

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen, Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

**FACULTÉ DE MEDECINE**

**Obtention du Diplome de Doctorat en Medecine**

**APPENDICITE AIGUE  
ET SES  
COMPLICATIONS**

ENCADRÉ PAR :

- \* **Pr. BABA AHMED :** Professeur chef de service de Chirurgie Pédiatrique  
EHS Mère et enfant Tlemcen.
- \* **Dr. ABOUBAKR :** Assistant au service de chirurgie Pédiatrique  
EHS Mère et enfant Tlemcen.

Présenté par :

**ABDREBBI MOHAMMED**

**YOUBI FATIMA**

2009/2010

# Remerciement

## Remerciement

*Il nous est très agréable d'adresser nos plus vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de notre stage, en particulier :*

*Le personnel médical (maître assistants, assistants, résidents) et l'ensemble du personnel paramédical*

*Nous remercions également :*

*Pr BABA AHMED qui nous a proposé le sujet, qui n'a cessé d'orienter, de critiquer et de suivre le déroulement de ce travail jusqu'au moment de rédaction.*



## Dédicace

On dédie ce modeste travail a :

Nos chers parents à qui on doit notre réussite,

Leur soutien et leur compréhension étaient pour nous un solide appui durant nos années d'étude, en témoignage de l'amour, le respect et de gratitude, qu'on leur porte.

Nous chers frères et sœurs

Notre famille

Nos amis (es) avec les quels (elles) on partage nos meilleurs années

Tous ceux qui nous aiment

ABDREBBI MOHAMMED

YOUBI FATIMA

## **SOMMAIRE**

*Introduction*

*Définition*

*Historique*

*Anatomie pathologie*

*Physiopathologie*

*Clinique*

*Formes cliniques*

*Formes compliquées*

*Formes topographiques*

*Formes selon le terrain*

*Diagnostic différentiel*

*Traitement*

*Complication postopératoires*

*Péritonites appendiculaires généralisées*

- *Formes cliniques*
- *Diagnostic différentiel*
- *Traitement*
- *Complication post –opératoires*

*Etude statistique*

*Conclusion*

*Référence*

## **INTRODUCTION :**

*L'appendicite est la plus fréquente des urgences abdominales.*

*C'est une urgence, par l'absence de parallélisme entre les signes cliniques et les lésions anatomiques, qui rendent illusoire toute tentative d'appréciation clinique du stade anatomique de la maladie, et par le caractère imprévisible de l'évolution.*

*C'est une urgence chirurgicale, car l'appendicectomie en est le seul traitement; pratiquée dès le début clinique de l'affection, elle permet d'éviter la survenue de la plupart des complications, et notamment des péritonites qui sont toujours graves.*

*Le diagnostic en est clinique, et souvent difficile, le grand polymorphisme symptomatique forçant à poser parfois, l'indication opératoire devant des signes frustes.*

## **DEFINITION :**

*C'est une inflammation de l'appendice vermiculaire, petit diverticule en forme de ver situé à l'extrémité du gros intestin, près du caecum, dans la partie inférieure droite de l'abdomen.*

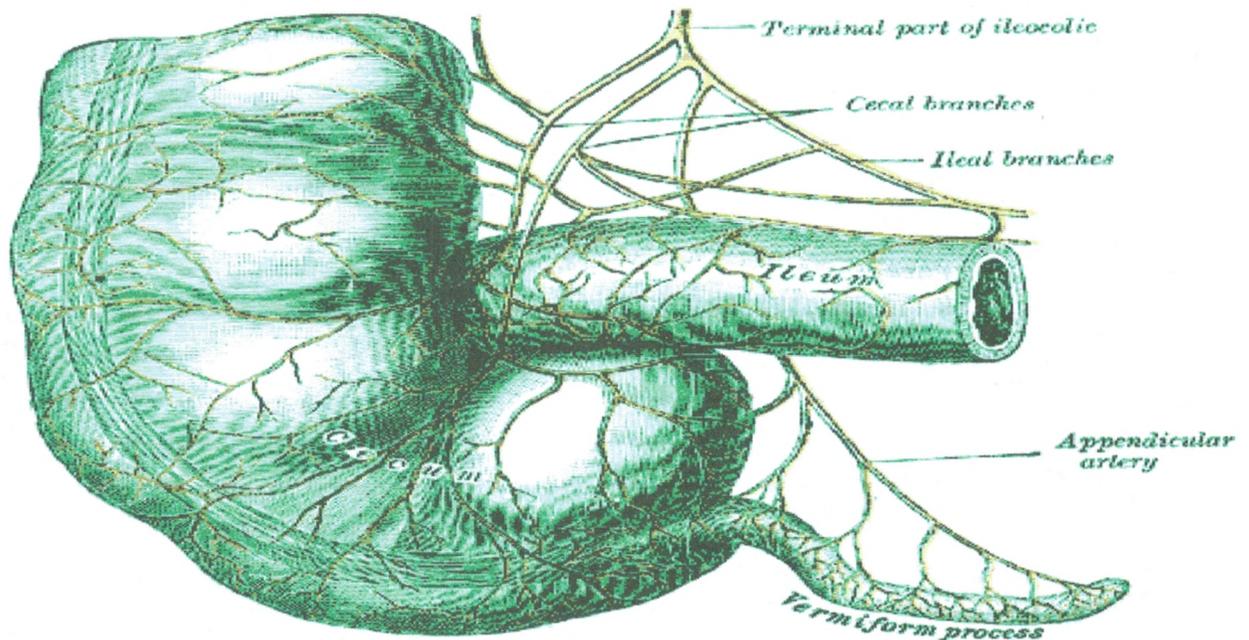
## **HISTORIQUE :**

*Jusqu'en 1886, on croyait à un engorgement du cæcum par les matières fécales pouvant aboutir à une ulcération, à la perforation et à la péritonite. On employait donc le terme typhlite.*

*Le terme appendicite fut créé en 1886 par un anatomopathologiste américain Reginald Heber Fitz (FITZ R.H - Perforating inflammation of the vermiform appendix : with special reference to its early diagnosis and treatment). Claudius Amyand a réalisé la première appendicectomie réussie de l'histoire en 1735. Charles McBurney, chirurgien américain, publia à la fin du 19e siècle une série de rapports qui constituaient la base du traitement de l'appendicite.*

## RAPPEL ANATOMIQUE :

L'appendice est situé sur le cæcum, extrémité proximale du côlon. Il forme une excroissance d'une dizaine de centimètres de longueur et n'a pas de rôle propre. Cependant, une hypothèse veut que l'appendice soit une « réserve protégée pour bactéries amies »



## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTERIOLOGIE

### Bactériologie

Flore bactérienne polymorphe : *E-coli*, *Bacteroides*. Peut être provoquée par *Yersinia enterocolitica*

### Lésions appendiculaires

- Appendicite catarrhale : congestion
- Appendicite suppurée : pseudo phlegmoneuse (logettes) ; empyème appendiculaire (appendice distendu par une collection de pus)
- Appendicite gangreneuse : sphacèle
- Appendicite perforée

### Lésions péritonéales

- La séreuse est rouge, œdématiée, l'épanchement péritonéal est variable.
- Des fausses membranes accolent les viscères et l'épiploon. L'agglutination viscérale réalise le plastron et parfois un iléus paralytique. L'isolement d'une collection de pus collecte un abcès.

### Lésions viscérales

- L'œdème infiltre et fragilise les parois du cæcum.

## PHYSIOPATHOLOGIE

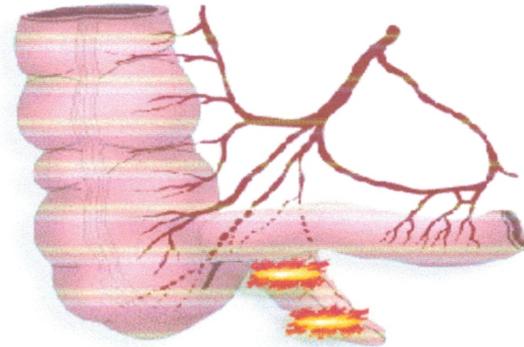
### \*Infection bactérienne par obstruction appendiculaire

*PRIMUM MOVENS = OBSTRUCTION*

#### *MÉCANIQUE*

*A n'importe quel niveau de la base à la pointe*

*L'obstruction transforme un cul de sac en vase clos*

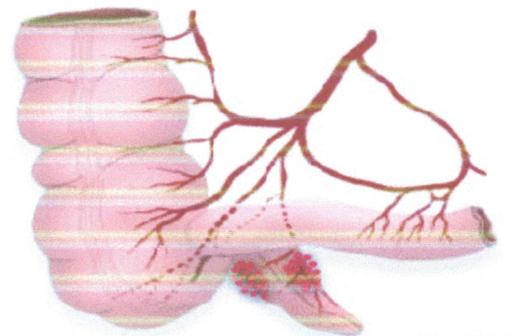


### \*APPENDICITE AIGUË = OBSTRUCTION AIGUË de L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

#### 3 mécanismes principaux :

##### 1 - Obstruction pariétale

Plaques lymphoïdes de Peyer



©LIPCOM-Pw

##### 2 - Obstruction extrinsèque

Plicatures / Brides péritonéales



##### 3 - Obstruction intrinsèque

Stercolithe / Parasites / CE

L'obstruction transforme un cul de sac en vase clos



©LIPCOM-Pw



## **CLINIQUE:**

### ***La crise d'appendicite aiguë, iliaque droite, du sujet jeune***

**I. On est amené à examiner en urgence un adolescent ou un adulte jeune qui se plaint du ventre et qui a vomi.**

**1- La douleur spontanée est au premier plan :** elle ne manque jamais.

Parfois de début brutal, interrompant toute activité, elle est habituellement d'installation progressive, et pourra avoir été précédée de quelques douleurs brèves, peu intenses.

Elle siège dans la fosse iliaque droite, ou y prédomine si elle est plus diffuse. Elle a souvent débuté à l'épigastre. Souvent vive, son intensité est en fait variable.

**2- Les vomissements sont habituels :**

- D'abord alimentaires, puis bilieux.
- Ils peuvent être remplacés par un simple état nauséeux.

**3- La constipation a moins de valeur :**

- Chez ce sujet qui consulte en urgence.
- Et parce qu'elle peut être remplacée par une diarrhée.

## **II. Examen clinique :**

**A. L'interrogatoire va rechercher:**

- Des antécédents de douleurs de la fosse iliaque droite.
- Une prise médicamenteuse intempestive, antalgique, laxative.

**B. L'examen général met en évidence un syndrome infectieux modéré :**

- Température à  $38^{\circ}$ - $38,5^{\circ}$ ,
- Le pouls est en rapport, bien frappé.
- La tension artérielle est normale.
- Le faciès est normal.
- La langue saburrale.

### C. L'examen physique va retrouver deux signes essentiels :

*La douleur, et la défense.*

1. A l'inspection : *l'abdomen est plat, respire bien.*

2. La palpation : *pratiquée avec douceur, les deux mains réchauffées, bien à plat, en commençant par les zones présumées les moins sensibles, met en évidence:*

*a- la douleur provoquée* : *habituellement vive, siégeant dans la fosse iliaque droite, typiquement au point de Mec. Burney (à la jonction du tiers externe et des deux tiers internes de la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic).*

*Cette douleur est accrue par la pression ou la décompression brusque de la paroi à distance, par l'élévation du membre inférieur droit en extension.*

*b- la défense de la fosse iliaque droite* : *contraction musculaire, déclenchée par la palpation profonde, elle va se laisser vaincre par la douceur des gestes.*

*(Elle n'est donc ni généralisée, ni permanente, ni invincible).*

*c- d'autres signes :*

*- Hyperesthésie cutanée.*

*- Abolition des réflexes cutanés abdominaux , peuvent être notés, mais sont très accessoires dans cette forme franche.*

3. le toucher rectal : *apporte un signe de valeur :*

*- la douleur nette, haut située, à droite, dans le cul-de- sac de Douglas.*

4. Enfin, *le reste de l'examen est normal*

*- Les orifices herniaires sont libres,*

*- Les fosses lombaires normales,*

*- Les urines aussi,*

*- L'examen du thorax négatif.*

**Au total:** *douleurs abdominales, vomissements, fièvre modérée, douleur et défense iliaque droites, le diagnostic est facile, l'intervention s'impose d'urgence.*

### III. Les examens complémentaires sont accessoires dans cette forme typique :

1- la formule sanguine : confirme le diagnostic en montrant une hyperleucocytose avec polynucléose. Cependant ce signe peut manquer, et aucun examen complémentaire ne peut apporter d'arguments décisifs, positifs ou négatifs.

2- Un bilan préopératoire habituel est demandé :

- Radiographie pulmonaire.
- Groupe.
- Urée et glycémie.

#### Formes cliniques:

##### **I. — Formes symptomatiques**

A. — Formes discrètes, frustes, trompeuses :

- la douleur est discrète, parfois absente au moment de l'examen, ou encore péri-ombilicale.
- elle peut siéger spontanément à l'épigastre.
- la température est normale.
- la fosse iliaque droite peut être seulement sensible.

C'est dans ces cas qu'il faut accorder de la valeur:

- 1- aux arguments anamnestiques, comme l'antécédent d'une crise reconnue, ou des antécédents de signes discrets mais répétés.
- 2- aux différentes manœuvres déclenchant la douleur iliaque droite: pression dans la fosse iliaque gauche, mise en tension du psoas, percussion du talon droit.

**\*Au total**, devant ces malades, le doute persistant à la fin d'un examen clinique minutieux impose l'appendicectomie

B.- L'appendicite toxique : est une forme grave par son retentissement général, rare, survenant surtout chez l'enfant.

1. Ce qui frappe d'emblée c'est le choc septique :

- avec froideur et cyanose des extrémités, marbrures des genoux,
- hypotension artérielle et pouls rapide, filant, mal frappé,
- oligurie, agitation ou obnubilation.

Devant un tel tableau :

- il faut d'emblée mettre en route une réanimation intensive, en rétablissant la masse sanguine circulante.
- il faut rechercher un foyer infectieux.

2. Des petits signes orienteront t vers l'appendicite :

- douleurs iliaques droites retrouvées à l'interrogatoire de l'entourage, vomissements répétés, diarrhée parfois.
- sensibilité iliaque droite à la palpation.

Bien entendu l'intervention sera pratiquée le plus rapidement possible, seule la cure du foyer infectieux permettant d'espérer une guérison.

