



**Juin 2025, Volume 8
N°3, Pages 184 - 290**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique
Mamadou Diawo Bah - Anesthésie-Réanimation
Mamadou Cissé- Chirurgie Générale
Ndèye Fatou Coulibaly -Orthopédie-Traumatologie
Richard Deguenonvo -ORL-Chir. Cervico-Faciale
Ahmadou Dem -Cancérologie Chirurgicale
Madieng Dieng- Chirurgie Générale
Abdoul Aziz Diouf- Gynécologie-Obstétrique
Mamour Gueye - Gynécologie-Obstétrique
Sidy Ka -Cancérologie Chirurgicale
Ainina Ndiaye - Anatomie-Chirurgie Plastique
Oumar Ndour- Chirurgie Pédiatrique
André Daniel Sané - Orthopédie-Traumatologie
Paule Aida Ndoye- Ophtalmologie
Mamadou Seck- Chirurgie Générale
Yaya Sow- Urologie-Andrologie
Alioune BadaraThiam- Neurochirurgie
Alpha Oumar Touré - Chirurgie Générale
Silly Touré - Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (Tunisie)
Momar Codé Ba (Sénégal)
Cécile Brigand (France)
Amadou Gabriel Ciss (Sénégal)
Mamadou Lamine Cissé (Sénégal)
Antoine Doui (Centrafrique)
Aissatou Taran Diallo (Guinée Conakry)
Biro Diallo (Guinée Conakry)
Folly Kadidiatou Diallo (Gabon)
Bamourou Diané (Côte d'Ivoire)
Babacar Diao (Sénégal)
Charles Bertin Diémé (Sénégal)
Papa Saloum Diop (Sénégal)
David Dosseh (Togo)
Arthur Essomba (Cameroun)
Mamadou Birame Faye (Sénégal)
Alexandre Hallode (Bénin)
Yacoubou Harouna (Niger)
Ousmane Ka (Sénégal)
Omar Kane (Sénégal)
Ibrahima Konaté (Sénégal)
Roger Lebeau (Côte d'Ivoire)
Fabrice Muscari (France)
Assane Ndiaye (Sénégal)
Papa Amadou Ndiaye (Sénégal)
Gabriel Ngom (Sénégal)
Jean Léon Olory-Togbe (Bénin)
Choua Ouchemi (Tchad)
Fabien Reche (France)
Rachid Sani (Niger)
Anne Aurore Sankalé (Sénégal)
Zimogo Sanogo (Mali)
Adama Sanou (Burkina Faso)
Mouhmadou Habib Sy (Sénégal)
Adegne Pierre Togo (Mali)
Aboubacar Touré (Guinée Conakry)
Maurice Zida (Burkina Faso)
Frank Zinzindouhoue (France)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adeh-dem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX

PAGES

1. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des péritonites spontanées primitives au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi au Niger. **Maman Boukari H et al** 184
2. L'opération de Heller par voie laparoscopique pour achalasie à propos de 8 cas au CHU de Treichville. **Goho KM et al** 193
3. Les péritonites post-opératoires : aspects diagnostiques et prise en charge à l'hôpital régional de Kankan. **Koundouno AM et al** 199
4. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. Péritonites aiguës généralisées biliaires d'origine typhique. **Boka Tounga Y et al** 215
6. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë de l'adulte **Niasse A. et al**... 223
7. Évaluation du temps d'attente des patients en salle de préparation du bloc opératoire dans deux hôpitaux de Yaoundé (Cameroun). **Bang GA et al** 231
8. Gestion de la gangrène de Fournier en chirurgie générale : quels résultats ? **Hama Y et al** 238
9. Arthrodèse de la cheville : alternative radicale salvatrice dans les pays à ressources limitées. **Dabire MN et al** 246
10. Cancers de l'ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 170 cas à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Thiam J et al** 253

CAS CLINIQUES

11. Prise en charge d'une tumeur desmoïde géante abdominale à l'unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka. **Touré AI et al** 261
12. Tumeur gastrique perforée compliquée d'abcès hépatiques et spléniques : à propos d'un cas. **Dieng M et al** 269
13. A propos d'un gossybipome pariétal : une curieuse découverte. **Kambiré JL et al** 277
14. La maladie de Bowen péri-anale : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. **Leh Bi KI et al** 282
15. Corps étranger incarcéré dans le haut rectum : à propos d'un cas. **Leh Bi KI et al** 287

