36%. Le moignon appendiculaire n'était pas traité dans 33% des cas. La morbidité était de 13%, représentée essentiellement par la suppuration pariétale (10%), qui se voit surtout après les abcès et péritonites appendiculaires. L'occlusion était vue une seule fois après péritonite appendiculaire sans traitement du moignon. Un cas de décès était déploré, il s'agissait d'un patient diabétique ayant la soixantaine.

Abstract

The aim of the study was to describe the results of appendectomy for acute appendicitis. From a retrospective study, records of 164 appendectomies for acute appendicitis (complicated or uncomplicated) from January 1st, 2006 to December 31st, 2009 in general surgery of CHD Borgou/Alibori were analyzed. Acute appendicitis was the first emergency abdominal surgery for 40,4%. The men were 56% against 44% women. The average age was 26 years. Acute appendicitis without complication accounted for 84,1% followed by appendicular abscess and peritonitis. Two cases of chest were diagnosed as acute complicated appendicitis and operated. Laparotomy was the only access route. Mc Burney incision was the more used (146 cases). Catarrhal and phlegmoneous appendix was frequent with respectively 46% and 36% of cases. In 33% cases appendix stump wasn't treated. Morbidity was of 13% with 10% of parietal suppuration which is seen especially after appendicular peritonitis and abscesses. Only one case of occlusion was found after peritonitis without appendix stump treatment. A case of death occurred; it was a diabetic patient of 60 year-old.

Introduction

L'appendicite est une pathologie fréquente en chirurgie.

Sa prise en charge est parfois banalisée de sorte que l'on a tendance à négliger les études sur cette pathologie. Et pourtant l'appen-

dicectomie est encore quelquefois émaillée de complication pouvant parfois mettre en jeu le pronostic vital même dans des mains expertes (1).

L'objectif de notre étude était d'étudier les

1. *Scie chirurgie générale, CHD Borgou-Alibori, Faculté de médecine de Parakou, Bénin*
 2. *Clinique universitaire de chirurgie viscérale CNHU-HKM Cotonou FSS UAC Bénin*
 3. *Scie anesthésie réanimation et urgence(SARU), CHD Borgou-Alibori, Faculté de médecine de Parakou Bénin*

Mots clés :

Appendicectomie, appendicite aiguë, morbidité, mortalité

Keywords:

Appendectomy, acute appendicitis, morbidity, mortality

résultats de l'appendicectomie pour appendicite aiguë afin d'évaluer nos pratiques.

Méthodologie

Notre étude réalisée dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Départemental du Borgou-Alibori (CHD/B-A) était rétrospective, longitudinale et descriptive, s'étendant du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2009.

Étaient inclus tous les malades opérés dans la période d'étude dans le service pour appendicite aiguë compliquée ou non. Le diagnostic était retenu en préopératoire ou rétabli en peropératoire.

N'étaient pas pris en compte les patients chez qui le diagnostic d'appendicite aiguë compliquée ou non était retenu mais ils n'étaient pas opérés, ou chez qui à l'intervention aucune lésion appendiculaire n'expliquait les signes. Les appendicectomies complémentaires lors d'un autre motif intervention étaient exclues.

Variables étudiées

Les variables indépendantes étaient : l'âge, le sexe, les circonstances diagnostiques et le traitement. Les variables dépendantes étaient la durée d'hospitalisation, les complications postopératoires ou toute autre affection survenue chez l'opéré les trente jours ayant suivi l'acte opératoire (morbidité) et la mortalité.

Les différents registres du service et les dossiers d'hospitalisation des malades avaient permis de recueillir ces différentes données : il s'agissait des registres du compte rendu opératoire, de consultation, d'hospitalisation, et d'admission des urgences.

Les difficultés rencontrées étaient en rapport avec le type d'étude. En effet dans toute étude rétrospective, il existe des dossiers non exploitables ou non vus. Ainsi sur un total de 216 dossiers d'appendicites aiguës recensés dans la

période d'étude, 164 étaient exploitables et remplissaient nos critères d'inclusion. En dehors des dossiers non retrouvés ou mal remplis, quatre cas de plastron appendiculaire étaient sortis du cadre de notre étude car n'ayant pas été opérés.

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques

La fréquence des appendicites opérées par rapport aux affections du service étaient de 9,40%.

Il s'agissait de 56% d'hommes contre 44% de femmes. Par rapport aux urgences non traumatiques abdominales dans le service, les appendicites aiguës pour un total de 168 sur les 416 représentaient 40,4%.