C. — Certaines appendicites se révèlent par une occlusion :

Elles sont le fait, soit d'un appendice dont la pointe est située devant le promontoire, soit, plutôt, d'une agglutination d'anses grêles autour d'un appendice suppuré en position iliaque.

1- Un tableau d'occlusion se constitue progressivement :

- arrêt du transit des matières et des gaz
- douleurs peu intenses, sous ou péri-ombilicales,
- météorisme.

★ L'examen physique est difficile :

- la douleur est hypogastrique, pas toujours accompagnée de défense nette.
- les touchers pelviens n'apportent rien.

Les radiographies d'abdomen sans préparation montrent :

- des niveaux liquides.
- la présence de gaz coliques.

2. Surtout on découvre que cette occlusion est fébrile et qu'elle l'a été d'emblée.

On pensera alors à une appendicite, que viendra confirmer l'intervention.

Formes Complicquées :

Ces complications surviennent parfois d'emblée, mais sont plus souvent le fait d'appendicites négligées, les patients étant vus tard.

**A. - Les péritonites purulentes généralisées :** sont encore assez fréquentes, et demeurent graves.

1. Le tableau est souvent typique chez un adulte jeune, que l'on est amené à examiner en urgence pour :

- des douleurs abdominales généralisées très vives, ayant débuté dans la fosse iliaque droite.
- des vomissements répétés.

2. L'état général est manifestement altéré :

- la température est élevée ; 39°.
- le pouls est rapide, parfois déjà petit.
- la tension artérielle est modérément abaissée.
- enfin, le faciès est anormal, les traits sont tirés, témoignant de la gravité de l'affection.

3. L'examen physique découvre le maître-signe : la contracture

- tonique, rigide, permanente, invincible, douloureuse,
- elle est généralisée, ou en voie de généralisation, débordant la fosse iliaque droite.
- le toucher rectal réveille une vive douleur au cul-de-sac de Douglas.
- la matité pré-hépatique est conservée.

4. Les radiographies de l'abdomen sans préparation :

- ne révèlent pas de pneumopéritoine.
- parfois un iléus réflexe, sous forme d'aéro-iléie et d'aéro-colie.
- parfois une grisaille diffuse, un comblement des culs-de-sac latéro-vésicaux témoignant d'un épanchement péritonéal.

Au total:

- Le diagnostic de péritonite appendiculaire est porté sur l'existence d'une contracture, dans un contexte fébrile, le maximum des signes se trouvent dans la fosse iliaque droite, tandis qu'il n'existe pas d'antécédents ulcéreux, pas de pneumopéritoine.
  - L'intervention s'impose en urgence.
  - C'est l'interrogatoire qui permettrait de faire la distinction entre :
    - une péritonite d'emblée, dont l'installation est brutale, sans antécédent, la douleur étant comparée à un coup de poignard.
    - une péritonite progressive, la crise initiale n'ayant jamais totalement cédée, le tableau actuel s'étant constitué après quelques jours de constipation douleurs peu intenses, fébricule.
      - et une péritonite en deux temps ; la résolution clinique des signes initiaux a été complète, l'installation de la péritonite s'est faite brutalement.

*-En fait, le problème est le même, l'urgence opératoire évidente, la gravité identique.*

### **B. — Les péritonites putrides :**

*Par perforation d'une appendicite gangréneuse.*

*se distinguent de la forme précédente par :*

- *la discrétion des signes locaux lors de l'examen, contrastant avec :*
- *l'intensité de la douleur initiale, véritablement atroce.*
- *et la gravité de l'atteinte générale, traduisant un choc septique.*
- *Là aussi, la laparotomie d'urgence est impérative.*

### **C. — Les complications locales**

#### **1- L'abcès appendiculaire :**

- *est le fait, en général, de patients vus tardivement, après plusieurs jours d'évolution.*
- *le tableau, dans un contexte aigu, fébrile, est fait de :*
  - *douleurs intenses de la F.I.D, parfois moins marquées.*
  - *de vomissements, de constipation nette, voire d'arrêt complet du transit notamment des gaz.*
  - *tandis que l'examen retrouve, sous une défense pariétale, un empatement de la F.I.D.*
- *L'intervention sera faite en urgence, et l'on découvrira souvent un appendice perforé, entouré de pus, la diffusion du pus étant limitée par l'accolement d'organes de voisinage.*

#### **2- Le tableau classique du plastron appendiculaire vrai est tout à fait exceptionnel :**

##### **a) Il évolue dans un contexte subaigu :**

- *Asthénie, anorexie, état nauséux.*
- *Constipation.*
- *douleurs peu intenses de la fosse iliaque droite, évoluent depuis plusieurs jours lorsque l'on voit le patient*
- *la découverte d'une antibiothérapie prescrite abusivement au début des troubles n'est pas rare.*

b) L'examen de l'abdomen permet le diagnostic en découvrant :

-un empatement profond de la fosse iliaque droite, dur, blindant littéralement la paroi, douloureux, mal limité, surtout en dedans, mat à la percussion, parfois accessible aux touchers pelviens.

c) Pour beaucoup :

Ce diagnostic conduit à instituer un traitement médical, en milieu chirurgical comportant antibiotiques et glace sur le ventre. Mais un tel traitement impose une surveillance étroite.

d) L'évolution :

Est suivie sur l'examen physique, la température, la numération.  
Elle peut se faire selon deux modes :

A 1) DANS LES CAS FAVORABLES, le plastron se résorbe:

- Les douleurs disparaissent, le transit reprend, la fièvre tombe, et ceci rapidement.
- Tandis que le plastron s'efface en une dizaine de jours.
- L'appendicectomie sera pratiquée dans les semaines à venir

B 2) DANS LES CAS DEFAVORABLES, le plastron persiste :

- et sa simple persistance sous traitement, avec des douleurs, même discrètes une fébricule, une hyperleucocytose.
- doit faire craindre l'abcédation et faire intervenir.
- En effet, il ne faut pas attendre un tableau d'abcédation franc pour intervenir car on s'exposerait à la survenue de complications, l'abcès s'ouvrant dans la cavité péritonéale ou dans un organe de voisinage.

e) Pour certains d'ailleurs le traitement médical n'est pas de mise, et il faut opérer les plastrons dès que le diagnostic en est posé.

### **Formes Topographiques :**

#### **A- L'appendicite pelvienne :**

La douleur spontanée peut être basse, sus-pubienne, et attirer l'attention sur le pelvis. Mais cela n'est pas constant.

C'est en fait l'existence de signes pelviens qui particularise ce tableau :

- urinaires : dysurie, pollakiurie, parfois rétention.
- rectaux, ténesme, faux besoins.

*L'exploration clinique de la fosse iliaque droite est négative; parfois on pourra palper le caecum, et sa situation au-dessous du battement des vaisseaux iliaques fera penser que l'appendice est pelvien.*

*Le diagnostic repose en réalité sur les touchers pelviens :*

*-douleur vive, plus ou moins latéralisée à droite, accompagnée ou non de la perception d'un discret bombement.*

*L'existence de cette douleur au toucher rectal, l'absence de signes gynécologiques chez la femme, associées à un état fébrile conduisent au diagnostic d'appendicite pelvienne.*

### *B- L'appendicite sous-hépatique :*

*Elle réalise un tableau voisin de celui d'un cholécystite.*

*Le diagnostic en est délicat et se fera sur :*

- la notion de terrain différent.*
- la vacuité de la fosse iliaque droite, le caecum n'y étant pas retrouvé, ce que viendront confirmer les radiographies d'abdomen sans préparation, signe rare.*
- éventuellement, on demandera une biligraphie en urgence, qui montrera l'absence de lésion des voies biliaires.*

### *C- L'appendicite lombaire, ou rétro-caecale :*

*Rare et de diagnostic difficile, elle ne sera reconnue que par un examen systématique des fosses lombaires devant tout syndrome abdominal peu évident, la position de décubitus latéral gauche permettant une meilleure exploration.*

*En effet, hormis l'existence d'une psoïtis qui traduit des lésions déjà avancées, on va découvrir, parfois guidé par la douleur spontanée :*

- une fosse lombaire droite anormale, différente de la gauche, par un point douloureux, un empâtement, simple défaut de souplesse du début.*

*La présence de signes digestifs associés, l'absence de signes urinaires viendront confirmer l'impression d'appendicite.*

*Au cas où un doute persisterait, un culot urinaire examiné en urgence, une urographie intra-veineuse immédiate pourraient venir le lever.*

*Mais il vaut mieux opérer une colique néphrétique que laisser évoluer une appendicite.*

## **FORME SELON LE TERRAIN :**

### **a) L'appendicite de l'enfant :**

*Particulièrement fréquente, elle a comme caractéristiques, de se présenter, à côté de formes typiques, sous :*

#### *1. des formes frustes :*

- et devant des douleurs peu précises, quelques troubles digestifs, une fosse iliaque droite sensible mais sans défense nette.*
  - l'existence d'antécédents douloureux, nauséux, même atypiques, fugaces, mais répétés.*
  - la négativité du reste de l'examen (notamment thoracique).*
- Conduisent à l'appendicectomie. Et l'on aura parfois la surprise de découvrir un appendice suppuré.*

#### *2. des formes graves d'emblée:*

- péritonites généralisées purulentes ou putrides,*
- et appendicite toxique (cette dernière s'observant presque uniquement chez l'enfant).*

### **b) L'appendicite du nourrisson :**

- heureusement rare. Son diagnostic est très difficile.*

#### *1. Au début, en effet, elle est peu parlante :*

- les douleurs sont, bien entendu, imprécisables*
- par contre, vont attirer l'attention: une anorexie brutale avec refus du biberon, des vomissements abondants et répétés, rapidement bilieux, et une diarrhée, plus fréquente qu'une constipation*

*- la fièvre est souvent élevée : 39°- 40°.*

*- L'examen physique:*

- va éliminer une cause rhinopharyngée, une otite, une cause pulmonaire osseuse, méningée.*
- et va attirer l'attention sur l'abdomen, s'il relève l'existence d'une zone apparemment plus sensible à la palpation que les zones voisines.*
- la numération-formule sanguine ne découvrira qu'inconstamment une hyperleucocytose.*
- les radiographies d'abdomen sans préparation sont d'un grand secours si elles permettent de noter :*

*- l'existence d'un niveau liquide dans le caecum, et dans l'iléon terminal.*

*- et l'absence d'aérocolie physiologique.*

- *On conçoit que ce diagnostic difficile soit souvent méconnu, aussi, il est encore fréquemment évoqué tardivement.*

2. *Et au stade de péritonite, où la clinique risque d'être, encore, peu parlante :*

- *les signes fonctionnels sont semblables à ceux du début*
- *la contracture n'existe pas, et il faut accorder de la valeur à :*

- *une tension localisée au sein d'un abdomen météorisé*
- *des cris redoublés à la décompression*
- *une flexion de la cuisse provoquée par la palpation.*

-*L'état général est, bien entendu, de plus en plus altéré.*

-*la radio découvre une grisaille diffuse sur laquelle se détachent quelques niveaux hydro-aériques dispersés.*

*L'intervention doit être faite d'urgence, car en son absence l'évolution serait fatale à brève échéance, parfois marquée par «l'accalmie traîtresse» de Dieulafoy.*

*-En conclusion, il faut conserver à l'esprit que tout syndrome digestif du nourrisson, à fortiori fébrile, qui ne fait pas rapidement ses preuves est une appendicite en puissance, et que le risque d'erreur par excès doit être admis, comme il l'est pour l'adulte*

## **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

### **I. Dans la forme aiguë non compliquée :**

A- *Il convient d'éliminer une affection médicale :*

- *colique néphrétique*
- *infection urinaire*
- *colique hépatique*
- *hépatite en phase pré-ictérique*
- *une salpingite, en faveur de laquelle on retiendra :*
  - *des antécédents de salpingite ou d'avortement*
  - *l'existence d'une leucorrhée importante*
  - *la bilatéralité des signes*
- *une colite : douleur bipolaire, côlon spasme*
- *et particulièrement chez l'enfant :*

- *maladies éruptives (rougeole, scarlatine)*
- *une affection aiguë pulmonaire ou pleurale*
- *intoxication alimentaire.*

B- On discutera une affection chirurgicale :

*En sachant que de toutes façons, l'intervention redressera le diagnostic.*

- *grossesse extra-utérine*
- *complication des kystes ovariens*
- *complication du diverticule de Meckel.*

C- Quant à l'adénolymphite mésentérique :

- *son évocation ne doit pas retarder l'intervention, car il est impossible d'en faire la preuve.*

**II. Devant une forme compliquée :**

1. qu'il s'agisse d'une péritonite :

*- où l'on pourra discuter une perforation d'ulcère duodéal, une rupture de pyosalpinx, une perforation sigmoïdienne.*

2. qu'il s'agisse d'une forme occlusive :

*- où l'on pourra discuter toutes les étiologies d'occlusion, de toute façon, là aussi, l'intervention s'impose.*

**TRAITEMENT :**

*Il est chirurgical*

**I. Traitement de la crise d'appendicite non compliquée :**

**1- sous anesthésie générale, en urgence**

**2- la voie d'abord:**

*-est essentiellement la voie de Mec. Burney, dissociant les muscles,  
-parfois on utilisera la voie de Jalaguier, plus interne.*

*Surtout, cette incision doit être suffisante, et susceptible d'être élargie si les conditions opératoires l'exigent.*

**3- Le premier temps opératoire est explorateur :**

*-bien sûr, état de l'appendice,  
-mais aussi, et ce d'autant que l'appendice n'est pas franchement inflammatoire  
-vérification des annexes chez la femme  
-recherche d'un diverticule de Meckel*

-éventuellement, exploration plus poussée.

Chaque fois qu'il existe du liquide à l'ouverture du péritoine, il faut le prélever aux fins d'examen bactériologique, et d'antibiogramme.

#### **4- L'appendicectomie est alors pratiquée :**

- après ligature du méso,
- avec ou sans enfouissement,
- l'appendice sera toujours confié à l'anatomo-pathologiste.

#### **5- Fermeture pariétale plan par plan, après toilette péritonéale locale.**

**6- Un drainage**, sous forme d'une lame placée dans la gouttière pariéto-colique droite et sortant par l'incision, pourra être mise en place, s'il persiste une zone cruentée, un décollement péritonéal ayant été nécessaire.