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

1. *Epidemiological and therapeutic aspects of primary spontaneous peritonitis at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.* **Maman Boukari M et al** 184
2. *Heller's laparoscopic operation for achalasia about 8 cases at teaching hospital of Treichville.* **Goho KM et al** 193
3. *Post-operative peritonitis: diagnostic aspects and management at the Kankan regional hospital.* **Koundouno AM et al** 199
4. *Diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoid disease at the University Hospital center of Libreville (Gabon).* **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. *Acute generalized biliary peritonitis of typhoid origin.* **Boka Tounga Y et al** 215
6. *Management of complications of acute appendicitis in adult.* **Niasse A et al** 223
7. *Evaluation of patient waiting time in the theatre's preparation room in two hospitals of Yaounde (Cameroon).* **Bang GA et al** 231
8. *Management of Fournier's gangrene in general surgery: what are the outcomes?* **Hama Y et al** 238
9. *Ankle arthrodesis: a radical solution in low-income countries.* **Dabire MN et al** 246
10. *Ovarian cancer: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects, about 170 cases at the Joliot Curie Institute in Dakar.* **Thiam J et al** 253

CASES REPORTS

11. *Management of a giant abdominal desmoid tumor at the oncological surgery unit of the Donka National Hospital.* **Toure A et al** 261
12. *Perforated gastric tumour complicated by hepatic and splenic abscesses: a case report.* **Dieng M et al** 269
13. *About a parietal gossybipoma: a curious discovery* **Kambire JL et al** 277
14. *Peri-anal Bowen disease: a case report from Bouake Hospital.* **Leh Bi KI et al** 282
15. *Foreign body incarcerated in the Upper rectum: a case report.* **Leh Bi KI et al** 287

PRISE EN CHARGE DES FORMES COMPLIQUEES DE L'APPENDICITE AIGUE DE L'ADULTE

MANAGEMENT OF COMPLICATIONS OF ACUTE APPENDICITIS IN ADULT

NIASSE Abdou^{1**}, GUEYE Mouhamadou Lamine², DIENG Papa Souleymane¹, NDIAYE Abdoulaye¹, FAYE Sokhna Maimouna¹, FAYE Papa Mamadou², TOURE Alpha Oumar², CISSE Mamadou², DIENG Madieng³, KONATE Ibrahima⁴.

Service de chirurgie générale, hôpital de Pikine (Dakar, Sénégal)

¹ *Département de chirurgie, université Alioune Diop de Bambey, service de chirurgie générale, CHN Cheikh Ahmadoul Khadim de TOUBA (Diourbel, Sénégal)*

² *Service de chirurgie générale, hôpital Dalal Jamm (Dakar, Sénégal)*

³ *Service de chirurgie générale, hôpital Aristide le Dantec de Dakar (Sénégal)*

⁴ *Service de chirurgie générale, hôpital régional de Saint-Louis (Saint-Louis, Sénégal)*

Auteur correspondant : Docteur Abdou NIASSE, département de chirurgie, université Alioune Diop de Bambey, service de chirurgie générale centre hospitalier national Cheikh Ahmadoul Khadim de TOUBA, mail= niasseabdou30@gmail.com

Résumé

Introduction : L'appendicite aigue est une urgence abdominale très fréquente. En absence de traitement ou de retard diagnostique, elle évolue vers des complications. **Le but** de notre travail était d'étudier les résultats de la prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aigue. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 6 ans du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2020, ayant inclus les patients âgés d'au moins 15 ans pris en charge pour appendicite aigue dans sa forme compliquée d'abcès, de plastron ou de péritonite. Les formes simples étaient exclues. **Résultats :** Durant cette période, 583 cas de pathologies appendiculaires étaient traités. Les formes compliquées étaient de 225 cas soit 38,6%. L'âge moyen était de 28,5 ans et le sex-ratio de 2,26. Le délai moyen de consultation était 7 jours avec des extrêmes de 5 et 15 jours. Les formes compliquées étaient fortement liées à un délai de consultation > 7 jours ($p=0,023$). La douleur abdominale était constante. L'hyperleucocytose était présente dans 95,5% des cas ($n=215$) à

