



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

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 Ndoeye- **Ophthalmologie**
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 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@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 : dioufaziz@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

APPENDICITE SUR MOIGNON APPENDICULAIRE, UNE COMPLICATION TARDIVE POST-APPENDICECTOMIE : CAS CLINIQUE ET IMPLICATIONS PRÉVENTIVES.

STUMP APPENDICITIS, A LATE COMPLICATION AFTER APPENDECTOMY: A CASE REPORT AND PREVENTIVE IMPLICATIONS.

SEYE Y1, DIOP ML1, GUEYE ML1, SECK M1, LO Z2, DIENG M1

Affiliations :

¹ *Département de Chirurgie Générale, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal*

² *Centre Hospitalier Abass Ndao, Dakar, Sénégal*

Auteur correspondant : Dr Mouhamadou Laye Diop

Département de Chirurgie Générale / Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Tel : +221771790259 / mail : Limamou9695@gmail.com

Résumé

L'appendicite sur moignon appendiculaire est une complication rare de l'appendicectomie, résultant le plus souvent d'une résection appendiculaire incomplète. **Observation** : Nous rapportons le cas d'un patient de 17 ans, opéré deux ans auparavant d'une appendicectomie par voie de McBurney, admis pour douleur de la fosse iliaque droite associée à des vomissements. La TDM abdomino-pelvienne avec injection a mis en évidence un moignon appendiculaire épaissi à 7,4 mm, avec infiltration péri-appendiculaire. L'exploration chirurgicale a retrouvé un reliquat appendiculaire inflammatoire de 2 cm, en position latéro-caecale interne et perforé. Une appendicectomie complète a été réalisée. L'examen anatomo-pathologique a conclu à une appendicite aiguë phlegmoneuse sur moignon. Les suites opératoires ont été simples, avec une sortie au deuxième jour post-opératoire. **Conclusion** : L'appendicite sur moignon appendiculaire doit être considérée comme

un diagnostic différentiel systématique devant toute douleur de la fosse iliaque droite chez un patient ayant un antécédent d'appendicectomie, quelle que soit l'ancienneté de l'intervention. Ce cas souligne l'impératif d'une résection appendiculaire complète à ras du caecum et d'une documentation opératoire rigoureuse.

Mots-clés : Appendicite sur moignon ; appendicectomie incomplète ; diagnostic ; prévention ; complication évitable ; qualité des soins.

Summary

*Stump appendicitis (SA) is a rare complication of appendectomy, most often resulting from incomplete appendiceal resection. **Case Report:** We report the case of a 17-year-old patient who had undergone a McBurney appendectomy two years earlier, admitted with right iliac fossa pain associated with vomiting. Abdominal CT scan revealed a thickened appendiceal stump measuring 7.4 mm, with*

*periappendiceal infiltration. Surgical exploration found a perforated 2 cm inflamed appendiceal remnant in an internal laterocecal position. A complete appendectomy was performed. Histopathological examination confirmed acute phlegmonous stump appendicitis. Postoperative recovery was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 2. **Conclusion:** Stump appendicitis should be systematically*

considered in the differential diagnosis of any patient presenting with right iliac fossa pain and a history of appendectomy, regardless of the time elapsed since the initial surgery. This case highlights the imperative of complete appendiceal resection flush with the cecum and meticulous operative documentation.

Keywords: Stump appendicitis, incomplete appendectomy, diagnosis, prevention, avoidable complication, quality of care.

INTRODUCTION

L'appendicite sur moignon appendiculaire, ou *stump appendicitis*, désigne une inflammation du reliquat appendiculaire résiduel après appendicectomie. Bien que sa première description remonte à 1945 [1], cette entité demeure largement méconnue, avec une incidence rapportée entre 0,15 % et 1,3 % [2-4].

Le diagnostic est souvent retardé en raison de l'antécédent d'appendicectomie, qui oriente le clinicien à tort vers d'autres étiologies. Dans les contextes à ressources limitées, l'absence de documentation opératoire, l'irrégularité des standards chirurgicaux et l'accès restreint à l'imagerie multiplient ce risque [5,6]. Nous rapportons ce cas pour illustrer deux enjeux distincts : d'une part, le piège cognitif que représente l'appendicite sur moignon chez un patient dont l'antécédent appendiculaire est pourtant documenté ; d'autre part, le lien direct entre une résection appendiculaire techniquement incomplète, l'absence de traçabilité opératoire, et la survenue de cette complication, évitable dans l'absolu, mais révélatrice d'un défaut de standardisation chirurgicale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 17 ans, sans comorbidités connues, ayant subi une appendicectomie deux ans auparavant dans une structure hospitalière de niveau 3 en région. Le compte rendu de l'intervention initiale n'a pu être consulté, ne permettant pas de préciser les difficultés techniques éventuellement rencontrées lors de la première appendicectomie.