Dans les cas simples, il est inutile de drainer.

#### **7. Dans les suites opératoires :**

- aucune antibiothérapie ne s'impose, si ce n'est, pour certains, une brève pénicillinothérapie, mettant à l'abri d'une éventuelle gangrène gazeuse.
- le lever précoce, est, bien entendu, indispensable
- les anticoagulants sont systématiques pour certains.

## **II. - En cas d'appendicite compliquée :**

### **1. péritonite :**

- l'incision sera une médiane sous-ombilicale
- elle seule permet en effet une bonne toilette péritonéale, minutieuse, retirant toutes les fausses membranes, lavant le péritoine
- le prélèvement est impératif
- l'appendicectomie est parfois délicate, du fait de l'extension d'une nécrose du caecum
- le drainage dépend là aussi de l'existence ou non d'une zone cruentée.

### **2. En cas de plastron appendiculaire :**

- antibiothérapie immédiate, à fortes doses, à large spectre, poursuivie long temps
- glace sur le ventre
- aspiration gastrique et réanimation selon les cas.

a) En cas de rétrocession nette, on poursuit le traitement, et l'appendicectomie sera pratiquée à distance.

b) Si les signes persistent, il faut intervenir, pour évacuer un abcès et le drainer, pratiquer une appendicectomie.

### III. — Des complications post-opératoires sont possibles :

#### **A - Certaines sont médicales, souvent liées au terrain**

- thromboemboliques
- septicémies, infarctus du myocarde...

#### **B - D'autres sont chirurgicales :**

##### 1. exceptionnelles sont : Les pyléphlébites.

*Les nécroses viscérales  
Abdominales (cholécystite)  
Entérocolite nécrosante).*

##### 2. les infections pariétales sont fréquentes,

- et sans gravité dans la plupart des cas, un simple débridement tarissant la suppuration.

##### 3. les hémopéritoïnes ne sont pas exceptionnels :

- soit par hémorragie importante, due à une hémostase défectueuse du mésoappendice. Le diagnostic en est fait rapidement, devant l'évidence d'un syndrome hémorragique. L'intervention immédiate permet de rétablir la situation.

- Soit par hémorragie distillant, et le diagnostic est fait vers le 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> jour, devant un décalage thermique, une absence de reprise du transit, une anémie.

L'intervention a surtout pour but d'évacuer l'épanchement sanguin, dont la tendance à s'infecter est grande.

##### 4. les abcès :

- Du Douglas surtout, seront diagnostiqués sur une reprise fébrile, des troubles du transit et le bombement douloureux au toucher rectal, Une rectotomie permettra de les évacuer.

- Les abcès sous-phréniques sont de diagnostic délicat.

##### 5. En fin les péritonites post-opératoires constituent les complications les plus graves et les plus trompeuses :

- On doit en discuter la possibilité dès qu'un appendicectomisé récent présente des suites troublées dans un contexte fébrile avec hyperleucocytose et état subocclusif, et ce d'autant que l'appendicectomie aura été plus difficile, a fortiori s'il s'agissait d'une péritonite d'emblée.

- On recherchera les signes classiques de péritonite, en sachant qu'ils peuvent manquer chez cet opéré récent.

- Les signes radiologiques sont d'interprétation difficile.

- Surtout on accordera de la valeur :

- à une hypersécrétion gastrique.
- à une diarrhée.

- Une réanimation intensive, prévenant le choc septique, sera instaurée, et l'intervention pratiquées sans retard.

#### 6. Particulier est le syndrome du 5<sup>e</sup> jour :

- Apanage de l'enfant, il débute brutalement, vers le 5<sup>e</sup> jour, alors qu'en apparence tout allait bien, par une douleur abdominale intense, des vomissements, une ascension thermique.

- à l'examen la contracture est généralisée.

- la laparotomie médiane permet d'évacuer un épanchement séro-purulent généralisé, et assure des suites en règle simples.

#### 7. En fin, à distance :

- une occlusion sur bride est possible.

## **PERITONITES APPENDICULAIRES**

Voici un plan beaucoup plus qu'une « question ». L'essentiel du sujet ayant été traité sous le titre « Appendicites Aiguës ».

### **Quelques réflexions tout d'abord :**

*Il semble très artificiel de traiter dans le même temps des péritonites généralisées et des péritonites localisées. Leur sémiologie, leur évolution, leur traitement sont trop différents.*

*S'il n'existe pas de parallélisme anatomo-clinique en matière d'appendicite, il n'en existe pas moins une hiérarchie des signes péritonéaux dont il faut connaître la valeur.*

*La présence d'un foyer infectieux irrite le péritoine et induit une réaction de ce dernier.*

*Cliniquement, deux moyens permettent d'apprécier la souffrance péritonéale. La palpation de la paroi antérieure de l'abdomen ; en effet la souffrance péritonéale va provoquer une réaction musculaire : la défense, la contracture. Le toucher rectal permet, lui, un contact presque direct avec le péritoine du cul-de-sac de Douglas (le doigt n'en est séparé que par l'épaisseur du rectum).*

*A propos du toucher rectal : tout épanchement intrapéritonéal a tendance à se collecter en partie dans le cul-de-sac de Douglas. Dans le cadre d'une péritonite généralisée, ce fait explique que le toucher rectal réveille une vive douleur.*

*A propos de la défense et de la contracture, Ces termes ont une définition précise, mais la contracture seule a une signification anatomique précise.*

### **1.La défense est une contraction musculaire réflexe :**

*Provoquée par la palpation. Cette contraction a lieu dans le territoire examiné, et va céder, la paroi redevenant souple, à l'arrêt de la palpation, et même durant la palpation si celle-ci est progressive, insistante et douce. Quelle est la signification ? Elle est assez imprécise.*

*Nous avons vu qu'elle est le grand signe de la crise d'appendicite aiguë, qu'elle peut traduire l'existence de lésions allant de la simple inflammation à la suppuration, et que certaines péritonites même, ne provoquent qu'une défense.*

*Elle est donc peu spécifique. Nous avons vu aussi qu'elle peut manquer alors que l'intervention découvre des lésions appendiculaires franches. Elle est donc peu fiable.*

### **2.La contracture est une contraction musculaire permanente et généralisée :**

*à la paroi antérieure de l'abdomen. C'est une véritable tétanisation musculaire. Elle est permanente : nul besoin de la palpation pour la constater, l'inspection y suffira. (L'abdomen est immobile lors des mouvements respiratoires, il ne « respire » pas ; de plus chez les sujet maigres, la contracture provoque une rétraction des grands droits, en « bateau ».)*

*Elle est généralisée : la fosse iliaque droite, aussi bien que la fosse iliaque gauche ou l'épigastre sont « durs comme du bois ».*

*Elle est invincible ; même progressive, douce, insistance, la palpation n'arrive pas à déprimer cette paroi.*

*En fin, bien sur, elle est douloureuse, et involontaire; Quelle est sa signification?*

*A l'opposé de la défense, elle est spécifique ; indubitablement elle traduit une souffrance généralisée du péritoine, un péritoine. Bien entendu, elle ne renseigne pas sur son étiologie, et sur sa nature (l'acide chlorhydrique aussi bien que le pus peuvent la provoquer).*

*Mais elle n'est pas entièrement fiable, nous l'avons déjà vu ; certaines péritonites généralisées ne s'accompagnent pas de contracture.*

*En pratique, cela signifie que devant une altération nette de l'état général ,l'absence de contracture ne doit pas rassurer, au contraire.*

*En effet, cette contracture est très « lourde » pour l'organisme et fera défaut chez des sujets déficients, de la même façon que chez un sujet tonique, son évolution spontanée, en l'absence de traitement chirurgical, se fait vers la résolution.*

*Ainsi, devant une péritonite, l'absence de contracture est un élément de mauvais pronostic.*

*Mais rappelons que la contracture est le signe des péritonites généralisées pour la grande majorité d'entre elles.*

## **PLAN DE « PERITONITES APPENDICULAIRES GENERALISEES »**

*Il s'agit de péritonites septiques d'emblée, parfois dues à des germes très virulents et plus ou moins résistants aux antibiotiques.*

*Leur fréquence est importante ; et le traitement précoce des crises d'appendicite doit les faire diminuer.*

*Le diagnostic en est clinique.*

*Urgence thérapeutique : le traitement est toujours chirurgical.*

### **Type de Description :**

#### **Péritonite purulente généralisée de l'adulte jeune :**

*Il faut décrire là le tableau typique, d'installation brutale, associant douleurs et vomissements, arrêt du transit (en fait sans intérêt dans cette forme).*

*A l'examen général : signes infectieux nets, mais bien supportés au début.*

*A l'examen physique :*

- Contracture et douleur au toucher rectal*
- Le reste de l'examen est négatif.*

*Le diagnostic de péritonite est évident, certains signes (anamnestiques, généraux, physique) permettent de dire qu'il s'agit d'une péritonite appendiculaire.*

*Les examens complémentaires le confirment :*

- La numération formule sanguine*
- Les radiographies d'abdomen sans préparation.*

*L'intervention s'impose d'urgence, faute de quoi l'évolution serait fatale à brève échéance*

## **Formes cliniques :**

### **I. Des péritonites généralisées d'emblée :**

#### *A. La péritonite putride :*

- *Le tableau initial est brutal et bruyant*
- *Douleur atroce, quelque vomissement, diarrhée fétide*
- *L'état général est alarmant*
- *Les signes locaux sont discrets*

#### *B. Selon le terrain :*

*En insistant sur le fait qu'elles ne sont souvent des péritonites d'emblée que parce que la crise initiale a été méconnue ou négligée, c'est le cas du nourrisson.*

### **II. Péritonites secondaires :**

#### *A. Péritonites en deux temps :*

*1. Péritonite par diffusion, évolution spontanée d'une crise appendiculaire méconnue.*

*2. Péritonite par perforation, après résolution d'une crise initiale, par reprise brutale de la symptomatologie.*

#### *B. Péritonites en trois temps :*

*Par rupture d'un abcès constitué au sein d'un plastron appendiculaire.*

#### *C. Péritonites post-opératoires :*

*Survenant après une intervention pour péritonite, ou même pour appendicite banale.*

## **Diagnostic différentiel :**

### **1. Devant une contracture abdominale :**

*-on peut évidemment discuter une perforation d'ulcère duodénal, une rupture de pyosalpinx, perforation vésiculaire, rupture d'abcès péri sigmoïdien.*

*-en fait, il faut opérer d'urgence, par voie médiane.*

### **2. Devant des formes frustes, atypiques :**

*-plutôt que de discuter toute la pathologie, il faut penser à la péritonite appendiculaire, ne pas entreprendre de traitement médical « d'autre » et opérer d'urgence.*

*-les erreurs par excès sont infiniment moins graves que les erreurs par défaut*

## **Traitement :**

*Il est chirurgical et urgent.*

### Il a quatre objectifs :

- *Supprimer le foyer infectieux d'origines : appendicectomie*
- *Eliminer la plus grande partie des germes intra péritonéaux : toilette péritonéale minutieuse, comprenant des lavages.*
- *Eviter la formation de collections intra-péritonéales post-opératoires, drains.*
- *Rétablir les grandes fonctions, ou prévenir leur défaillance : Antibiothérapie, réanimation hydro-électrolytique, « remplissage vasculaire ».*

### En pratique :

- *Large voie d'abord, (médiante sous-ombilicale) pas tellement pour faire l'appendicectomie que pour la toilette péritonéale.*
- *Prélèvement de l'épanchement péritonéal, aux fins d'étude bactériologique*
- *Appendicectomie*
- *Toilette péritonéale*
- *Drainage*

### En postopératoire :

*-l'aspiration gastrique est laissée en place jusqu'à la reprise confirmée du transit.*

*-réanimation : antibiothérapie, adaptée sur les résultats de l'examen bactériologique, au besoin.*

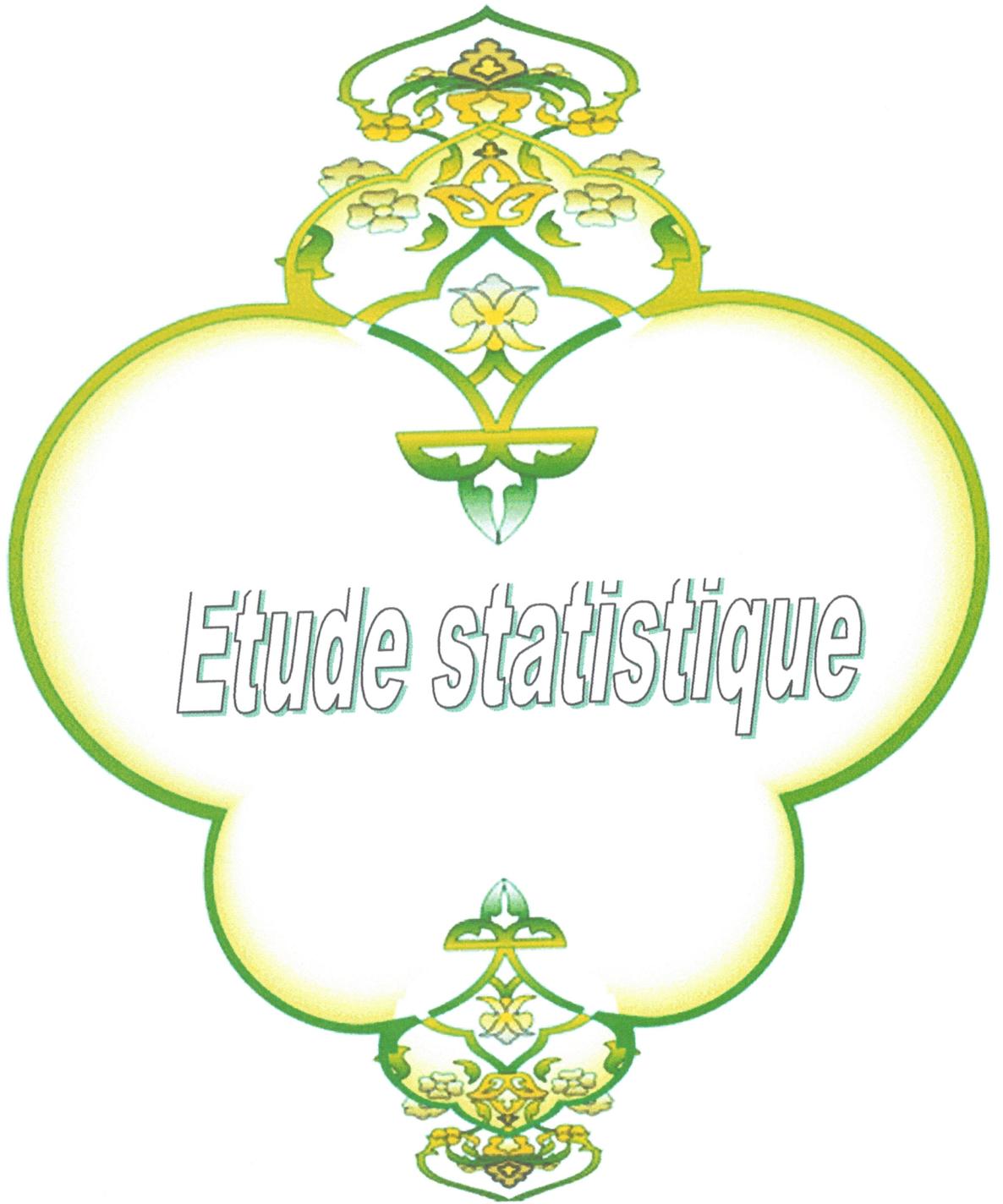
### Complications post-opératoires :