prédominance neutrophile. Nous avons eu 121 cas (53,7%) d'abcès appendiculaires, 89 cas (39,5%) de péritonites et 15 cas (6,8%) de plastrons appendiculaires. Tous les autres patients ont été opérés à chaud et ceci dans les 12 heures chez plus de la moitié des patients (76,5%). Il s'agissait d'une appendicectomie et toilette péritonéale dans tous les cas, associée à un drainage dans 186 cas (82,6%). La morbidité globale était de 5,3% ($n=12$) faite d'infection de site opératoire dans 9 cas (4% des patients) et péritonite persistante dans 3 cas (soit 1,3% des patients). Le pronostic était meilleur chez les patients opérés dans les 12 h avec $p=0,034$. La mortalité était de 0,8% ($n=5$) et l'hospitalisation était de 6 jours en moyenne. **Conclusion :** Un délai de consultation supérieur à 7 jours était fortement associée à un risque de survenue de formes compliquées de l'appendicite aigue notamment l'abcès et la péritonite. Une chirurgie, dans les meilleurs délais, améliore le pronostic.

Mots-clés : Péritonite appendiculaire, Abscès appendiculaire, Plastrons appendiculaires, Appendicectomie, appendicite

Abstract

Introduction: Acute appendicitis is a frequent emergency that happens in the abdominal region. If treatment is not given or diagnosis is delayed, complications may arise. **Our aim** was to assess the results of managing complicated forms of acute appendicitis. **Materials and methods:** This was a 6-year retrospective study from January 1, 2015, to December 31, 2020, including patients aged at least 15 years treated for acute appendicitis in its complicated form of abscess, plastron or peritonitis. Simple forms were not included.

Results: There were 583 cases of appendicitis treated during this period. The complicated forms were 225 cases, representing 38.6%. The average age was 28.5 years, and the gender ratio was 2.26. The average consultation time was 7 days, with extremes of 5 and 15 days. Complicated forms were strongly linked to a consultation delay of more than 7 days ($p = 0.023$). The abdominal pain was constant.

In 95.5% of cases with neutrophil predominance, hyperleukocytosis existed. We had 121 cases (53.7%) of appendiceal abscesses, 89 cases (39.5%) of peritonitis, and 15 cases (6.8%) of appendiceal perforation. Except for 8 cases of appendiceal plastrons, all other patients were operated on hot, and more than half of them (76,5%) were operated on within 12 hours. The majority of cases involved an appendectomy and peritoneal toilet, with drainage occurring in 186 cases (82.6%). The overall morbidity was 5.3% ($n = 12$) made up of parietal suppuration ($n = 9$) and persistent peritonitis ($n = 3$). The prognosis was better in patients operated on within 12 hours, with a p value of 0.034. Mortality was 0.8% ($n = 5$) and hospitalization was on average for 6 days. **Conclusion:** A consultation delay of more than 7 days was strongly associated with a risk of occurrence of complicated forms of acute appendicitis including abscess or peritonitis. Surgery doing within 12 hours, with the exception of plastrons, improves the prognosis.

Keywords: Acute appendicitis, Peritonitis, Appendiceal abscess, appendicular plastron, Appendectomy

INTRODUCTION

Les complications de l'appendicite aiguë non traitée font toute la gravité de cette affection. Les péritonites, les plastrons et les abcès appendiculaires sont les formes compliquées de l'appendicite nécessitant un traitement adéquat, gage d'un meilleur pronostic [1, 2]. Le but de notre travail était d'étudier la fréquence, le diagnostic, le traitement et le pronostic des formes compliquées de l'appendicite.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale et descriptive sur une période de 06 ans. Elle a concerné tous les patients, âgés d'au moins 15 ans, ayant été pris en charge au service de chirurgie de l'hôpital de Pikine (Dakar, Sénégal) pour une appendicite aiguë compliquée d'abcès, de plastron ou de péritonite. Les formes simples n'étaient pas incluses. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la