La moyenne d'âge était de 26 ans, le moins âgé ayant 6 ans et le plus âgé, 62 ans. Les tranches d'âge les plus rencontrées étaient : 21-30 ans, 40% et 11-20 ans, 28%.

Cent-quarante patients étaient admis en urgence soit 85,36% des cas contre seulement 24 cas (14,64%) reçus par la consultation régulière. Plus de la moitié (57%) des malades vus aux urgences a consulté directement sans être référée par un agent de santé.

Caractéristiques diagnostiques

Le nombre de malades ayant consulté dans un délai de zéro à sept jours après le début des signes était de 151, représentant 92% des cas.

La douleur était le signe d'alarme présent chez tous les malades.

La fièvre était retrouvée comprise entre 37°5 et 38°5C dans 43% des cas et dans 9% des cas elle était comprise entre 38°5 et 39°5C.

La défense localisée en fosse iliaque droite était retrouvée dans 83% des cas

La numération blanche était supérieure à 8 Giga par litre dans 74% des cas.

• Résultat de l'appendicectomie... •

En préopératoire était retenu comme diagnostique :

- 157 cas d'appendicite aiguë non compliquée (95,73%),
- 4 cas de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire (2,43%)
- 3 cas d'abcès appendiculaire (1,83%).

En per opératoire, les diagnostics retenus étaient :

- 138 cas d'appendicite aiguë non compliquée (84,1%)
- 18 cas d'abcès appendiculaire (11%)
- 6 cas de péritonite aiguë généralisée appendiculaire (6%)
- 2 cas de plastron appendiculaire (1,2%).

Au plan topographique, la localisation iliaque droite était plus fréquente (67%), suivie de celle retrocaecale (22,5%) ; aucune localisation iliaque gauche n'a été constatée.

Macroscopiquement, l'appendice était :

- Catarrhal dans 46% des cas ;
- Phlegmoneux dans 36% des cas ;
- Suppuré dans 11% des cas ;
- Perforé dans 4% des cas ;
- Gangréné dans 3% des cas.

Caractéristiques thérapeutiques chirurgicales

La seule voie d'abord utilisée chez nos patients était la laparotomie dont :

- 146 voies de Mc Burney,
- 3 voies de Mc Burney abandonnée au profit d'une voie médiane,
- 1 incision de Jalaguier,
- 14 incisions médianes.

Les actes réalisés étaient :

- Appendicectomie : 164 fois ;
- Vidange drainage d'abcès : 18 fois ;
- Lavage et drainage de la cavité péritonéale : 6 fois ;
- Enfouissement du moignon appendiculaire :

31 fois ;

- Mésoplastie : 79 fois ;
- Le moignon appendiculaire n'était pas traité dans 54 cas.

Les actes étaient jugés difficiles par l'opérateur dans 62 cas (38%) répartis comme suit selon le siège de l'appendice :

- Iliaque droit : 35 cas sur 113,
- Rétrocaecale : 20 cas sur 37,
- Pelvien : 2 cas sur 5,
- Sous hépatique : 1 cas sur 3,
- Mésocoelique : 4 cas sur 6.

Caractéristiques évolutives et morbidité

La durée hospitalisation était de :

- Moins de 3 jours pour 53 cas d'appendicite aiguë non compliquée ; 1 cas d'abcès appendiculaire ;
- 4 jours à 7 jours pour 74 cas d'appendicite aiguë non compliquée ; 7 cas d'abcès appendiculaire ; 1 cas de plastron appendiculaire ;
- 8 à 11 jours pour 8 cas d'appendicite aiguë non compliquée ; 5 cas d'abcès appendiculaire ; 4 cas de péritonite aiguë généralisée ; un cas de plastron appendiculaire ;
- 12 à 15 jours pour 2 cas d'appendicite aiguë non compliquée ; 2 cas d'abcès appendiculaire ; 1 cas de péritonite aiguë généralisée ;
- 16 à 19 jours pour un cas d'abcès appendiculaire ;
- Plus de 20 jours pour 1 cas d'appendicite non compliquée ; 2 cas d'abcès appendiculaire ; 1 cas de péritonite aiguë généralisée.

Morbidité post opératoire

Les complications post opératoires étaient enregistrées dans 21 cas (13%) dominées par les suppurations pariétales : 16 cas (10%) ; suivies de subocclusion dans 2 cas ; de 2 cas

de rétention aiguë d'urine et d'un cas d'occlusion.