#### - Médicales :

*Liées au terrain, thromboembolique, septicémiques.*

#### - Chirurgicales :

- *Suppuration pariétales*
- *Collections localisées : Douglas, abcès sous-phréniques*
- *Reprise de la péritonite, éviscérations*
- *à distance : occlusions sur brides.*



## **ETUDES STATISTIQUES**

*Sur le plan épidémiologique l'appendicite est considérée comme une affection très fréquente, en effet c'est la première cause des urgences abdominales dans le service de chirurgie pédiatrique.*

*Notre étude consiste à faire une enquête rétrospective descriptive dans le service de chirurgie pédiatrique de l'établissement spécialisé mère et enfant de Tlemcen.*

*Au moment de cette enquête qui a duré un an, du 01 octobre 2008 au 30 septembre 2009 ; on a constaté:*

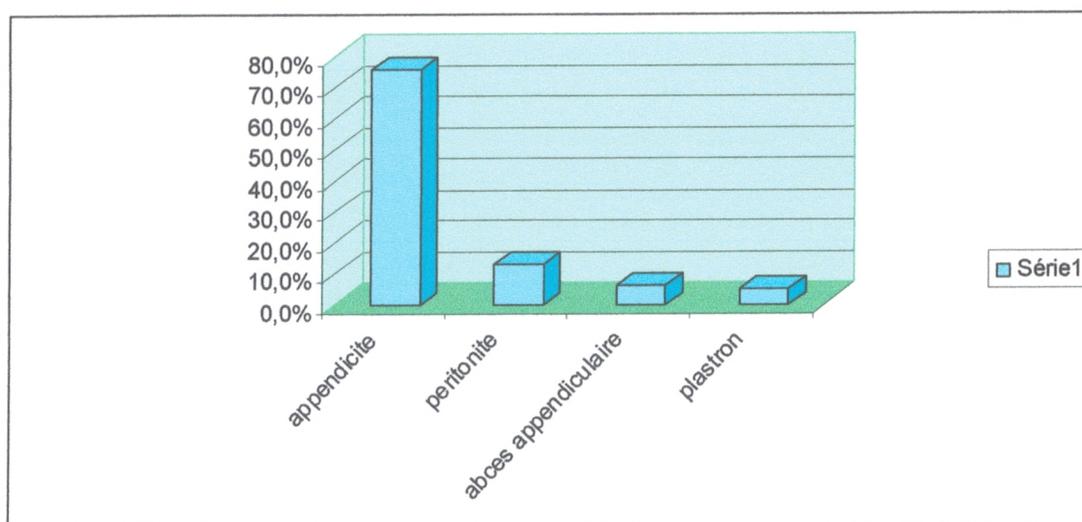
*✓ 79 cas d'appendicite et ses complications:*

*L'enquête permet de colliger en 01 an: 60 cas d'appendicite, 10 cas de péritonite, 05 cas d'abcès appendiculaire et 04 cas de plastron appendiculaire:*

**Le tableau suivant représente la distribution des cas trouvés :**

	<b>Appendicite</b>	<b>Péritonite</b>	<b>Abcès appendiculaire</b>	<b>Plastron</b>
<b>Le nombre</b>	60	10	05	04
<b>Le pourcentage</b>	75.90	12.70	06.30	05,1

**Diagramme en barre: série 01**



**Les commentaires:**

*La méthodologie d'enquête rétrospective descriptive réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique a permis de dire que le chiffre rapporté est très probable sachant que cette étude faite sur 79 dossiers:*

*On constate que le taux d'appendicite est très important avec un pourcentage de: 75.90%, en deuxième position la péritonite avec un taux de 12.70% ; en dernière position l'abcès appendiculaire et le plastron avec des pourcentages respectifs :06.03% ;05.10% .*

### **Sur le plan global:**

*L'enquête permet d'objectiver en un an du 01 octobre 2008 au 30 septembre 2009 ;60 cas d'appendicite ,ce qui représente:*

*-05.33% des 1125 interventions chirurgicales effectuées dans le service de chirurgie pédiatrique.*

*-19.54% des 307 interventions chirurgicales sur l'abdomen.*

*-16.1% des 373 urgences chirurgicales.*

*- 30% des 200 urgences chirurgicales abdominales.*

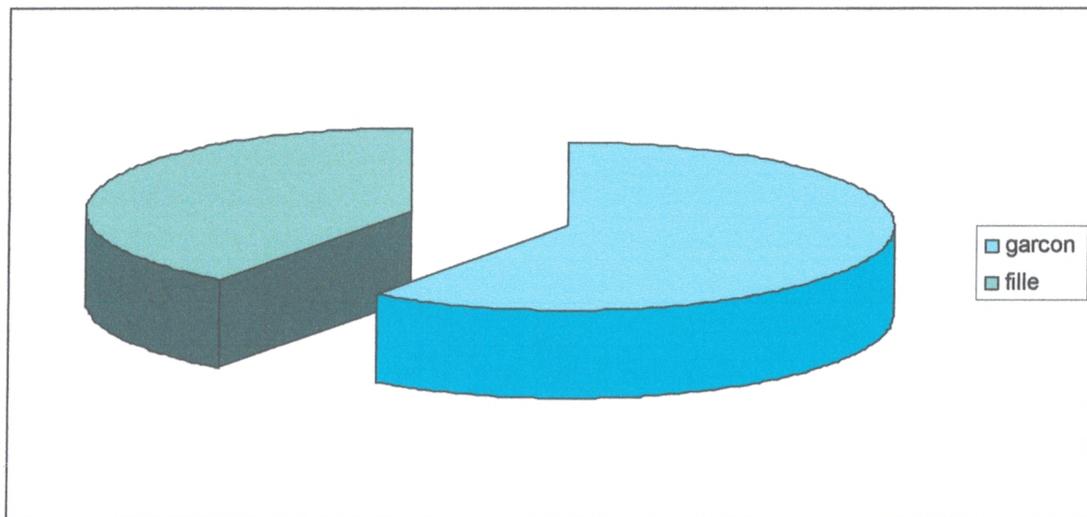
*\*Sachant que pendant cette période, la population de Tlemcen âgée de 01 jour à 15 ans estimée à 374400 , le taux d'incidence d' appendicite (60) est de 16.03 pour 100000 d' habitants.*

Une étude détaillée a montré:

**Le tableau n°01 représente la répartition des cas d'appendicite selon le sexe:**

	<i>garçon</i>	<i>Fille</i>
<i>Le nombre</i>	36	24
<i>Le pourcentage</i>	60%	40%

*Secteur circulaire: figure 01*



**Les commentaires :**

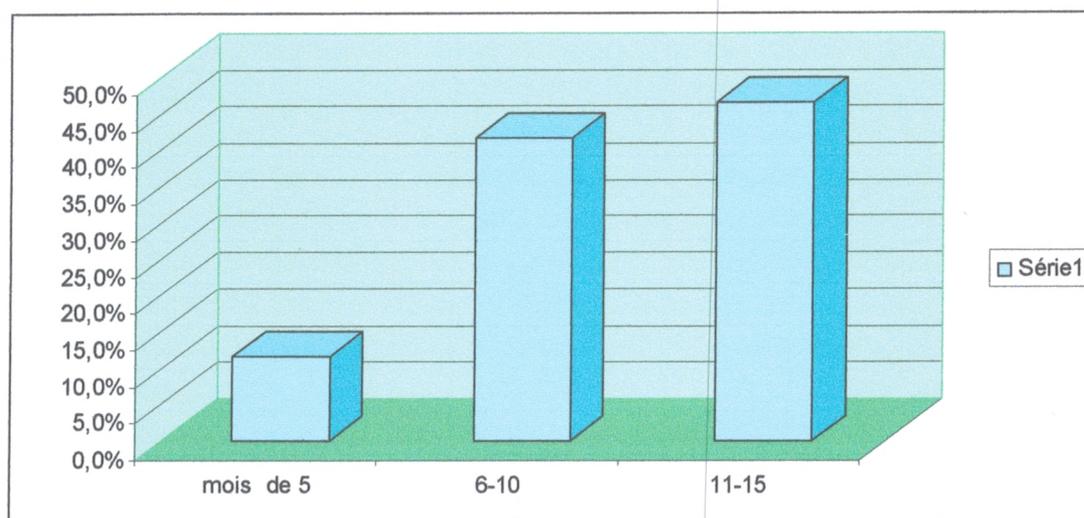
*Plus de 50% sont des garçons.*

*Le sexe- ratio:1.5.*

**Le tableau n°02 représente la répartition des cas d'appendicite selon l'âge:**

	Moins de 5 ans	6-10 ans	11-15 ans
Le nombre	07	25	28
Le pourcentage	11.7%	41.7%	46.6%

**Diagramme en barre: série 01**



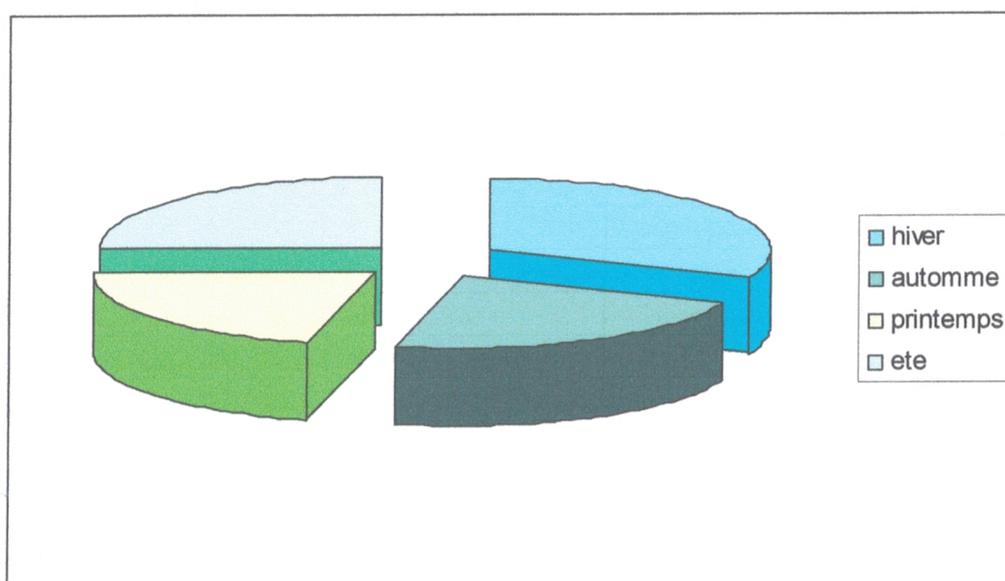
**Les commentaires:**

*On constate que la tranche d'âge de 11-15 ans est la plus touchée puis vient la tranche de 6-10 ans et plus rarement touche les enfants moins de 5 ans.*

**Le tableau n°03 représente la répartition des cas d'appendicite selon la saison :**

	Hiver	automne	Printemps	Eté
Le nombre	18	14	13	15
Le %	31%	23%	21%	25%

*Secteur circulaire: figure n°01*



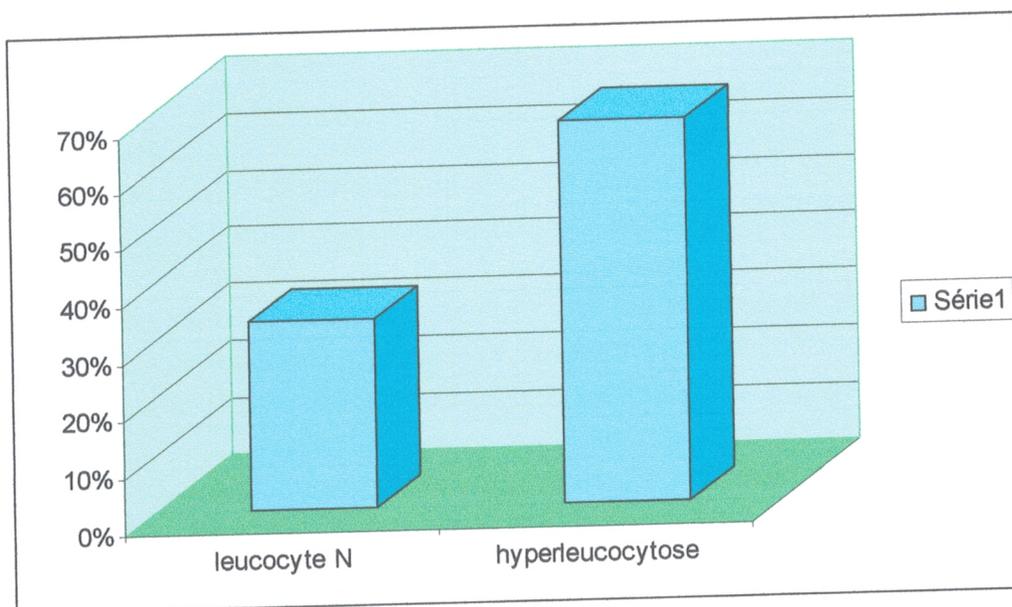
**Les commentaires:**

*L'appendicite repartit de façon égale durant les saisons mais avec une légère prédominance durant l'hiver.*