durée d'évolution de la symptomatologie, les données de l'examen physique, le taux de leucocytes, les bilans radiologiques, le diagnostic final, l'antibiothérapie utilisée, les voies d'abord, le délai de traitement chirurgical et les gestes chirurgicaux ainsi que l'évolution dans les 30 jours post-opératoires. Les données bactériologiques ont été également étudiées (germe isolé, antibiothérapie ciblée). Les variables étaient calculées à l'aide du logiciel R et les graphiques obtenus avec le logiciel Excel. Le test de Chi2 a été utilisé dans les analyses bi variée avec un p value significatif si $<0,05$.

RESULTATS

Durant notre période, 583 cas de pathologies appendiculaires ont été prises en charge. Les formes compliquées étaient de 225 cas soit 38,6% des pathologies appendiculaires. Nous avons eu 121 cas (53,7%) d'abcès appendiculaires et 89 cas (39,5%) de péritonites (figure 1).

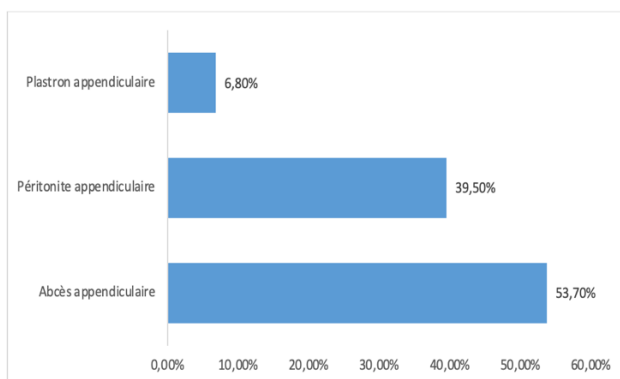


Figure 1 : Répartition de nos patients selon le diagnostic

L'âge moyen était de 28,5 ans. Le sexe masculin prédominait dans 156 cas soit 69,3% avec un sex ratio de 2,26. La tranche d'âge de 15 ans à 30 ans était prédominante dans 102 cas soit 45% des cas (figure 2).

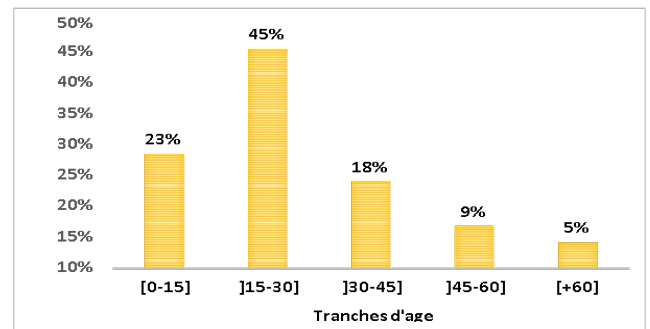


Figure 2 : Répartition de nos patients selon la tranche d'âge

Le délai moyen de consultation était de 7 jours avec des extrêmes de 5 à 18 jours. La majorité des malades (69,2%) ont consulté entre 6 et 10 jours depuis le début des symptômes. Un délai de consultation supérieur ou égal à 7 jours était fortement associé à un risque de survenue de péritonite ou abcès appendiculaire avec $p=0,023$ (tableau I).

Tableau I : Délai de consultation dans notre étude

Délai de consultation	Pourcentage
0-5 jours	00%
6-10 jours	69,2%
11-15 jours	25,4%
Supérieur à 15 jours	05,4%
$p=0,032$	

La fièvre était présente dans 178 cas (79%). Il existait une corrélation entre une température de plus de 39°C et une forme compliquée de l'appendicite avec $p=0,032$.