Quatorze des 16 suppurations étaient survenues entre le deuxième et le cinquième jour post opératoire. Les suppurations se voyaient chez les opérés d'abcès appendiculaires dans 9 cas ; les opérées de péritonite dans 3 cas ; et dans 4 cas d'opérés d'appendicite aiguë non compliquée parmi lesquels on dénombrait deux cas d'appendicectomie laborieuse dont 1 cas d'appendice de topographie rétro-caecale, d'aspect phlegmoneux ; 1 cas de gangrène appendiculaire en situation iliaque droite et 2 cas d'appendice catarrhale.

La rétention d'urine était retrouvée quelques heures après l'intervention chez un patient de 38 ans ayant bénéficié d'une rachianesthésie pour son appendicectomie motivée par une appendicite aiguë non compliquée phlegmoneuse ; le deuxième cas de rétention concernait un cas de plastron appendiculaire sur appendice pelvien de découverte per opératoire. La rétention était survenue au deuxième jour post opératoire.

La subocclusion était caractérisée par le retard à la reprise du transit au-delà deux jours après l'intervention accompagnée d'un ballonnement abdominal. Elle était retrouvée au 3ème jour post opératoire chez un malade opéré d'abcès appendiculaire et au 5ème jour dans un cas de péritonite aiguë généralisée.

L'occlusion était diagnostiquée au 28ème jour d'hospitalisation chez un opéré de péritonite aiguë secondaire à une appendicite aiguë par appendice perforé à la base.

Mortalité

Un cas de décès était noté (0,6%) chez un patient de 62 ans diabétique de type II non compliant au traitement, opéré pour abcès appendiculaire dont les suites étaient compliquées de suppuration. Il était décédé brutalement au 10ème jour post-opératoire.

Discussion

Avec les 40,4%, les cas d'appendicite représentaient la première urgence digestive du service comme cela a été signalé par plusieurs auteurs (1, 2). L'affection atteint aussi bien les hommes que les femmes et frappe surtout le sujet jeune de la trentaine (2, 3).

Le diagnostic de l'appendicite reste encore essentiellement clinique sous nos cieux alors que dans les pays à technologie avancée, l'imagerie prend de plus en plus de place dans le diagnostic. HAROUNA et coll. (3) sur 362 cas n'ont réalisé que 70 échographies dont ils jugent l'apport très précieux dans le diagnostic; quant à HO JUN LEE et coll. (4) sur 418 cas ayant fait l'objet de leur étude, 391 avaient bénéficié de la tomodensitométrie soit 93,54% des cas. Le plateau technique insuffisant, les ressources humaines qualifiées en nombre limitée et le coût élevé de ces examens directement payé par les malades qui sont souvent à ressources financières très limitées, constituent les facteurs limitant la réalisation de l'imagerie sophistiquée sous nos cieux. L'apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic de l'appendicite est reconnu par tous les auteurs (1, 4) et permettrait surtout d'éviter de faire des appendicectomies sur appendice sain. L'échographie et/ou la tomodensitométrie nous aurait permis probablement d'éviter de prendre les deux cas de plastron en préopératoire comme appendicite aiguë non compliquée.

Les gestes réalisés dans notre étude étaient faits par laparotomie qui est la voie d'abord de la plupart des auteurs au sud du Sahara (2, 3, 5). Ailleurs, les avantages : diagnostiques, du meilleur lavage de la cavité péritonéale, de la courte durée d'hospitalisation, de l'esthétique des cicatrices et de l'usage à minima des antalgiques, sont mis au devant par plusieurs auteurs occidentaux pour préférer la voie coelioscopique à celle classique (1, 4).

Notre morbidité globale était de 13%. Cette

morbidity est presque deux fois supérieure à celle retrouvée par HO JUN LEE et coll. (4) qui n'en ont connu que 6,99% dans leur série traitée par laparotomie ; FRANÇOIS et coll. (1) en avaient eu 5,7%. Nos chiffres sont comparables à d'autres auteurs notamment africains (2, 5). Quant à HAROUNA et coll. (3) ils trouvent une morbidité record de 46% alors que RANTOMALALA et coll. trouvent une morbidité de 6,32% (6). La différence observée peut être liée à l'organisation des soins qui dépend de plusieurs facteurs.