**Le tableau n°04 représente la répartition des cas d'appendicite selon la biologie :**

	<i>Leucocyte N</i>	<i>Hyperleucocytose</i>
<i>Le nombre</i>	20	40
<i>Le pourcentage</i>	33%	67%

*Diagramme en barre : série n°01*



**Les commentaires :**

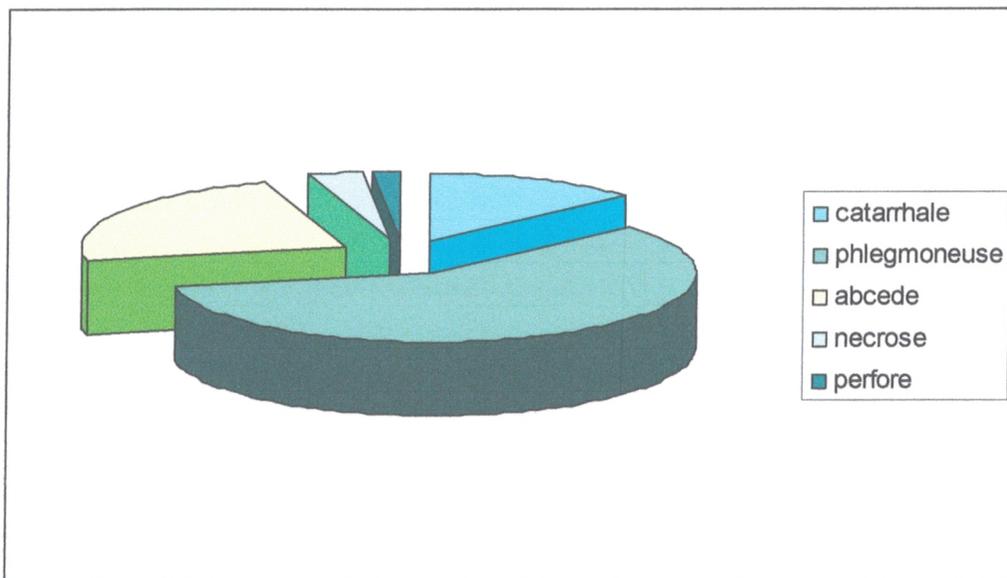
*Les formes avec hyperleucocytose sont fréquentes.*

Répartition selon l'exploration chirurgicale:

**Le tableau n°05 représente la répartition des cas d'appendicite selon le type anatomopathologique de la pièce d'appendicectomie:**

	<i>catarrhale</i>	<i>phlegmoneuse</i>	<i>abcédée</i>	<i>nécrosée</i>	<i>Perforée</i>
<i>Le nombre</i>	08	35	14	02	01
<i>Le pourcentage</i>	13.4%	58.30%	23.3%	03.3%	01.7%

Secteur circulaire : série n°01



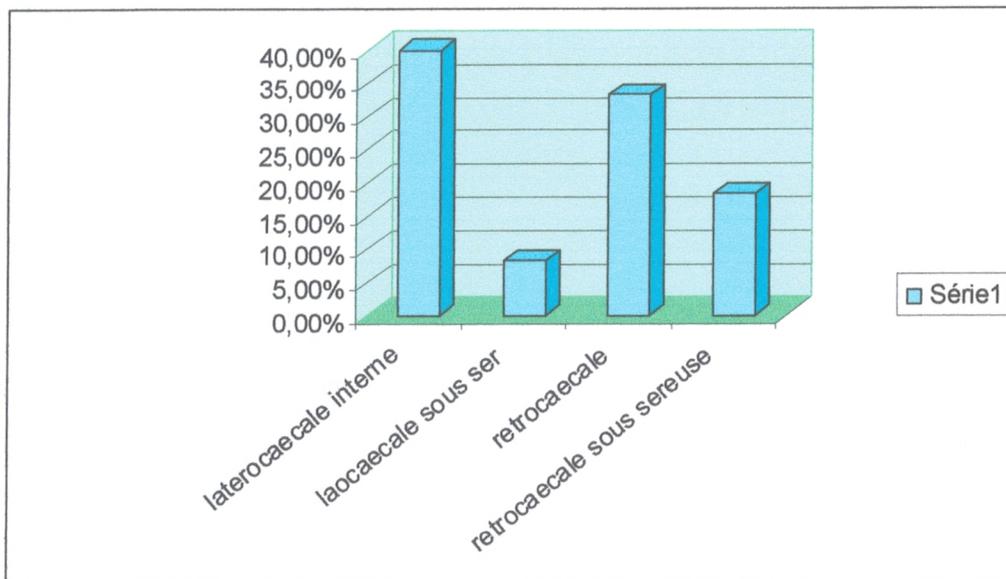
**Les commentaires:**

Parmi les 60 cas d'appendicite opérée ; plus de 50% de type phlegmoneuse, en deuxième position la forme abcédée avec un pourcentage de 23.3%, en troisième position la forme catarrhale avec un taux de 13.4% et plus rarement la forme nécrosée et perforée avec des pourcentages respectifs : 3.3% et 1.7%.

**Le tableau n°06 montre la distribution des cas d'appendicite selon sa position par rapport au caecum :**

	<i>Laterocaecale interne</i>	<i>Laterocaecale interne sous sereuse</i>	<i>retrocaecale</i>	<i>Retrocaecale sous sereuse</i>
<i>Le nombre</i>	24	05	20	11
<i>Le pourcentage</i>	40.00%	08.3%	33.3%	18.4%

**Diagramme en barre: série n°01**



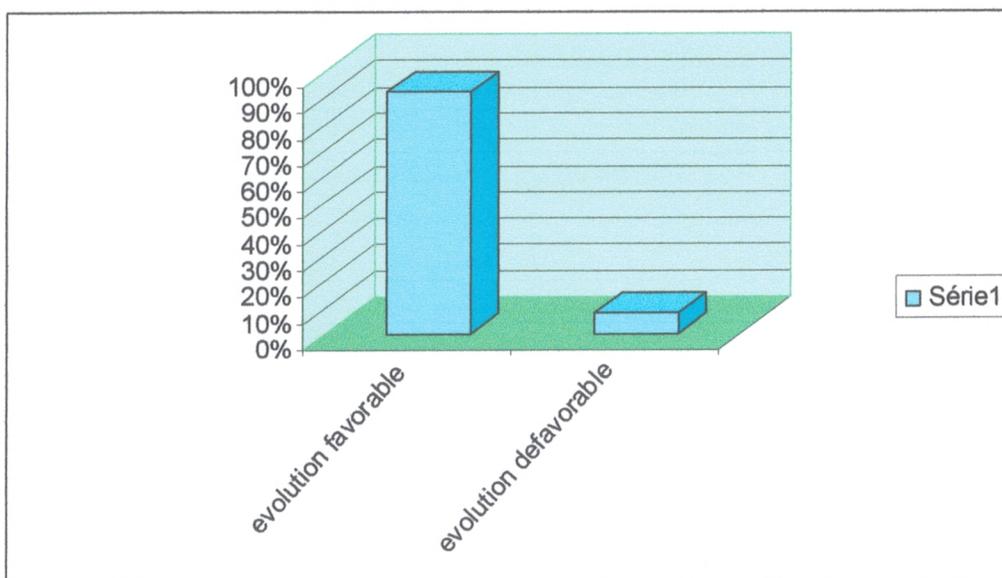
### **Les commentaires**

*On constate que la position typique laterocaecale interne est la plus trouvée puis vient la forme retrocaecale et en dernière position les formes sous séreuses.*

**Le tableau n°07 montre la répartition des cas d'appendicite selon les suites postopératoires:**

	<i>Evolution favorable</i>	<i>Evolution défavorable</i>
<i>Le nombre</i>	55	05
<i>Le pourcentage</i>	92%	08%

*Diagramme en barre:série n 01*



**Les commentaires :**

*On constate que les suites postopératoires sont souvent favorables et on assiste rarement a une évolution défavorable à savoir :sepsis pariétal.*

### **Sur le plan global :**

*L'enquête permet d'objectiver en un an du 01 octobre 2008 au 30 septembre 2009 ; 10 cas de péritonite, ce qui représente:*

*-0.9% des 1125 interventions chirurgicales effectuées dans le service de chirurgie pédiatrique.*

*-03.25% des 307 interventions chirurgicales sur l'abdomen.*

*-02.7% des 373 urgences chirurgicales.*

*- 05% des 200 urgences chirurgicales abdominales.*

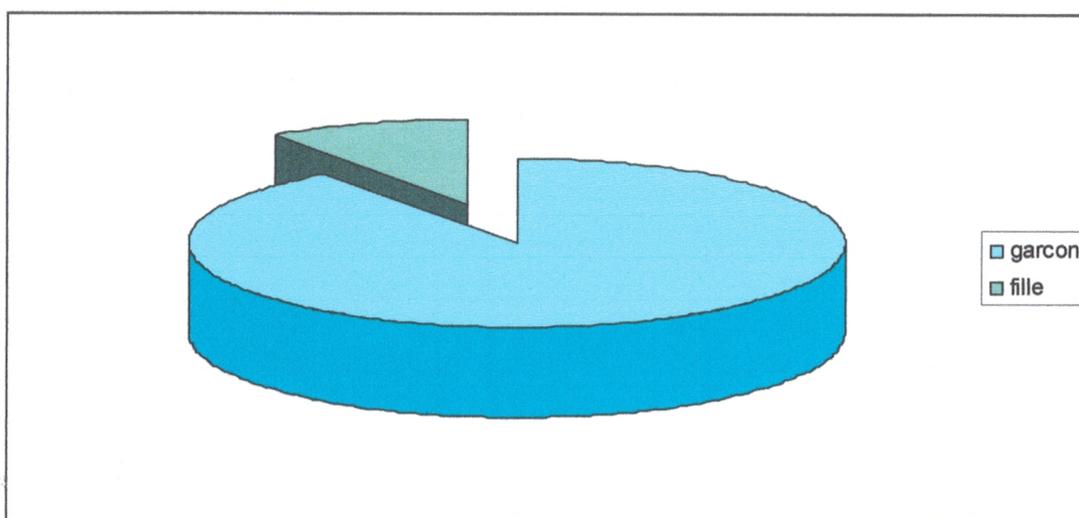
*\*Sachant que sur cette période la population de Tlemcen âgée de 01 jour à 15 ans estime à 374400 et le nombre des sujets atteint de péritonite est 10, le taux d'incidence de péritonite est 02.67 pour 100000 d habitants.*

Une étude détaillée a montré:

**Le tableau n°01 représente la répartition des cas de péritonite selon le sexe:**

	garçon	Fille
Le nombre	09	01
Le pourcentage	90%	10%

Secteur circulaire: figure 01



**Les commentaires:**

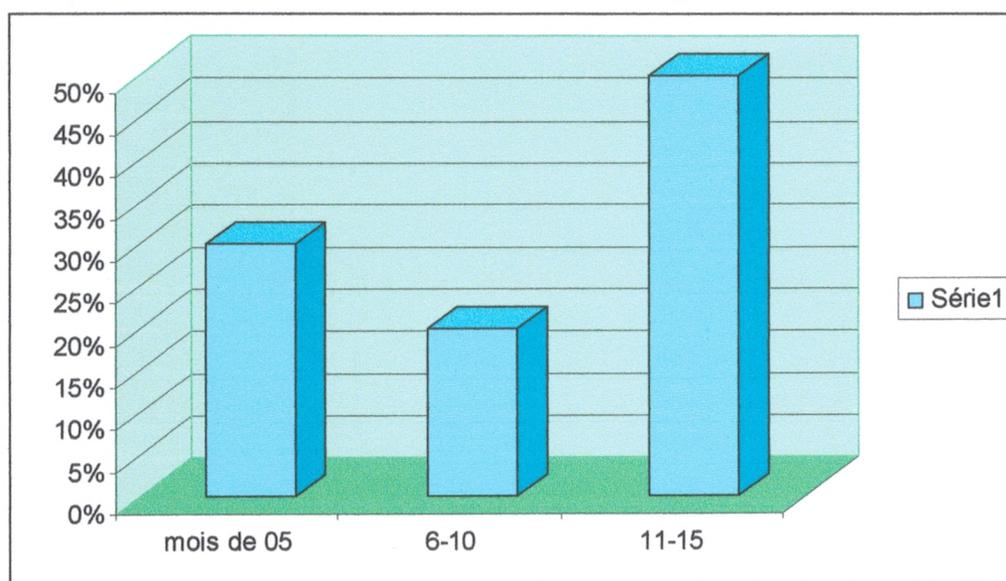
*Le sexe masculin est le plus touché.*

*Le sexe-ratio :09.*

**Le tableau n°02 représente la répartition des cas de péritonite selon l'âge:**

	Moins de 5ans	6-10ans	11-15ans
Le nombre	03	02	05
Le pourcentage	30%	20%	50%

**Diagramme en barre: série 01**



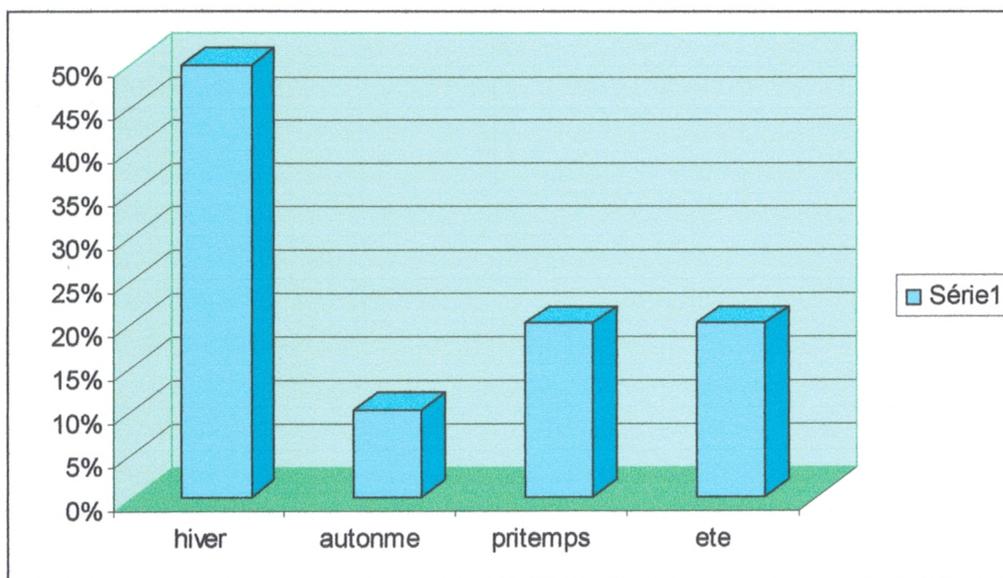
**Les commentaires :**

*La tranche d'âge de 11 -15 ans est la plus touchée puis vient la tranche de moins de cinq ans et en dernier lieu la tranche de 6 -10ans.*