La numération formule sanguine (NFS) était réalisée chez tous nos patients et a objectivé une hyperleucocytose dans 215 cas (95,5%) avec un taux moyen de 16400,5 globules blancs/mm³. La C reactive protein, dosée chez 6,2% (n=14) des patients, était positive dans tous les cas. Une hyperleucocytose supérieure à 15000/mm³

était fortement corrélée à une forme compliquée de l'appendicite aigue avec $p=0,021$. L'échographie a été faite chez 94,17% des patients ($n=210$). Elle était contributive dans 176 cas (83,8%). Le scanner abdominal a été réalisé chez 34 patients (5,83%) et était revenu en faveur du diagnostic positif chez 28 patients soit un taux de 82,4% avec une sensibilité de 95%. Le diagnostic était redressé en per opératoire dans 77 cas (34,2%).

Des antibiotiques ont été administrés chez tous nos patients avant l'intervention. Les plus utilisés étaient l'Amoxicilline-acide clavulanique, associée au métronidazole en bithérapie (90,74%) et la ceftriaxone associée au métronidazole et à la gentamicine en trithérapie (5,15%) dans les cas de choc septique ($n=6$).

Une intervention chirurgicale a été réalisée dans un délai moyen de 6,8 heures. Trois-quarts ($\frac{3}{4}$) de nos patients (76,5%) ont été opérés dans les 12 heures de temps après l'admission. Les voies d'abord chirurgicales étaient l'incision de Mac Burney dans 123 cas (54,6%) suivie de la laparotomie médiane dans 102 cas (45,4%). A l'exploration chirurgicale, l'appendice était principalement en position latéro-caecale (80,79%) et d'aspect gangréné dans 30,87% des cas. Il existait une discordance entre le diagnostic pré-opératoire et le diagnostic per-opératoire dans 77 cas (34,2%). Il s'agissait des 7 cas sur 8 de plastrons appendiculaires qui étaient diagnostiqués comme appendicite simple à la radiologie, de 48 cas de péritonites aiguës généralisées dont le diagnostic initial était un abcès appendiculaire et de 22 cas d'abcès appendiculaire diagnostiqués initialement comme appendicite simple. La sensibilité de l'échographie était de 67,3% contre 95% pour le scanner abdominal.

L'appendicectomie était le principal geste chirurgical réalisé chez tous nos patients.

Les plastrons appendiculaires de découverte per-opératoires ont nécessité une adhésiolyse prudente suivie d'une appendicectomie à chaud. Trente-neuf virgule quatre pour cent (39,4% soit $n=230$) des patients avaient bénéficié d'une toilette abdominale et 25,7% ($n=149$) d'un drainage. Un délai de chirurgie $<12h$ était fortement corrélé à une évolution favorable avec $p=0,034$.

Une culture bactériologique de pus a été réalisée dans 186 cas (82,6%). Elle était positive dans 126 cas (67,7%). *L'Escherichia Coli* était le germe le plus fréquent dans 86 cas (60,3%) suivi du *Klebsiella pneumoniae* dans 38 cas (22,2%) (tableau II). Les bactéries étaient multirésistantes (BMR) aux antibiotiques dans 65 cas (51,5%). L'antibiothérapie ciblée était faite essentiellement avec le ciprofloxacine dans 97 cas suivie de la vancomycine dans 13 et de l'imipénème dans 16 cas.

Tableau II : Profil bactériologique chez nos patients

Germes isolés	Effectif	%
Escherichia Coli	86	46,2%
Klebsiella pneumoniae	38	20,4%
Pseudomonas aeruginosa	28	15,1%
Staphylococcus aerus	21	11,2%
Enterobacter cloacae	13	7,1%
Total	186	100%

La morbidité globale était de 5,3% ($n=12$) faite de suppuration pariétale ($n=9$ soit 4% des patients) et péritonite persistante ($n=3$ soit 1,3% des patients).

La durée d'hospitalisation variait de 03 jours à 27 jours avec moyenne de 6 jours. Pour l'abcès Appendiculaire, elle était de 5,83 jours en moyenne avec un minimum de 1 jour et un maximum de 16 jours d'hospitalisation. Pour la péritonite

appendiculaire, la durée d'hospitalisation moyenne était de 6 jours avec des extrêmes de 0 et 27 jours. Pour le plastron appendiculaire, la durée d'hospitalisation oscillait entre 2 et 23 jours avec une moyenne de 5.8 jours. Cinq (5) cas de décès ont été notés sur choc septique chez des patients atteints de péritonites appendiculaires à germes multirésistants.

