

Péritonites appendiculaires aspect épidémiologiques et prise en charge au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara (Guinée).

Appendicular peritonitis: epidemiological aspects and management in the surgical department of the Koundara prefectural hospital (Guinea).

Bah TS¹, Camara FL¹, Diallo MA¹, Balde M¹, Camara M¹, Barry AL², Toure I¹, Sylla H¹, Balde TMII¹, Sylla A¹, Diakite S³, Soumaoro LT³, Fofana H³ Toure A³.

¹Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée

²Service de chirurgie, hôpital préfectoral de Koundara, Guinée

³Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée.

Auteur correspondant : Thierno Souleymane BAH, service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka ;

Téléphone : (+224) 622 90 55 26 ; Email : thiernomasoul87@gmail.com

Reçu le 5 juillet 2024 - Accepté le 17 novembre 2024 - Publié le 26 décembre 2024

RESUME

But : était de rapporter les aspects épidémiologiques et la prise en charge des péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective type descriptif sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2021 portant sur les péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara.

Résultats : quarante un (41) cas de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire ont été colligés sur 83 cas soit une fréquence hospitalière de 6,68% par rapport aux urgences chirurgicales abdominales non traumatiques et 49,39% par rapport aux étiologies des péritonites. L'âge moyen était de 29,73± 19,04 ans, (extrêmes : 7 et 70 ans). Une prédominance masculine (63,41%) a été trouvée avec un sex-ratio de 1,73. Le tableau clinique était dominé par la douleur abdominale (100%) et la contracture abdominale (82,93%). Tous les malades ont été opérés par un abord médian. L'appendicectomie avec toilette et drainage péritonéal étaient les gestes chirurgicaux dominants. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,49±4,93jours. Nous avons enregistré 4,87% de suppurations pariétales et 4,87% de décès due au retard de la prise en charge.

Conclusion : le diagnostic de péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire est essentiellement clinique et le traitement est médico-chirurgical. La prévention de cette pathologie passe par une prise en charge précoce de l'appendicite aiguë.

Mots clés : péritonites aiguës généralisées appendiculaires, prise en charge, hôpital préfectoral de Koundara.

SUMMARY

Aim: was to report the epidemiological aspects and management of acute generalized peritonitis of appendicular origin in the surgical department of Koundara prefectural hospital.

Patients and methods: this was a retrospective descriptive study covering a 5-year period from January 1, 2017 to December 31, 2021, on acute generalized peritonitis of appendicular origin in the surgical department of Koundara prefectural hospital.

Results: Forty-one (41) cases of acute generalized peritonitis of appendicular origin were recorded out of 83 cases, representing a hospital frequency of 6.68% in relation to non-traumatic abdominal surgical emergencies and 49.39% in relation to peritonitis etiologies. The mean age was 29.73± 19.04 years, (extremes: 7 and 70 years). Male predominance (63.41%) was found, with a sex ratio of 1.73. The clinical picture was dominated by abdominal pain (100%) and abdominal contracture (82.93%). All patients underwent median approach surgery. Appendectomy with cleansing and peritoneal drainage were the dominant surgical procedures. Average hospital stay was 10.49±4.93days. We recorded 4.87% parietal suppurations and 4.87% deaths due to delayed management.

Conclusion: the diagnosis of acute generalized peritonitis of appendicular origin is essentially clinical, and treatment is medico-surgical. Prevention of this pathology requires early management of acute appendicitis.

Key words: acute generalized appendicular peritonitis, management, Koundara prefectural hospital.

INTRODUCTION

La péritonite aiguë généralisée est dite d'origine appendiculaire lorsqu'elle est secondaire à la complication de l'appendicite aiguë et s'étend dans toute la cavité péritonéale [1-2]. C'est une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapide [3]. Elle constitue un véritable problème de santé publique en Afrique subsaharienne par sa morbidité et mortalité plus élevée par rapport aux pays développés, malgré les progrès de l'anesthésie et la réanimation [4-5]. Le diagnostic est clinique et complété par le bilan paraclinique, qui est insuffisant dans les hôpitaux aux ressources limitées [6]. Le but de ce travail était de rapporter les aspects épidémiologiques et la prise en charge des péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une période de 5 ans, allant du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2021, menée dans le service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara, portant sur les dossiers individuels des patients hospitalisés et opérés pour péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire. Ont été inclus dans l'étude, les dossiers comportant l'état civil du malade, une observation clinique, un compte rendu opératoire, et un suivi post opératoire. Nos variables étudiées ont portées sur les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

RESULTATS

Nous avons colligé 41 cas de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire représentant 49,39% de l'ensemble des péritonites et 6,68% des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques opérées durant la période d'étude (Tableau I).