**Le tableau n°03 représente la répartition des cas de péritonite selon les saisons ;**

	<i>Hiver</i>	<i>automne</i>	<i>printemps</i>	<i>Eté</i>
<i>Le nombre</i>	<i>05</i>	<i>01</i>	<i>02</i>	<i>02</i>
<i>Le%</i>	<i>50%</i>	<i>10%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>

**Diagramme en barre : série n°01**



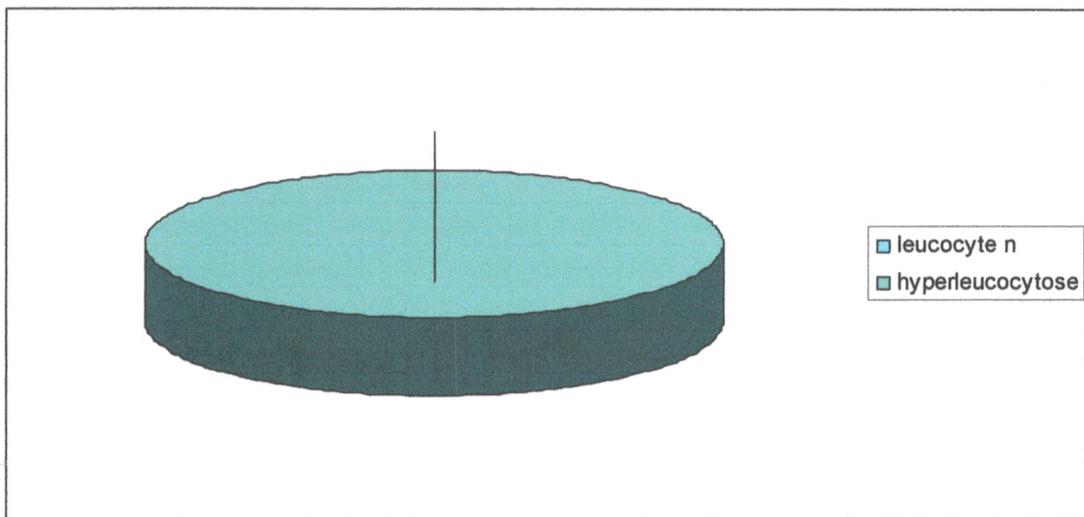
**Les commentaires :**

*Les péritonites sont fréquentes en hiver.*

**Le tableau n°04 représente la répartition des cas de péritonite selon la biologie :**

	<i>Leucocyte N</i>	<i>Hyperleucocytose</i>
<i>Le nombre</i>	<i>00</i>	<i>10</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>00</i>	<i>100%</i>

**Secteur circulaire : figure n°01**



**Les commentaires :**

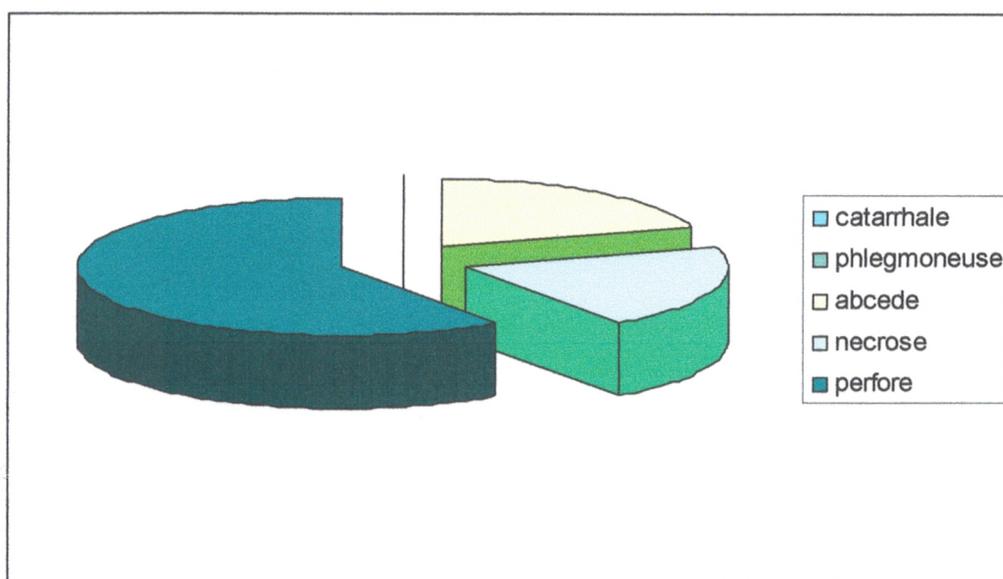
*Les péritonites s'accompagnent souvent d'une hyperleucocytose.*

La répartition selon l'exploration chirurgicale :

Le tableau n°05 représente la répartition des cas de péritonite selon le type anatomopathologique de la pièce d'appendicectomie:

	<i>catarrhale</i>	<i>phlegmoneuse</i>	<i>abcédée</i>	<i>nécrosée</i>	<i>Perforée</i>
<b>Le nombre</b>	00	00	02	02	06
<b>%</b>	00%	00%	20%	20%	60%

Secteur circulaire: figure 01



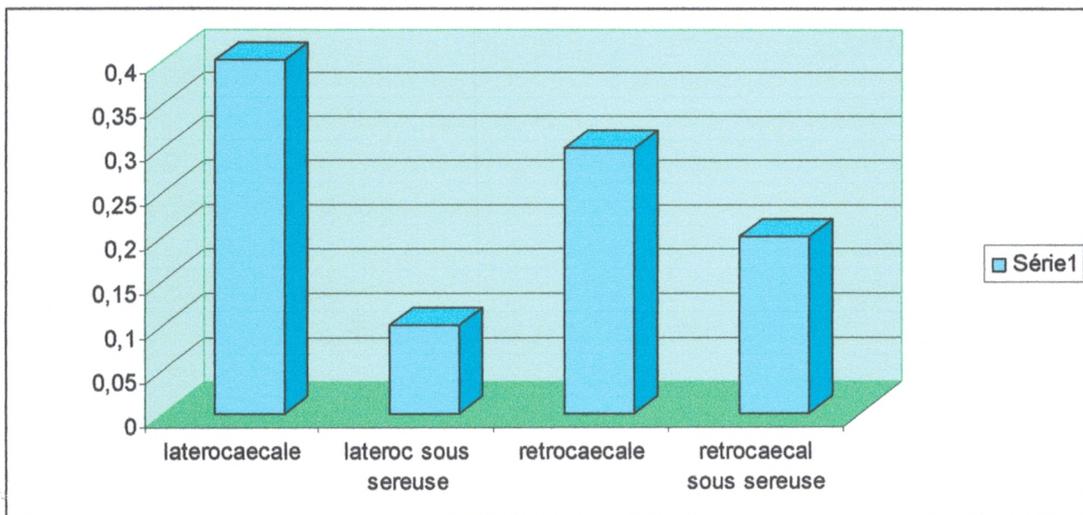
**Les commentaires:**

Parmi les 10 péritonites opérées, 60% des pièces d'appendicectomie sont de type perforées et rarement de la forme nécrosée et abcédée.

*Le tableau n°06 montre la distribution des cas de péritonite selon la position d'appendice par rapport au caecum :*

	<i>Laterocaecale interne</i>	<i>Laterocaecale interne sous sereuse</i>	<i>retrocaecale</i>	<i>Retrocaecale sous sereuse</i>
<b>Le nombre</b>	04	01	03	02
<b>%</b>	40%	10%	30%	20%

*Diagramme en barre: série n°01*



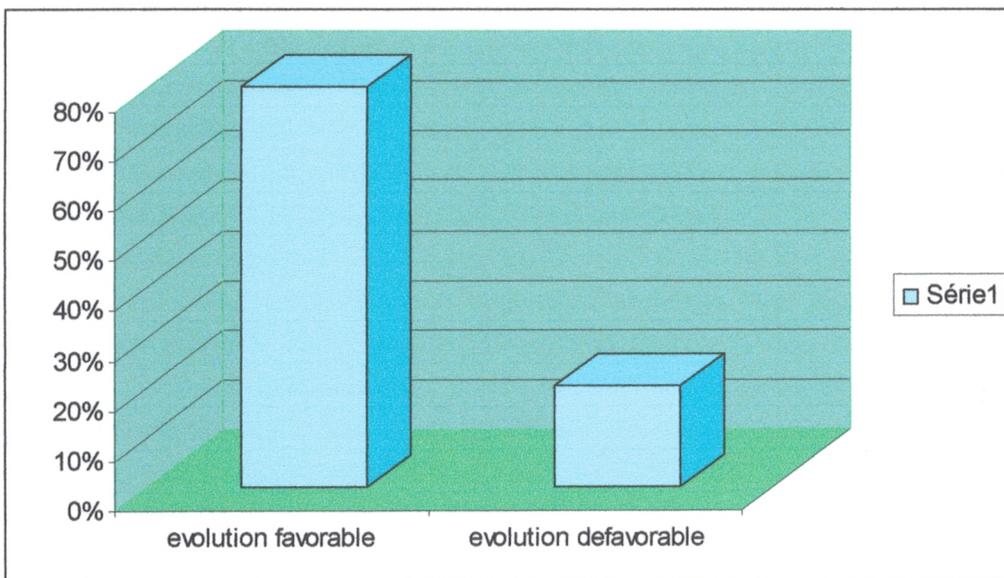
**Les commentaires:**

*On constate que la forme laterocaecale interne est la forme la plus fréquente puis vient la forme retrocaecale et plus rarement les formes sous séreuses.*

**Le tableau n°07 représente la répartition des cas de péritonite selon les suites postopératoires :**

	<i>Evolution défavorable</i>	<i>Bonne Evolution</i>
<i>Le nombre</i>	<i>02</i>	<i>08</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>20%</i>	<i>80%</i>

**Diagramme en barre : série n°01**



**Les commentaires:**

*On constate que les suites postopératoires sont souvent favorables.*

### **Sur le plan global:**

*L'enquête permet d'objectiver en an du 01 octobre 2008 au 30 septembre 2009 ;05 cas d'abcès appendiculaire ,ce qui représente:*

*-0.45% des 1125 interventions chirurgicales effectuées dans le service de chirurgie pédiatrique.*

*-1.6% des 307 interventions chirurgicales sur l'abdomen.*

*-1.34% des 373 urgences chirurgicales.*

*- 2;5% des 200 urgences chirurgicales abdominales.*

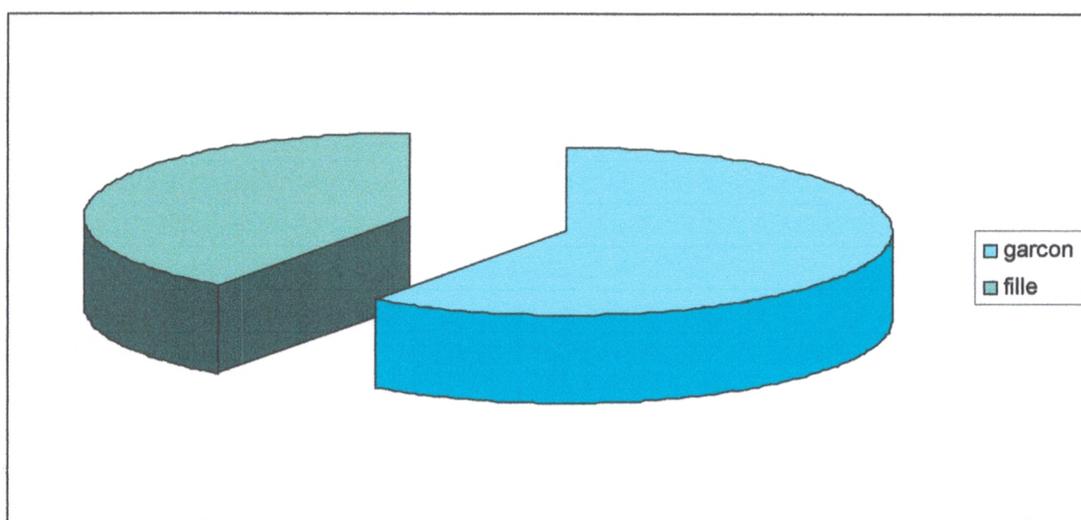
*\*Sachant que sur cette période la population de Tlemcen âgée de 01 jour à 15 ans estimée à 374400 et le nombre de sujets atteint d'abcès appendiculaire est 05; le taux d'incidence d'abcès appendiculaire est 1.34 pour 100000 habitants.*

Une étude détaillée a montré:

**Le tableau n°01 représente la répartition des cas d'abcès appendiculaire selon le sexe:**

	garçon	Fille
Le nombre	03	02
Le pourcentage	60%	40%

Secteur circulaire: figure 01



**Les commentaires:**

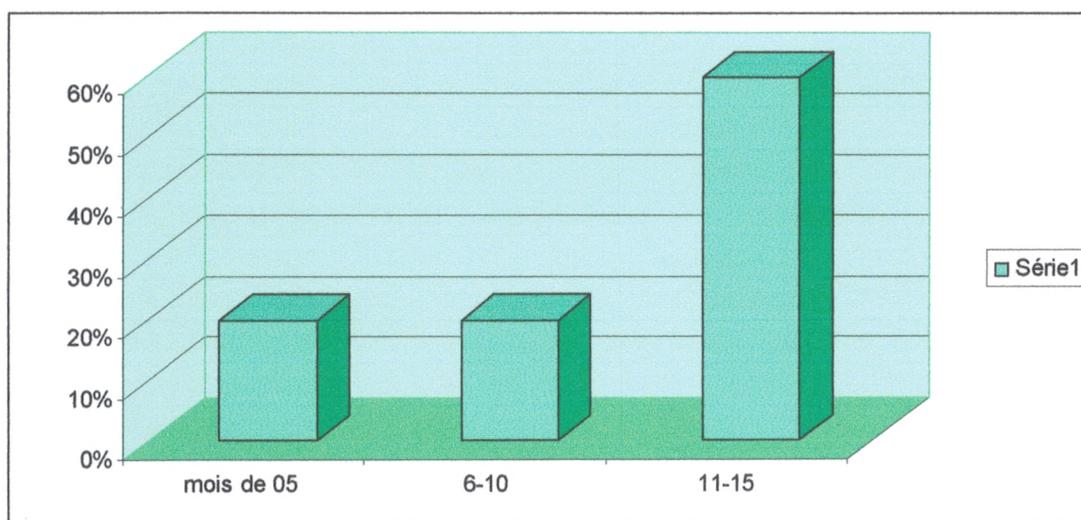
*Le sexe masculin est le plus touché.*

*Le sexe-ratio : 1,5.*

**Le tableau n°02 représente la répartition des cas d'abcès appendiculaire selon l'âge:**

	<i>Moins de 5ans</i>	<i>6-10ans</i>	<i>11-15ans</i>
<i>Le nombre</i>	<i>01</i>	<i>01</i>	<i>03</i>
<i>%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	<i>60%</i>