DISCUSSION

L'abcès, la péritonite et le plastron constituent des circonstances de découverte fréquentes de l'appendicite aiguë [2]. Elles représentaient 38,6% des pathologies appendiculaires dans notre série. Ce taux était similaire à celui de James au Niger avec 38,92% contre 9% dans la série de Diarra au Mali [3]. En France, l'incidence a peu diminué. En effet, dans les formes compliquées, l'incidence varie très peu quel que soit le sexe de 2009 à 2014 : de 0,02 pour les femmes (de 3,5/10 000 habitants à 3, 7 /10 000 habitants) et de 0,4 pour les hommes (4,8 /10 000 habitants à 5,2/10 000 habitants) ($p > 0,05$). Alors que cette incidence était de 9/10000 habitants pour les formes non compliquées [4]. En Afrique, le traitement non adéquat, le retard de consultation et l'automédication constituent des facteurs favorisant la découverte de l'appendicite à la phase de complication [1].

Notre délai moyen de consultation était de 7 jours. Ce taux était légèrement supérieur à ceux de Hafid et al (3,5 jours), et de Konté au Mali (2 jours) [5, 6]. Un délai de consultation supérieur ou égal à 7 jours était fortement associé à un risque de survenue de péritonite ou abcès appendiculaire avec $p=0,023$. Ce qui prouve la nécessité d'entreprendre un traitement rapide de l'appendicite aiguë et ses complications.

Dans notre série, la fièvre était présente dans 178 cas (79%). Au Niger, James et al.

rapportaient un taux de 61,4% de fièvre [3]. Il existait une corrélation entre une température de plus de 39°C et une forme compliquée de l'appendicite avec $p=0,032$. Ceci ne diffère pas statistiquement des résultats retrouvés dans d'autres séries [3, 7]. Une température normale peut s'accompagner de lésions anatomiques sévères dans l'appendicite aiguë. Ceci traduit l'absence de parallélisme anatomoclinique. Par contre, la présence d'une fièvre de plus de 39° doit faire redouter une forme compliquée d'appendicite aiguë. Cette hypothèse était autant plus avérée lorsqu'il s'y associe une importante hyperleucocytose. Dans notre série, un taux de leucocytes supérieur à 15000/mm³ était fortement corrélé à la présence d'une forme compliquée de l'appendicite aiguë avec $p=0,021$. Ce résultat est similaire à ceux de la plupart des auteurs où l'hyperleucocytose était présente dans plus de 80% des cas [8, 9]. La plupart des auteurs rapportent une sensibilité du taux de CRP de 98%, plus significative que l'hyperleucocytose.

Le diagnostic des complications de l'appendicite aiguë est essentiellement clinique. Une douleur de fosse iliaque droite secondairement généralisée à tout l'abdomen est fortement évocatrice d'une péritonite appendiculaire [10]. Les discordances radio cliniques ne manquent pas. L'automédication et l'utilisation abusive des antibiotiques masquent souvent les tableaux compliqués de l'appendicite aiguë. En imagerie, l'échographie a été l'examen le plus réalisé dans notre contexte devant syndrome appendiculaire à cause de sa disponibilité, comme rapporté dans les pays en développement [11, 12, 13, 14]. Elle était réalisée chez 94,17% des patients ($n=210$). Le scanner abdominal a été réalisé chez 34 patients (5,83%) et était revenu en faveur du diagnostic chez 28 patients soit un taux de 82,4% avec une sensibilité de 95%.

Le diagnostic était redressé en per opératoire dans 77 cas (34,2%). L'échographie reste encore opérateur dépendant. Dans notre étude, sa sensibilité était de 67,3%. Tous les cas de redressement diagnostique per -opératoire (n=77 soit 34,2%) étaient notés chez des patients ayant bénéficié uniquement d'une échographie abdominale. La performance de la tomodensitométrie dans le diagnostic de l'appendicite et ses complications n'est plus à démontrer [13, 15].