Tableau I : répartition selon les causes des péritonites aiguës généralisées

Causes	Nombre de cas	%
Péritonite appendiculaire	41	49,39
Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénal	33	39,76
Péritonite post-Traumatique	4	4,82
Péritonite d'origine typhique	4	4,82
Péritonite génitale	1	1,20
Total	83	100

L'âge moyen des patients était de 29,73± 19,04 ans, avec des extrêmes de 7 et 70 ans, La tranche d'âge de 10-19 ans (39,02%) était la plus touchée. Nous avons noté une prédominance masculine (63,41%) avec un

sex-ratio de 1,73. Les élèves et cultivateurs ont constitué la couche socio-professionnelle la plus touchée, respectivement 41,46% et 26,83%. Les malades ont consulté en moyenne 7,20 jours après l'installation des premiers symptômes de la maladie avec des extrêmes de 2 et 30 jours. Une notion d'automédication a été notée dans 68,29%, et 31,71% des malades ont transité chez les tradithérapeutes. Dans tous les cas, le diagnostic de péritonite aiguë généralisée a été essentiellement clinique. Aucun examen d'imagerie n'a été réalisé. Sur le plan biologique, le Taux d'hémoglobine, le groupage sanguin et rhésus, la glycémie, AgHbs, le TP/TCA et la sérologie VIH, ont été systématique chez tous les patients. Nous avons noté 9,76% de sérologie VIH positive. En préopératoire, l'origine appendiculaire de la péritonite a été évoquée dans 49,39% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une réanimation pré, per et post opératoire. La voie d'abord a été médiane sus et sous ombilicale chez tous les malades. Macroscopiquement, l'appendice était perforé dans 53,66% de cas, suppuré dans 43,90% de cas et gangréné dans 2,44% de cas. Une appendicectomie avec toilette et drainage de la cavité péritonéale a été systématique chez tous les patients. L'administration des antibiotiques (Ceftriaxone 1g) et du métronidazole en perfusion accompagné du paracétamol en perfusion a été systématique chez tous les patients. Dans notre série, il n'y a pas eu d'examen cyto bactériologique du liquide péritonéale ni d'examen anatomopathologique de l'appendice. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,49±4,93 jours. Nous avons enregistré 4,87% de suppurations pariétales et 4,87% de décès (Tableau II).

Tableau II : répartition selon les suites opératoires

Suites opératoires	Nombre de cas	%
Simple	36	87,80
Complicées Suppuration pariétale	2	4,87
Fistule caecale	1	2,43
Décès	2	4,87
Total	41	100

DISCUSSION

Le taux de péritonite appendiculaire rencontré dans notre série est comparable à celui de Kanté L et al au Mali [7]; occupant ainsi le premier rang des étiologies des péritonites aiguës. Mais inférieur à celui de Soumaoro LT et al en Guinée [3] qui ont rapporté une fréquence hospitalière de 23,4% de péritonites appendiculaires par rapport aux autres causes. Cette différence pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon et le cadre de l'étude.

La péritonite appendiculaire est l'apanage du sujet jeune de sexe masculin dans la plus part des séries Africaines [3-8]. Contrairement à certains auteurs [9-

11] nous avons noté une prédominance masculine similaire à celle trouvée par Ouangre et al, en 2013 au Burkina Faso [8]. En effet, la tendance interventionniste consistant à procéder à une appendicectomie chez la jeune fille devant les douleurs de la fosse iliaque droite pourrait sans doute expliquer cette diminution du nombre de péritonites d'origine appendiculaires chez le sexe féminin [3]. Le retard de consultation rapporté dans notre série a été noté dans les autres séries Africaines [3-8]. Ce retard à la consultation est imputable au faible niveau d'éducation sanitaire de nos populations qui utilisent en première intention une automédication ou consultent un tradithérapeute. En effet, il a été démontré par Naderan et al en Iran [12] qu'un niveau élevé d'éducation était associé à une réduction du risque de complication de l'appendicite. Aussi, l'absence d'assurance maladie pourrait retarder la consultation dans un contexte de faible revenu de nos populations. Le recours rapide et quasi systématique à l'automédication est favorisé dans notre environnement par l'accès facile à la vente illicite de médicaments.