**Diagramme en barre: série 01**



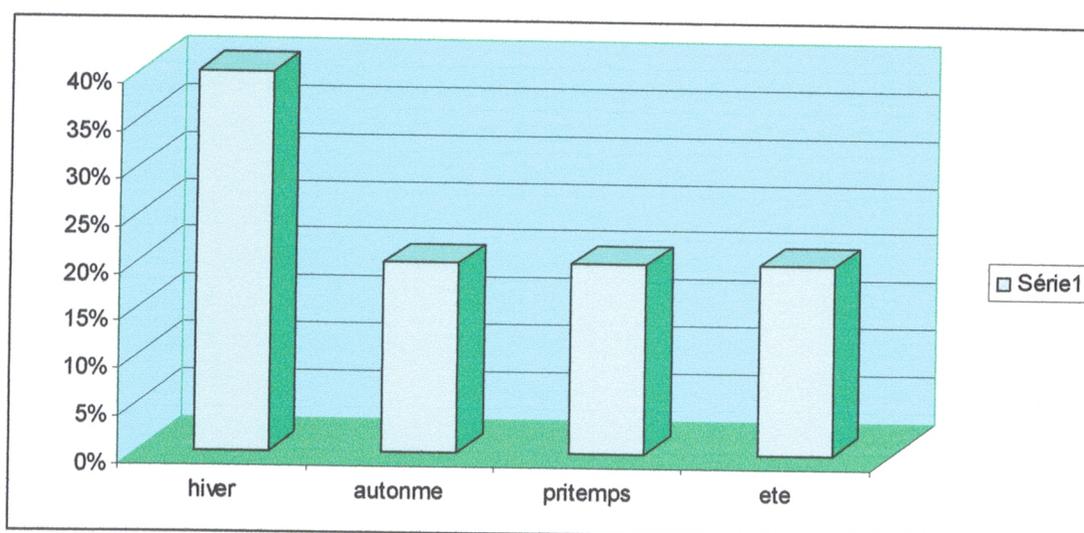
**Les commentaires:**

*La tranche d'age de 11-15 ans est la plus touchée puis les deux autres tranches d'age avec des pourcentages égaux.*

**Le tableau n°03 montre la répartition des cas d'abcès appendiculaire selon la saison :**

	<i>hiver</i>	<i>automne</i>	<i>printemps</i>	<i>Eté</i>
<i>Le nombre</i>	02	01	01	01
<i>Le%</i>	40%	20%	20%	20%

**Diagramme en barre : série n°01**



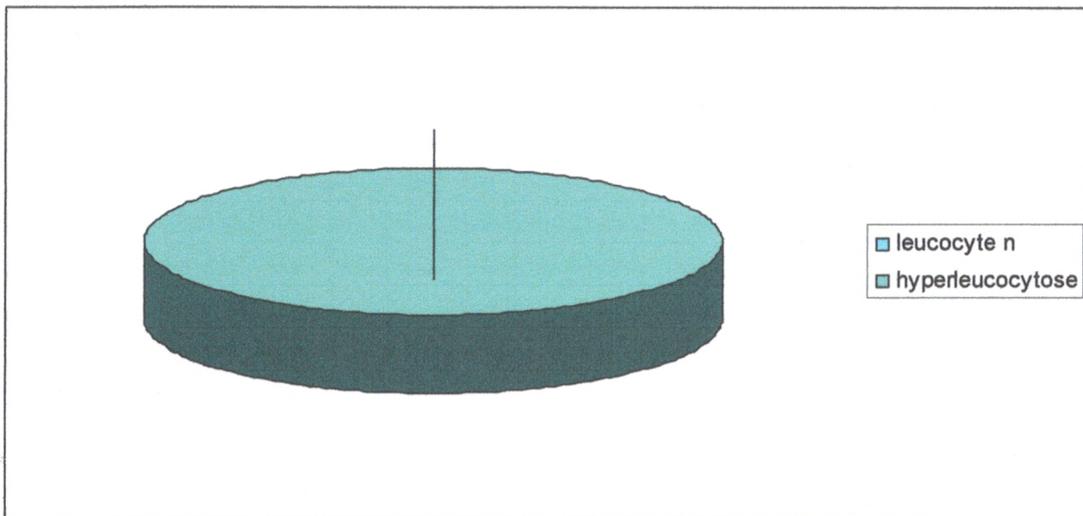
**Les commentaires :**

*On constate que l'abcès appendiculaire est fréquent pendant l'hiver.*

**Le tableau n°04 représente la distribution des cas d'abcès appendiculaire selon la biologie :**

	<i>Leucocytes N</i>	<i>Hyperleucocytose</i>
<i>Le nombre</i>	<i>00</i>	<i>05</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>00</i>	<i>100%</i>

*Secteur circulaire : figure n°01*



**Les commentaires :**

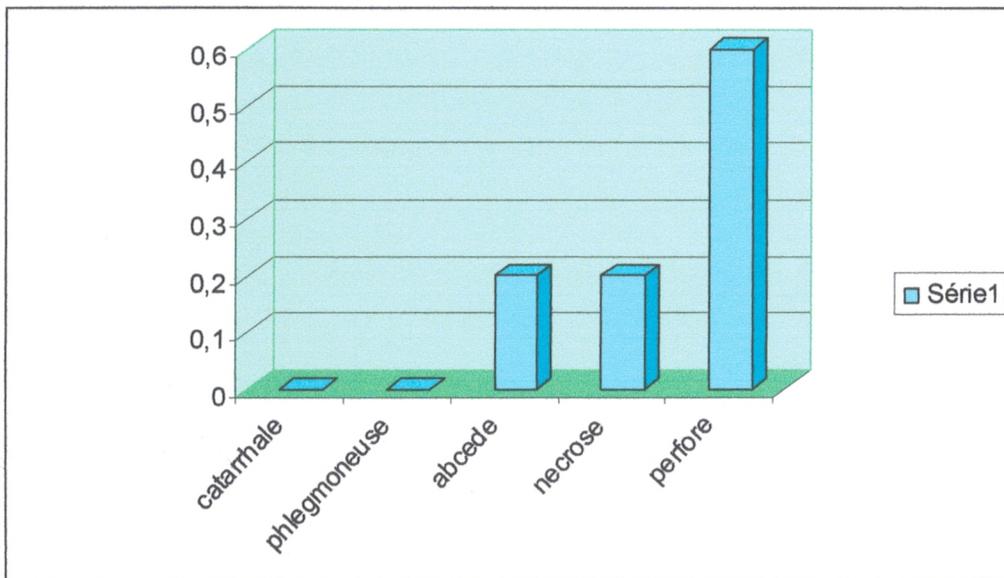
*L'abcès appendiculaire s'accompagne souvent d'une hyperleucocytose.*

Répartition selon l'exploration chirurgicale :

**Le tableau n°05 représente la répartition des cas d'abcès appendiculaire selon le type anatomopathologique de la pièce d'appendicectomie:**

	<i>catarrhale</i>	<i>Phlegmoneuse</i>	<i>abcédée</i>	<i>nécrosée</i>	<i>Perforée</i>
<i>Le nombre</i>	00	00	01	01	03
<i>Le pourcentage</i>	00	00	20%	20%	60%

Diagramme en barre: série n°01



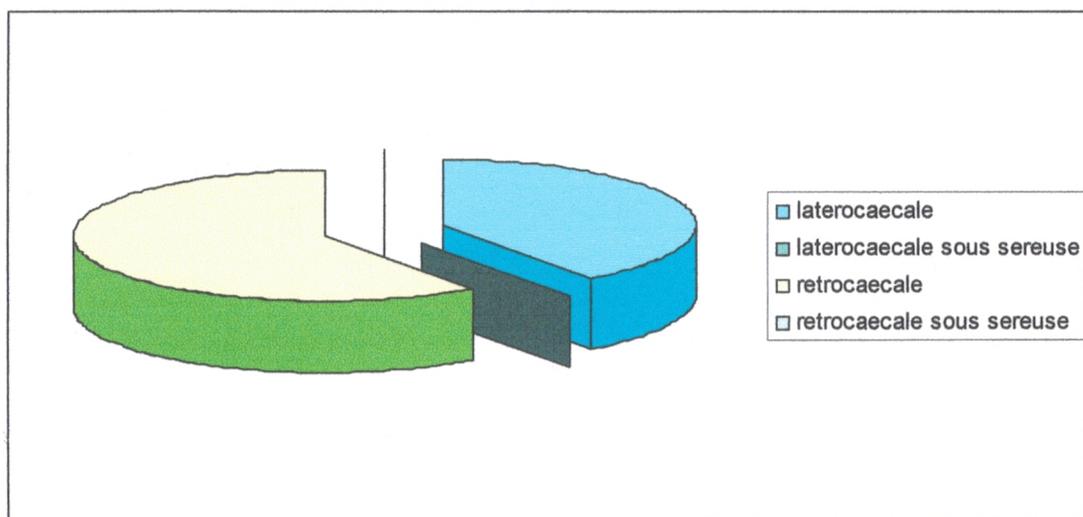
**Les commentaires:**

Parmi les 06,3% d'abcès appendiculaires, plus de 50% du pièce d'appendicectomie réalisées sont de type perforé, 20% de type abcédé et également 20% de type nécrosé.

**Le tableau n°06 montre la distribution des cas d'abcès appendiculaire selon la position d'appendice par rapport au caecum :**

	<i>Laterocaecale interne</i>	<i>Laterocaecale interne sous sereuse</i>	<i>retrocaecale</i>	<i>Retrocaecale sous sereuse</i>
<i>Le nombre</i>	02	00	03	00
<i>Le pourcentage</i>	40%	00	60%	00

*Secteur circulaire : figure 01*



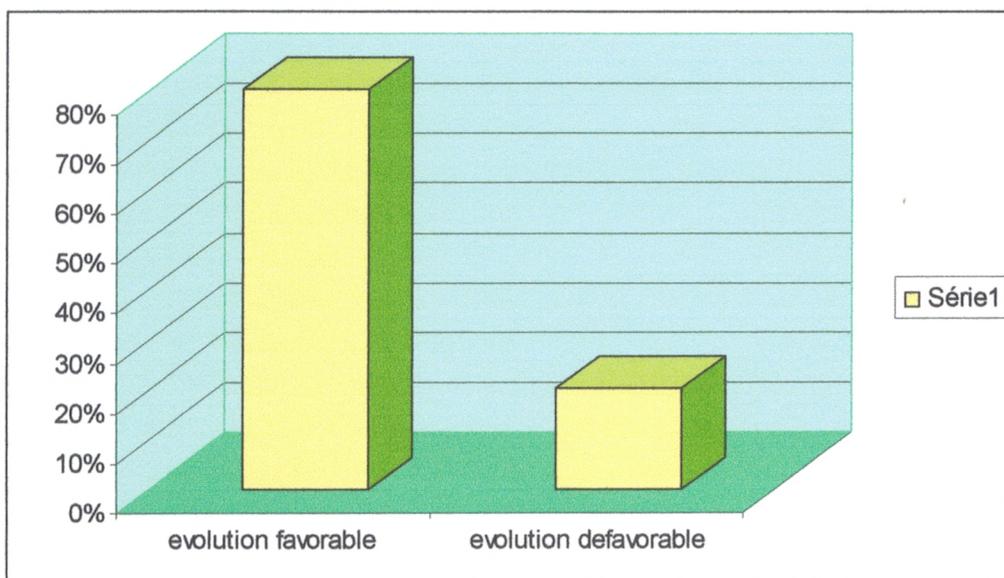
**Les commentaires :**

*On constate que la position retrocaecale est la plus trouvée puis vient la position laterocaecale interne alors que la position sous séreuse n'existe pas en matière d'abcès appendiculaire.*

**Le tableau n°07 montre la répartition des cas d'abcès appendiculaire selon les suites postopératoires:**

	Bonne évolution	Evolution défavorable
Le nombre	04	01
Le pourcentage	80%	20%

*Diagramme en barre:serie n01*



**Les commentaires:**

*On constate que les suites postopératoires sont souvent favorables et se compliquent très rarement.*

### **Sur le plan global:**

*L'enquête permet d'objectiver en un an du 01 octobre 2008 au 30 septembre 2009 ; 04 cas de plastron appendiculaire ce qui représente:*

*-0,35% des 1125 interventions chirurgicales effectuées dans le service de chirurgie pédiatrique.*