Dans notre étude, les formes compliquées étaient dominées par les abcès appendiculaires (n=121 soit 53,7%) suivis des péritonites appendiculaires (n=89 soit 39,5%) puis des plastrons appendiculaires (n=15 soit 6,8%). Ces résultats sont superposables à ceux de la littérature (tableau III). Néanmoins, la découverte de l'appendicite à la phase de péritonite reste fréquente en Afrique. Le retard diagnostic et le recours aux antibiotiques sans recherche étiologique constituent les principaux facteurs favorisants [4, 13, 15].

Table III : Fréquence des formes compliquées de l'appendicite aigue dans la littérature

Auteurs	Abcès appendiculaire	Péritonite appendiculaire	Plastron appendiculaire
Sogoba (Mali) [21]	12,38%	7,61%	--
James Didier L (Niamey) [3]	19,2%	77,3%	3,5%
Konté (Mali) [5]	3,6%	3%	2,4%
Notre étude	53,7 %	39,5%	6,8%

Le traitement a été chirurgical chez tous nos patients. Cependant, le traitement médical visant à une stabilité hémodynamique d'une part, et d'une couverture anti infectieuse d'autre part, semble être considéré par certains auteurs comme étant suffisant dans le traitement de l'appendicite aiguë simple [16, 17, 18]. Cette indication est élargie par d'autres dans les plastrons et abcès appendiculaires. En effet, la recherche de l'appendice peut être difficile voire impossible. Il ne faut pas vouloir l'enlever à tout prix dans le même temps opératoire au risque de provoquer un traumatisme intestinal. L'appendicectomie sera donc réalisée plus tard environ 3 à 6 mois après [19].

Dans l'optique de réduire le taux d'appendicectomies blanches ainsi que le coût de la prise en charge, certaines séries ont conclu à la faisabilité d'une antibiothérapie seule comme alternative à la chirurgie dans la prise en charge de l'appendicite aigue compliquée ou non, chez des patients sans tares connues. Le même raisonnement a été adopté chez des patients présentant un risque chirurgical élevé. Ces études ont montré son efficacité avec des taux de réussite allant de 68 à 95% [4, 20, 21]. Les taux de récurrences rapportés sur un an varient entre 3 et 25 à 37% [20, 21]. A l'heure actuelle il n'existe pas de consensus universel sur les modalités du traitement conservateur. Toutefois le traitement conservateur est toujours remis en question du fait des limites

méthodologiques des études sur la question et du risque non négligeable de récurrence [1, 2, 18, 19, 21]. Ainsi la chirurgie demeure le traitement de choix de l'appendicite aiguë et ses complications. Néanmoins, le risque de choc septique ne laisse guère la place à un traitement médical exclusif dans les péritonites appendiculaires. Cette forme doit bénéficier des avantages offerts par l'abord cœlioscopie au détriment de la laparotomie large, voie d'abord prédominante dans notre série.

CONCLUSION

Les formes compliquées de l'appendicite aiguë restent encore fréquentes en Afrique. Elles sont largement dominées par les abcès et péritonites appendiculaires. La précocité du diagnostic et la rapidité de leur prise en charge sont garantes d'amélioration du pronostic. Le traitement reste essentiellement chirurgical.

Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé ce travail.

REFERENCES

1-Zoguéréh DD, Lemaitre X, Ikoli JF, Delmont J, Chamlian A, Mandaba JL et al. Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui (Central African Republic): epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspect. *Cah Études Rech Francoph* 2001;11(2):117-125.

2-Mathias J, Bruot O, Ganne PA, Laurent V, Regent D. Radiologie et imagerie médicale abdominale-digestive Ed. Elsevier Masson 2008;P:33.

3-James Didier L, Adamou H, Hama Y, Ide K, Oadakil, Abdoulaye MB et al. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë à l'hôpital national de Niamey. *J Afr Chir Digest* 2021;21(2):3427-3431.

4-Corinne Vons, Michèle Bami. Épidémiologie descriptive des appendicites en France : Faut-il revoir la physiopathologie des appendicites aiguës ? *Bull. Acad. Natle Méd.* 2017;201(1):339-357.

5-Konte M, Traore A, Dembele B, Kone D, Boubacar K, Koumare A, et al. Appendicite aiguës au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. *Med Afr noire.* 2020;40(5):1755-1760.