Dans notre série, le diagnostic de péritonite appendiculaire était essentiellement clinique, aucun patient n'a bénéficié d'examen d'imagerie car non accessible en urgence, mais le bilan biologique a été systématique chez tous les patients. L'infection à VIH notée dans notre étude est comparable à celle de Masso et al [5] qui ont rapporté 13,4% de sérologie positive au VIH. En Guinée, Soumaoro L.T et al, en 2019 sur une étude portant sur 1065 cas de péritonite aiguë, ont rapporté 13 patients (5,2%) de sérologie positive au VIH [3]. Dans notre étude, cette découverte a été possible grâce au dépistage systématique du VIH avant toute intervention chirurgicale. La péritonite aiguë généralisée appendiculaire est une urgence médicochirurgicale qui doit être encadrée par la réanimation qui est pré, per et post opératoire [4]. Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale. L'incision médiane demeure la voie d'abord idéale permettant une meilleure exposition et surtout une toilette adéquate de la cavité péritonéale. Bien que les suites opératoires soient globalement simples, nous avons enregistré quelques complications et une faible mortalité. Cette morbi-mortalité serait due au contexte de l'urgence, au retard de la prise en charge [13,14] et d'autre part au manque des kits d'urgence et l'insuffisance du plateau technique et des moyens de réanimation dans notre service.

CONCLUSION

Les péritonites appendiculaires sont assez fréquentes dans notre contexte. Le diagnostic est clinique et souvent aisé. Le retard de consultation et de prise en charge expose une morbimortalité importante. La prévention de cette pathologie passe par une prise en charge précoce de l'appendicite aiguë.

REFERENCES

- 1. Proske J, Franco D.** Péritonites Aigues. Rev Prat, Paris 2005 ;55(1) :2167-72
- 2. Jean JM, Jean LC.** Péritonites aiguës diffuse : physiopathologie, étiologie, diagnostic et traitement. Revue du Praticien Paris 2001 ; 51(9) :2141-5
- 3. Soumaoro LT, Toure A, Mamy G.F et al.** Péritonites appendiculaires : fréquence et prise en charge dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée). Médecine d'Afrique Noire 2019 ; 66(2) :86-90
- 4. Harouna Y, Abdou I, Saidou B et al.** Les péritonites en milieu tropical ; particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels: A propos de 160 cas. Médecine d'Afrique Noire 2001 ;48(3) :103-6
- 5. Masso-Misse P.** Probabilité et mortalité de l'appendice en milieu tropical. A propos de 120 cas de péritonites appendiculaires. Médecine tropicale 1999 ;46 (60) :2802
- 6. Kassegne I, Kanassoua KK, Sew EV et al.** Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au CHU de Kara. Revu Africaine d'anesthésiologie et de Médecine d'urgence 2013 ;18(2):1-6
- 7. Kanté L, Diakité I, Togo A et al.** Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Somine Dolo de Mopti, aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Mali médical 2013,28(3):20-23
- 8. Ouangre E, Zida M, Bomkouno P et al.** Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : A Propos de 221 cas. Rev CAMES Santé 2014 ; 1(2) :75-9
- 9. Ali N, Aliyu S.** Appendicitis and its surgical management experience at the university of Maiduguri teaching hospital, Nigeria. Niger J Med 2012 ; 21(2) :223-6.
- 10. Talabi OA, Sowande AO, Olowookere AS et al.** Clinicopathological review of 156 appendicectomies for acute appendicitis in children in Ile-Ife, Nigeria : a retrospective analysis. BMC Emergency Medicine 2015 ;15 :7 doi 10.1186/s12873-015-0030-9
- 11. Adejumo AA, Mshelia NM, Saleh YM.** Clinicopathological presentation and management outcome of appendicitis in Gombe, north-east Nigeria : a 7 years retrospective audit. Niger J Med 2015 ;24(4) :337-43.
- 12. Naderan M, Babaki AE, Shoar S et al.** Risk factors for the development of complicated appendicitis in adults. Ulus Cerrahi Derg 2016 ;32(1) :37-42
- 13. Sutton TL, Pracht EE, Ciesla DJ.** Acute appendicitis : variation in outcomes by insurance status. J Surg Res 2016 ;201(1) :118-25
- 14. Chamisa I.** A clinicopathological review of 324 appendices removed for acute appendicitis in Durban, South Africa : a retrospective analysis. Ann R Coll Surg Engl 2009 ;91(8) :688-92.