L'infection pariétale est la première complication et fait l'unanimité dans toutes les études (1-7). Nous avons eu dans la grande majorité des cas la suppuration sur appendicite compliquée localement ou généralement, mais MEHINTO et coll.(5) avaient retrouvé plus de la moitié de ces infections sur appendicite non compliquée et sans difficulté opératoire reposant réellement l'organisation des soins dans nos structures. Certaines complications historiques telles que le syndrome du cinquième jour retrouvé par certains auteurs (1, 6) ne font pas partie de la liste des complications de notre série de même que les abcès résiduels souvent rapportés en chirurgie cœlioscopique (1, 4, 8) ; non plus nous n'avons eu aucun cas de lâchage du moignon, ni d'hémorragie par lâchage du mésoappendice lié. La rétention aiguë d'urine ne semble pas spécifique de l'appendicectomie malgré le fait qu'elle ait été retrouvée dans un cas d'appendicite pelvienne. Cette complication passagère est souvent retrouvée dans les anesthésies locorégionales telles que la rachia-

nesthésie dont avait bénéficié ce patient.

L'occlusion intestinale est la seule complication tardive que nous avons retrouvée dans notre série. Elle était de survenue précoce observée au 28ème jour post-opératoire. L'occlusion est la hantise du chirurgien qui fait une laparotomie. Elle procède soit par bride ou par adhérence. En dehors du fait que des facteurs raciaux sont incriminés dans le mécanisme de la bride, l'infection et les épanchements sanguins intra-abdominaux sont aussi pourvoyeurs de brides et d'adhérences c'est pourquoi, il est recommandé de faire une hémostase soigneuse et de faire selon le cas, un très bon nettoyage de la cavité.

La mortalité (0,6%) est heureusement faible comme retrouvée dans plusieurs études ; il faut noter l'âge (62 ans) et la co-morbidity (diabète), faits retrouvés par d'autres auteurs.

Conclusion

Il est souhaitable de faire par moment des arrêts pour évaluer la prise en charge de certaines pathologies considérées comme banales parce que fréquentes et relativement simple d'abord. Ces évaluations périodiques permettront de découvrir des failles éventuelles de la prise en charge et de réajuster le tir.

L'appendicite est bénigne et de prise en charge relativement simple, mais tue encore. Ne tuera-t-elle pas davantage sous nos cieux avec le débat qui refait surface au sujet de l'indication médicale de sa prise en charge (9) ?

Références

1. **FRANÇOIS GF, GYULI G.** Cinq mille trente quatre appendicectomies. Résultats. *e-mémoires de l'académie nationale de chirurgie* 2006, 5 (1) : 61-70.
2. **KASSI ASSAMOI BF, YENON KS, LEBEAU R, TRAORE M, AKPABEDI E, KOUASSI JC.** Réalimentation orale précoce versus réalimentation classique après appendicectomie pour appendicite aiguë. *Med Brux* 2010, 31 : 509-12.
3. **HAROUNA Y, AMADOU S, GAZI M, GAMATIE Y, ABDOU I, OMAR**

GS et coll. Les appendicites au Niger: pronostic actuel. *Bull Soc pathol Exot* 2000 ; 95 (5) : 314-16.

4. **HO JUN LEE, YONG HWAN PARK, JAE IL KIM, PYONG WHA CHOI, JE HOON PARK, TAE GIL HEO et coll.** Comparison of clinical outcomes and hospital cost between open appendicectomy and laparoscopic appendicectomy. *J Korean Surg Soc* 2011, 81 : 321-25.

5. **MEHINTO KD, OLORY-TOGBE JL, PADONOU N.** Les complications d'appendicectomie pour appendicite aiguë chez l'adulte au centre National

• Résultat de l'appendicectomie... •

Hospitalier et Universitaire de Cotonou. *Méd Afr noire* 2004, 51 (6) : 361-65.

6. RANTOMALALA HYH, RAKOTONDRAB JB, RAJOANARIVONY T, RAKOTOARISOA AJC, RAKOTOARISOA B, ANDRIAMANARIVO ML et coll. Les complications post-opératoires d'une appendicite classique. *Med Afr Noire* 2005, 52 (1) : 56-60.

7. TRAORE A, DIAKITE I, DEMBELE B.T, TOGO A, KANTE L, COULIBALY Y. et coll. Complications post-opératoires en chirurgie abdominale au CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali. *Méd Afr Noire* 2011, 58

(1) : 31-35.

8. RAHILI A, HABREJ, DELOTTE J, DESPREZ B, RAUPOL PBENCHIMOL D. Coprolithe résiduel après appendicectomie coelioscopique. *Annales de chirurgie* 2003, 128 : 326-28.

9. L. ANSULONI, F. CATENA, F. COCCOLINI, G. ERCOLANI, F. GAZZOTTI, E. PASQUALINI, A.D. PINNA Surgery versus antibiotic treatment in acute appendicitis : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Dig Surg* 2011 ; 28 : 210-21.



Médecine d'Afrique Noire

sur internet

www.santetropicale.com/manelec/afo/index.asp