*-1,3% des 307 interventions chirurgicales sur l'abdomen.*

*-1,07% des 373 urgences chirurgicales.*

*- 02% des 200 urgences chirurgicales abdominales.*

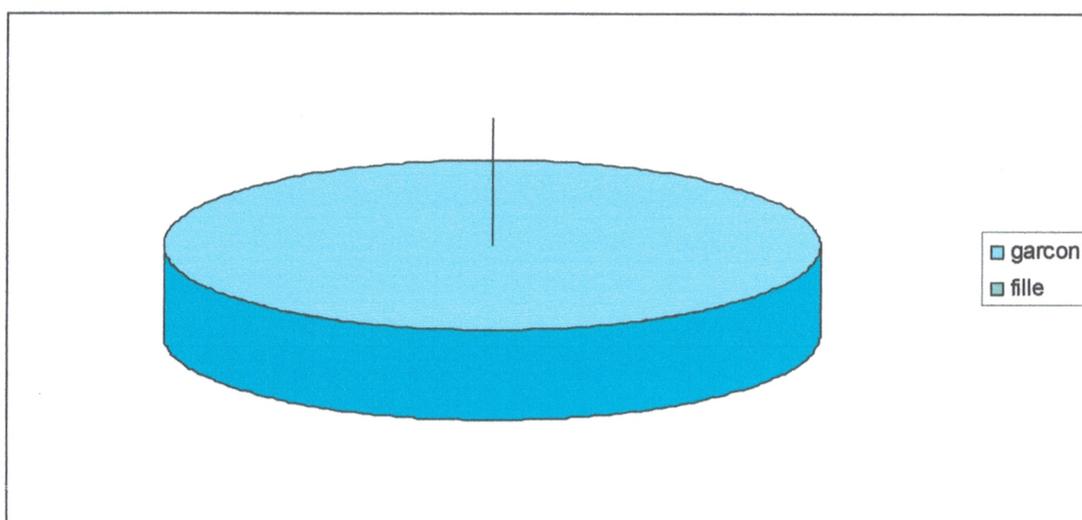
*\*Sachant que sur cette période la population de Tlemcen âgée de 01 jour à 15 ans estimée à 374400 et le nombre de sujets atteint de plastron appendiculaire est 04, le taux d'incidence de plastron appendiculaire est 1,07 pour 100000 d habitants.*

Une étude détaillée a montré:

**Le tableau n°01 montre la distribution des cas de plastron selon le sexe:**

	Garçon	Fille
Le nombre	02	02
Le pourcentage	50%	50%

Diagramme en barre : série n°01



**Les commentaires:**

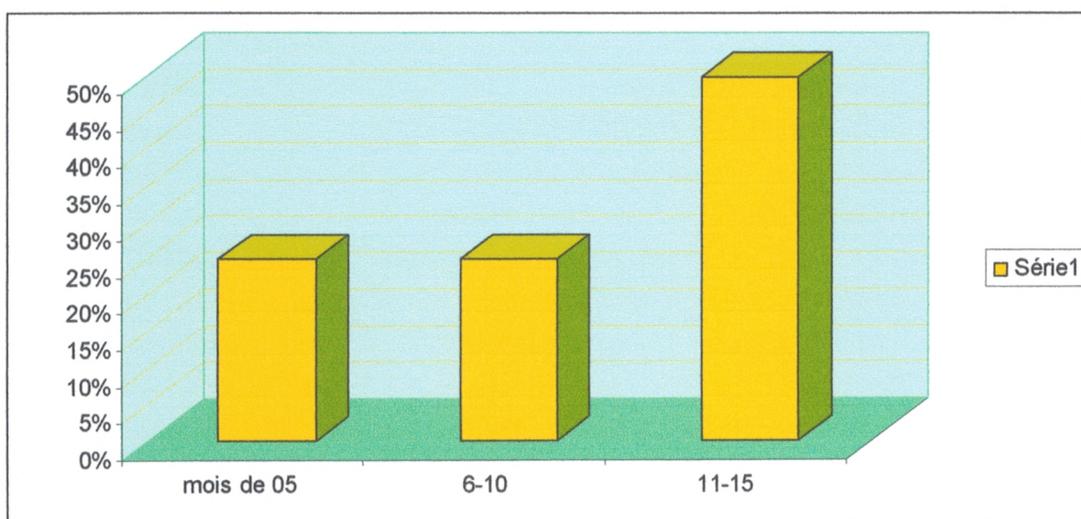
*Il n'existe pas une prédominance de sexe.*

*le sexe\_ratio ;1*

**Le tableau n°02 représente la répartition des cas de plastron selon les tranches d'age:**

	<i>Moins de 5 ans</i>	<i>6_10 ans</i>	<i>11_15 ans</i>
<i>Le nombre</i>	<i>01</i>	<i>01</i>	<i>02</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>25%</i>	<i>25%</i>	<i>50%</i>

**Diagramme en barre: série n°01**



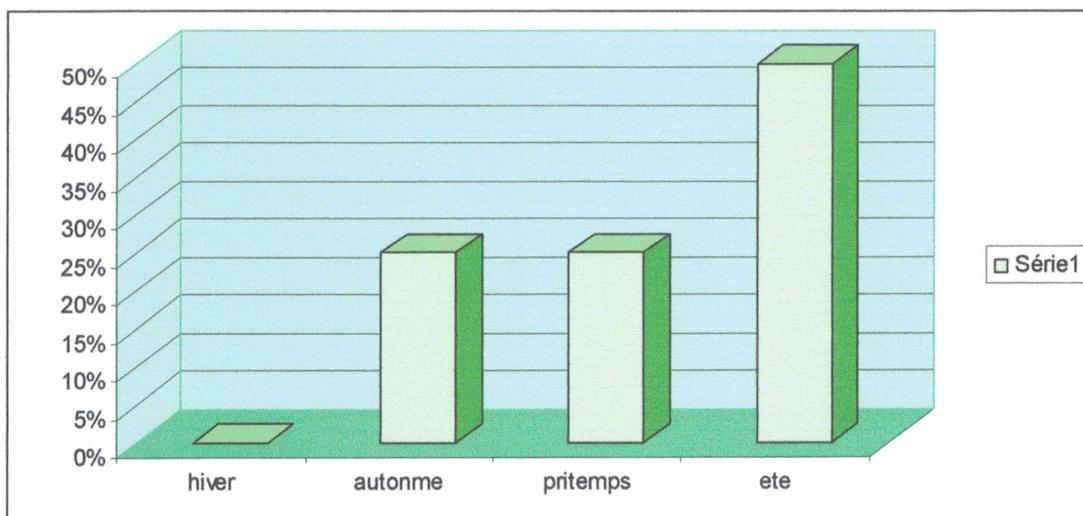
**Les commentaires :**

*On constate que la tranche d'age de plus de 11an est la plus touchée puis les deux tranches restantes avec des pourcentages égaux.*

**Le tableau n°03 représente la répartition des cas de plastron selon la saison :**

	Hiver	automne	printemps	Eté
Le nombre	00	01	01	02
Le %	00	25%	25%	50%

**Diagramme en barre : série n°01**



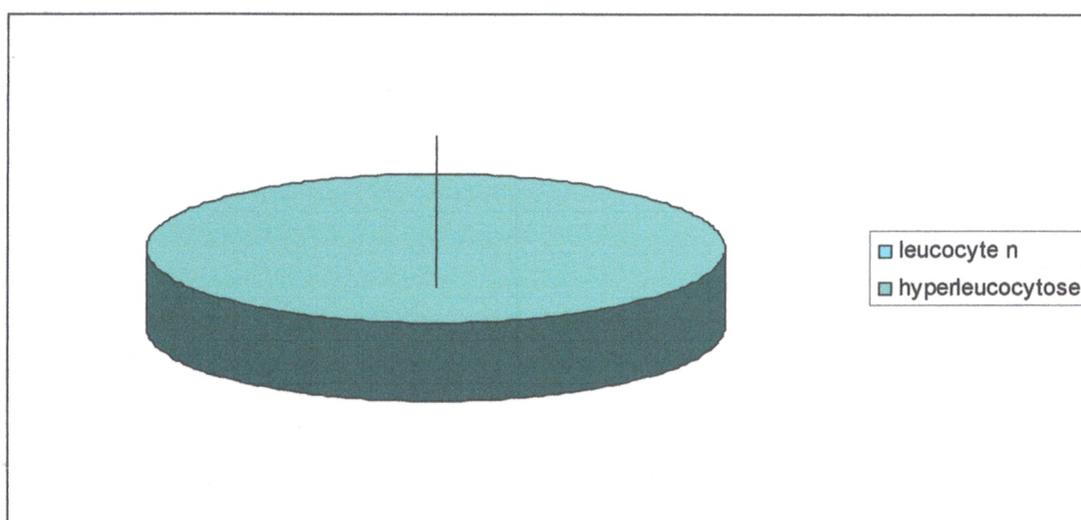
**Les commentaires :**

*On constate que le plastron appendiculaire vient souvent en été ; rarement en printemps et automne et exceptionnellement en hiver.*

**Le tableau n°04 représente la distribution des cas de plastron appendiculaire selon la biologie :**

	<i>Taux normal</i>	<i>Hyperleucocytose</i>
<i>Le nombre</i>	<i>00</i>	<i>04</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>00</i>	<i>100%</i>

*Secteur circulaire : figure n°01*



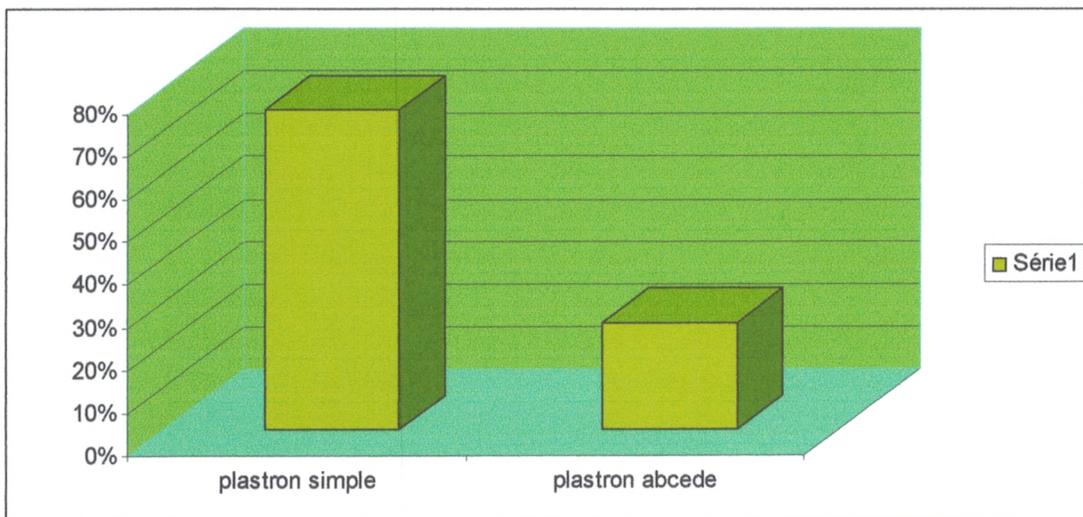
**Les commentaires :**

*Le plastron appendiculaire s'accompagne souvent d'une hyperleucocytose.*

**Le tableau n°05 représente la répartition des cas de plastron appendiculaire selon l'exploration chirurgicale:**

	<i>Plastron simple</i>	<i>Plastron abcédé</i>
<i>Le nombre</i>	<i>03</i>	<i>01</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>75%</i>	<i>25%</i>

**Diagramme en barre: série n°01**



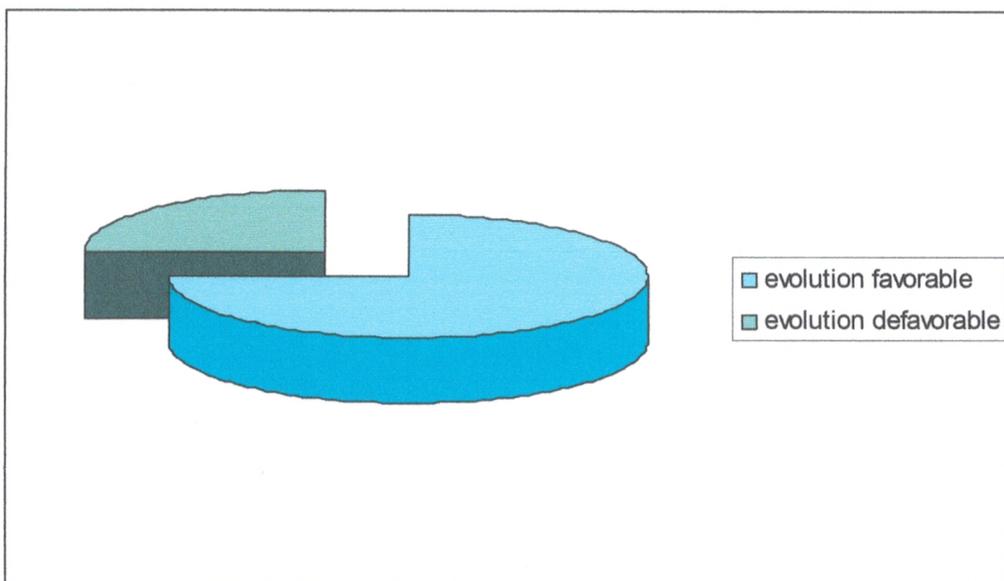
**Les commentaires :**

*La forme de plastron simple est la plus trouvée avec un pourcentage de 75%, plus rarement la forme abcédée avec un pourcentage de 25%.*

**Le tableau n°06 montre la distribution des cas de plastron appendiculaire selon les suites postopératoires :**

	<i>favorable</i>	<i>Défavorable</i>
<i>Le nombre</i>	<i>03</i>	<i>01</i>
<i>Le pourcentage</i>	<i>75%</i>	<i>25%</i>

*Secteur circulaire : figure n°01*



**Les commentaires:**

*On constate que les suites postopératoires sont toujours favorables et se compliquent très rarement.*

## **CONCLUSION**

*Au terme de ce travail, on constate que l'appendicite aigue est une maladie qui étonne par le contraste entre sa réputation de bénignité et la possibilité de rencontrer des formes qui mettent en jeu le pronostic vital.*

*L'appendicite peut survenir à tout âge mais surtout avant 30 ans. Non traitée, elle peut être mortelle, principalement par ses complications en particulier la péritonite et la septicémie qui lui fait suite ; elle requiert donc une appendicectomie en urgence.*

*L'appendicite est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente. Les tableaux cliniques peuvent prendre des formes diverses et complexes en raison de l'absence de parallélisme anatomo-clinique.*

*Le pronostic de cette affection demeure bon à condition de poser un diagnostic précoce avant la survenue de complications*

## **REFERENCE**

*1-Internat chirurgie digestive ; éditions médicales et universitaires année 1979, l'auteur RHOUDANT .*

*2-Chirurgie digestive chez l'enfant;P-Helardot;J-Bienayme et F-Bargu.*

*3-[www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com)*

*4-[www.oms.com](http://www.oms.com)*

*5-Appendicit.medecine.definition.Mhtml document*

*6-Appendicite .wikipedia .mhtml*