Le patient rapportait avoir été informé par l'équipe chirurgicale que la pièce opératoire avait été adressée en anatomo-pathologie, avec un résultat revenu en faveur d'une appendicite.

À l'interrogatoire, le patient rapportait des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant depuis 48 h (EVA 6/10), calmées par le décubitus latéral droit, associées à des vomissements tardifs post-prandiaux, sans fièvre ni altération de l'état général.

À l'examen clinique, on notait une température à 36,6°C, une tension artérielle à 111/67 mmHg et un pouls à 109 bpm. L'examen abdominal retrouvait une défense de la fosse iliaque droite, sans masse ni contracture, ni cri de l'ombilic, associée à une hyperesthésie cutanée. La

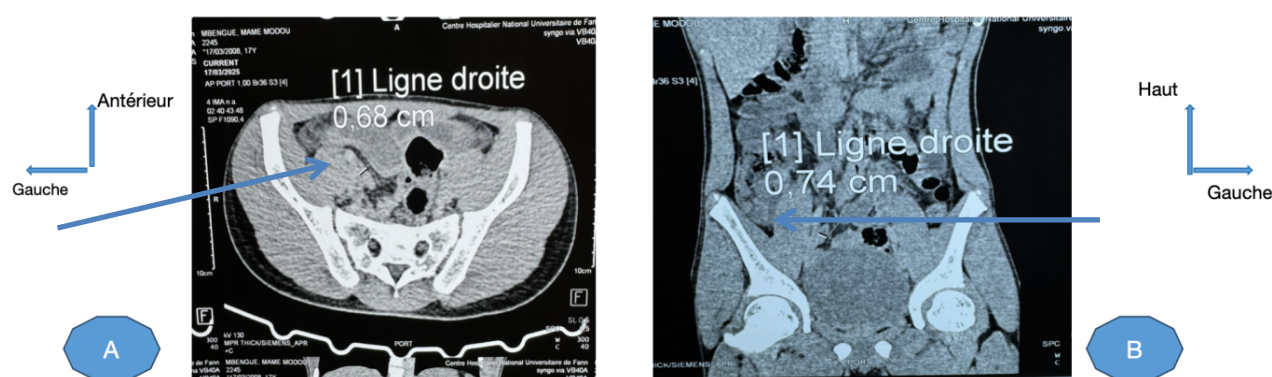
cicatrice de l'incision de McBurney était sans signes inflammatoires.

La tachycardie à 109 bpm, associée à l'hyperleucocytose à 13 200/mm³ et en l'absence de fièvre, répondait aux critères d'un syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse.

Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile 78,9 %, avec une CRP positive à 9,9 mg/L. Le reste du bilan biologique était sans particularités.

L'échographie abdominale objectivait un épaissement grêlique localisé, en rapport probable avec la réaction inflammatoire péri-appendiculaire ; l'appendice n'était pas visualisé.

La TDM abdomino-pelvienne avec injection retrouvait un moignon appendiculaire en fosse iliaque droite, épaissi (7,4 mm), infiltré, sans stercolithe ni collection. (Figure 1)