6-Hafid M, Erraji M, Kisra M, Ettayebi F. Les appendicites aiguës de l'enfant de moins de 05ans : étude diagnostique Service des urgences chirurgicales pédiatriques, Hôpital d'enfants ibn Sina, Rabat, Maroc. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2009;22:14-18

7-Ohene M, Yeboah M, Togbe B. Appendicite et appendicectomie à Kumasi, Ghana. *WJBM* 2006;25(2):138-142.

8-Zoguéréh DD, Lemaitre X, Ikoli JF, Delmont J, Chamlian A, Mandaba JL et al. Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui (Central African Republic): epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspect. *Cah Études Rech Francoph* 2001;11(2):117-125.

9-Brigand C, Steinmetz J-P, Rohr S. De l'intérêt des scores en matière de diagnostic d'appendicite. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2009;146S:S2-S7.

10- M.K. Collard, N. Christou, Z. Lakkis, D. Mege, V. Bridoux, I. Millet et al. Appendicite de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique de la Société française de chirurgie digestive (SFCD) et de la Société d'imagerie abdominale et digestive (SIAD). *J Chir Visc* 2021;158(3):263-273.

11-Moris D, Paulson E, Theodore N. Diagnosis and management of acute appendicitis in adults: A review. *Clinical Review and Education*. 2021; 326(22):2299-3115.

12-Magagi A, Amadou H, Adakal O, Doutchi M, Habou O, GaniouK et al. Appendicite aigue et ses complications dans un pays à ressources limitées: étude d'une série de 254 patients à l'hôpital national de Zinder, Niger. *Journal africain de chirurgie digestive*. 2019 ; 19(2):2792-2796.

13-Zeghari N, Berche H, Leveau P, Bendavid C, Boudet J, Leuret A et al. Rapport d'évaluation technologique : Appendicectomie : éléments décisionnels. Paris : Haute autorité de santé (HAS). 2012 ;141(978):13-1517.

14-Ndong A, Racine B, Diao M, Tendeng J, Diallo A, Thiam O, et al. Bilan des activités de la chirurgie laparoscopique au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis (Sénégal): Étude prospective sur 3 ans. *Journal Africain de Chirurgie Digestive*. 2022;22(2):3763-3767.

15-Pedro Lourenco, Jacquie Brown, Jonathan Leipsic, Cameron Hague. The current utility of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. *Clinical Imaging* 2016 ;40(5) :944-948.

16-Niasse A, Thiam O, Faye PM, LO FB, Gueye O, Sarr I, Seye Y, Gueye L, Toure AO, Seck M, Cisse M, Dieng M. Intérêt du score clinico-biologique d'alvarado dans la prise en charge d'une douleur de la fosse iliaque droite de l'adulte : étude prospective préliminaire à propos de 33 cas. *J Afr Chir Digest* 2018;18(2):2457-2462.

17-Kouaméa N, Goan-Domouaa AMN, Ndri KJ, Konana AN, Yao Bathaixc MF, Ngbessoa RD, Kéitaa AK Valeur diagnostique des signes échographiques indirects au cours des appendicites aiguës de l'adulte. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2012;93:204-209.

18-M. Collard, Z. Lakkis, J. Loriau, D. Mege, C. Sabbagh, J.H. Lefevre et al. Antibiotics alone as an alternative to appendectomy for uncomplicated acute appendicitis in adults: Changes in treatment modalities related to the COVID-19 health crisis. *Journal of Visceral Surgery*. 2020;157(3) :S33-S42.

19-Styrud J, Nilson I, Ahlberg G, Haapaniemi S, Eriksson S, Neovius G et al. Antibiotic therapy versus appendectomy treatment in acute appendicitis. A prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg* 2006;30(6):1033-1037.

20-Varadhan KK, Humes DJ, Neal KR, Lobo DN. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: a metaanalysis. *World J Surg* 2010;34(2):189-209.

21-Sogoba G, Katilé D, Traoré LI, Sangaré S, Kanté D, Cissé SM. Aspects cliniques et thérapeutiques des appendicites aiguës à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Health Sci. Dis* 2022;22(7):102-106.