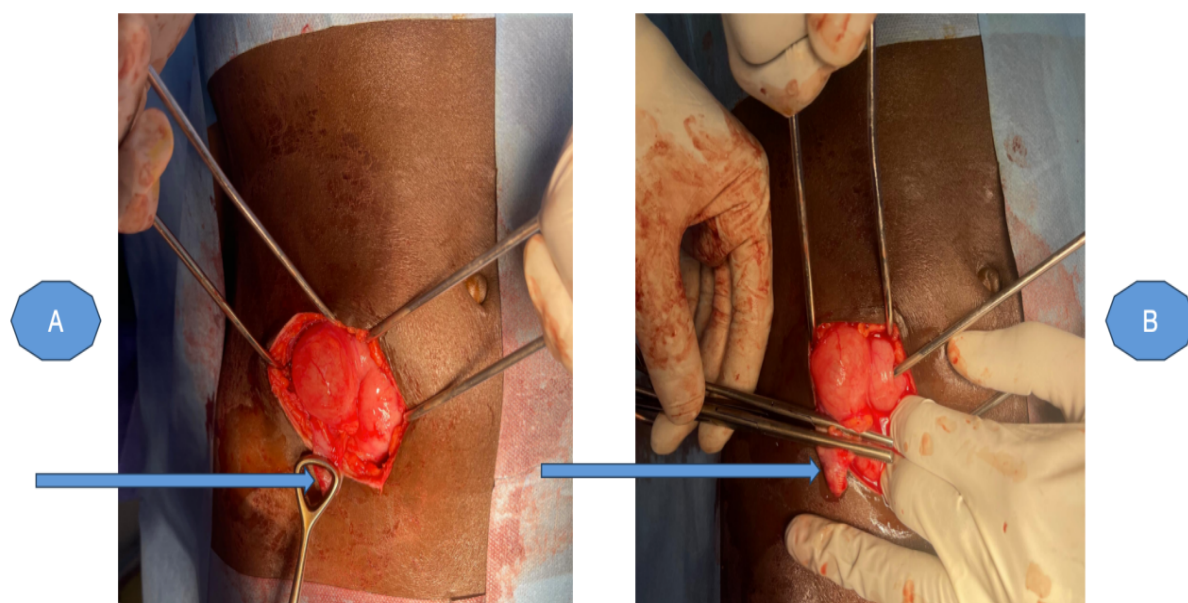


A : coupe axiale. B : reconstruction coronale.

Figure 1 : TDM abdomino-pelvienne avec injection, objectivant un moignon appendiculaire épaissi (7,4 mm) avec infiltration péri-appendiculaire en fosse iliaque droite. (Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Abass Ndao, Dakar, Sénégal)

Devant la concordance du tableau clinique, du syndrome inflammatoire biologique et des données tomodensitométriques, une exploration chirurgicale par l'ancienne incision de McBurney a été décidée.

Elle objectivait de multiples adhérences, un moignon appendiculaire de 2 cm, inflammatoire, latéro-caecal interne et perforé à sa base, sans stercolithe, sans collection, ni de diverticule de Meckel. (Figure 2)



A : moignon saisi à la pince en cœur avant résection. B : moignon libéré entre deux pinces de Kocher, positionné à ras du caecum avant appendicectomie complémentaire.

Figure 2 : Vue per-opératoire du moignon appendiculaire inflammatoire (2 cm) en position latéro-caecale interne, perforé à sa base. (Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Abass Ndao, Dakar, Sénégal)

Nous avons réalisé un complément d'appendicectomie antérograde. Les suites opératoires étaient simples, et le patient est sorti au deuxième jour post-opératoire.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire révélait :

- Macroscopie : pièce de $2 \times 1,2$ cm, lumière remplie de débris stercoraux, présentant une perforation
- Histologie : réaction inflammatoire diffuse, nécrose suppurée, infiltrat neutrophilique trans pariétal
- Diagnostic anatomo-pathologique retenu : pan-appendicite aiguë phlegmoneuse sur moignon

DISCUSSION

L'appendicite sur moignon appendiculaire est un phénomène rare mais grave. Sa survenue implique presque toujours une appendicectomie techniquement incomplète, laissant un moignon d'au moins 5 mm [7]. La position rétro-caecale ou latéro-caecale de l'appendice, les difficultés d'identification de la base en cas d'inflammation sévère, ou une vision restreinte en coelioscopie sont autant de facteurs contributifs [8,9]. Des études ont montré que jusqu'à 85 % des cas d'appendicite sur moignon appendiculaire sont associés à des moignons ≥ 1 cm [3,10]. Dans notre cas, la position latéro-caecale interne du moignon et l'absence de compte rendu opératoire ne permettent pas de déterminer si la résection incomplète résultait d'une exposition difficile de la base caecale, d'une réaction inflammatoire

locale lors de la première intervention, ou d'une technique de ligature sous-optimale. Cette distinction oriente la prévention vers la formation technique plutôt que vers la seule vigilance opératoire.

Il faudra éviter le biais cognitif. En effet le piège diagnostique réside dans l'exclusion a priori du diagnostic d'appendicite sur la base de l'antécédent chirurgical. Cette hypothèse erronée conduit à des retards thérapeutiques pouvant atteindre 72 à 96 h [11]. Dans 20 à 30 % des cas, une perforation du moignon est retrouvée à l'exploration [12].

L'imagerie constitue le pivot du diagnostic. La TDM abdomino-pelvienne avec injection est l'examen de référence. Elle révèle un moignon épaissi (>6 mm), avec infiltration graisseuse ± stercolithe. La non-visualisation appendiculaire à l'échographie doit alerter le clinicien si le tableau clinique persiste [3,11].

La prise en charge est exclusivement chirurgicale. Le traitement consiste à réaliser une appendicectomie complémentaire ou une totalisation de l'appendicectomie. Le choix entre cœlioscopie ou laparotomie dépend du contexte. La reprise par McBurney peut être efficace si l'anatomie est accessible, comme dans notre cas. Aucun consensus n'existe sur la voie préférentielle [3,11], mais la visualisation systématique de la base caeco-appendiculaire est impérative.

L'appendicite sur moignon appendiculaire est une complication largement évitable, à condition de respecter scrupuleusement les standards opératoires fondamentaux. Ceux-ci incluent l'identification systématique de la base appendiculaire, la résection complète à ras du caecum, la limitation du moignon résiduel à moins de 5 mm, qui doit être ligaturé ou agrafé, ainsi qu'une inspection visuelle systématique de la

région caeco-iléo-colique, même en contexte inflammatoire.

Dans les contextes à ressources limitées, plusieurs facteurs aggravent la survenue de cette complication. L'absence de formation continue des jeunes chirurgiens, la faible disponibilité ou l'absence d'utilisation des techniques coelioscopiques, la documentation opératoire incomplète, ainsi que le manque de standards chirurgicaux écrits ou protocolisés, contribuent à une augmentation du risque.

La prévention de l'appendicite sur moignon doit ainsi être intégrée dans les programmes de formation initiale et continue en chirurgie. Il est essentiel de documenter systématiquement la longueur du moignon résiduel dans le compte rendu opératoire, d'encourager les audits internes de qualité en chirurgie d'urgence et de développer des guides opératoires simplifiés, particulièrement destinés aux structures rurales et aux contextes à ressources limitées.

CONCLUSION

L'appendicite sur moignon appendiculaire doit figurer comme diagnostic différentiel systématique devant toute douleur de la fosse iliaque droite chez un patient ayant un antécédent d'appendicectomie, quelle que soit l'ancienneté de l'intervention. Il s'agit d'une entité rare, mais à fort potentiel de morbidité, et surtout évitable. Elle illustre les conséquences d'un geste chirurgical insuffisamment standardisé. Ce cas rappelle l'importance d'une approche clinique rigoureuse, d'une imagerie interprétée de manière critique, et d'une pratique opératoire conforme aux standards modernes.

La prévention de l'appendicite sur moignon appendiculaire repose avant tout sur la pédagogie, la rigueur technique, et la

culture de la traçabilité. Il est urgent de replacer la qualité du geste opératoire au cœur de l'acte chirurgical, surtout dans les contextes sous-dotés où le suivi post-opératoire est souvent limité.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en lien avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Rose TF.** Recurrent appendicitis. *Br J Surg.* 1945;32(128):365-366.
2. **Liang MK, Lo HG, Marks JL.** Stump appendicitis: a comprehensive review of literature. *Am Surg.* 2006;72(2):162-166.
3. **Subramanian A, Liang MK.** A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. *Am J Surg.* 2012;203(4):503-507.
4. **Dikicier E, Altintoprak F, Arslan Y, et al.** Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. *World J Emerg Surg.* 2018;13:22.
5. **Nashidengo PR, Quayson FW, Abebrese JT, et al.** Twice perforated stump appendicitis: a case report. *Pan Afr Med J.* 2022;43:43.
doi:10.11604/pamj.2022.43.43.37149
6. **Mejri A, Arfaoui K, Nouria R, et al.** Stump appendicitis: a myth that can become reality. *Pan Afr Med J.* 2020;36:274.
doi:10.11604/pamj.2020.36.274.24690
7. **Gofrit ON, Simanovsky N, Halevy A, et al.** Stump appendicitis: a rare and underappreciated entity. *J Gastrointest Surg.* 2013;17(2):404-407.
8. **Yagnik VD.** Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *JSLS.* 2013;17(4):621-624.
9. **Choudhury SG, Choudhury S.** Stump appendicitis following laparoscopic appendectomy. *BMJ Case Rep.* 2012;2012:bcr2012006604.
10. **Arshad M, Aziz A, Qamar S.** Stump appendicitis: a delayed complication of appendectomy. *Cureus.* 2019;11(5):e4656.
11. **Kanona H, Al Samaraee A, Nice C, Bhattacharya V.** Stump appendicitis: a review. *Int J Surg.* 2012;10(9):425-428.
12. **Banchini F, Codrich D, Luca F, et al.** Stump appendicitis: is preoperative CT scan always diagnostic? *Case Rep Surg.* 2018;2018:1-4.