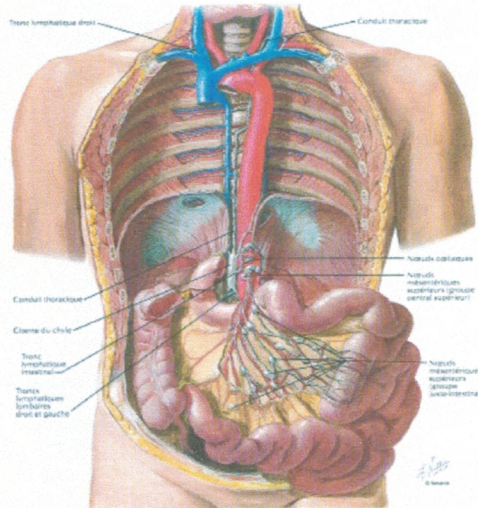


Université Aboubakr Belkaid
CHU Tlemcen
Service de Chirurgie B

Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine

**LES PERITONITES
APPENDICULAIRES**



Encadrée par : Dr Bendimred.

Présentée par : Dr Libedri Sofiane.

Année Universitaire : 2011.2012

Remerciement :

Je tiens à remercier dans un premier temps, toute l'équipe pédagogique du service chirurgie(B)-CHU Tlemcen, du Chef service Pr Kherbouche et les maîtres assistants et assistants intervenants dans la formation d'internat, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

Je remercie spécialement Monsieur Docteur Bendimred pour l'aide et les conseils concernant les missions évoquées dans ce thème, qu'il m'a apporté lors des différents suivis.

I- INTRODUCTION :

L'appendice est un organe creux qui se comporte comme un diverticule à lumière étroite en relation avec le cæcum. Comme tout diverticule il est exposé à la stase et à l'infection.

-La perforation est la rupture de la paroi de l'appendice mettant en communication son contenu septique avec la cavité péritonéale.

Elle réalise ainsi une péritonite purulente généralisée ou localisée.

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives, ont montré la prédominance des perforations appendiculaires.

Malgré la couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an).

-Le but de notre travail était d'étudier les spécificités de la perforation appendiculaire dans notre service.

Dr. Mohamed Amine
Chirurgien Général
G. M. S. TUNISIE

II- OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale (B) du CHU Tlemcen .

Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer la fréquence de la péritonite par perforation appendiculaire en milieu chirurgical du CHU Tlemcen .
- 2- Décrire les aspects cliniques et para cliniques.
- 3- Identifier les principaux germes et leurs sensibilités aux antibiotiques.
- 4- Analyser les suites opératoires immédiates.
- 5- Evaluer le coût de la prise en charge.

III-GENERALITES :

3-1 RAPPELS ANATOMIQUES DU PERITOINE :

3-1-1 Définition et description du péritoine :

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino -pelvienne c'est à dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito- urinaire.

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

- ❖ **un feuillet pariétal**: appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino- pelviennes. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia pro pria.
- ❖ **un feuillet viscéral**: ou péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino- pelviens.
- ❖ **des replis membraneux** : ou replis péritonéaux , relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ils engainent les pédicules vasculo- nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Est appelé <<méso>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un segment du tube digestif. Est appelé <<ligament>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un organe intra abdominal ne faisant pas partie du tube digestif. Est appelé <<épiploon>> un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

3-1-2 Vascularisation du péritoine:

- Le péritoine pariétal est vascularisé de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques, circonflexes, artères issues directement de l'aorte et de l'artère iliaque externe.

-Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.

-Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

IL n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul dispositif juxta- diaphragmatique fait de fenêtres mésotheliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

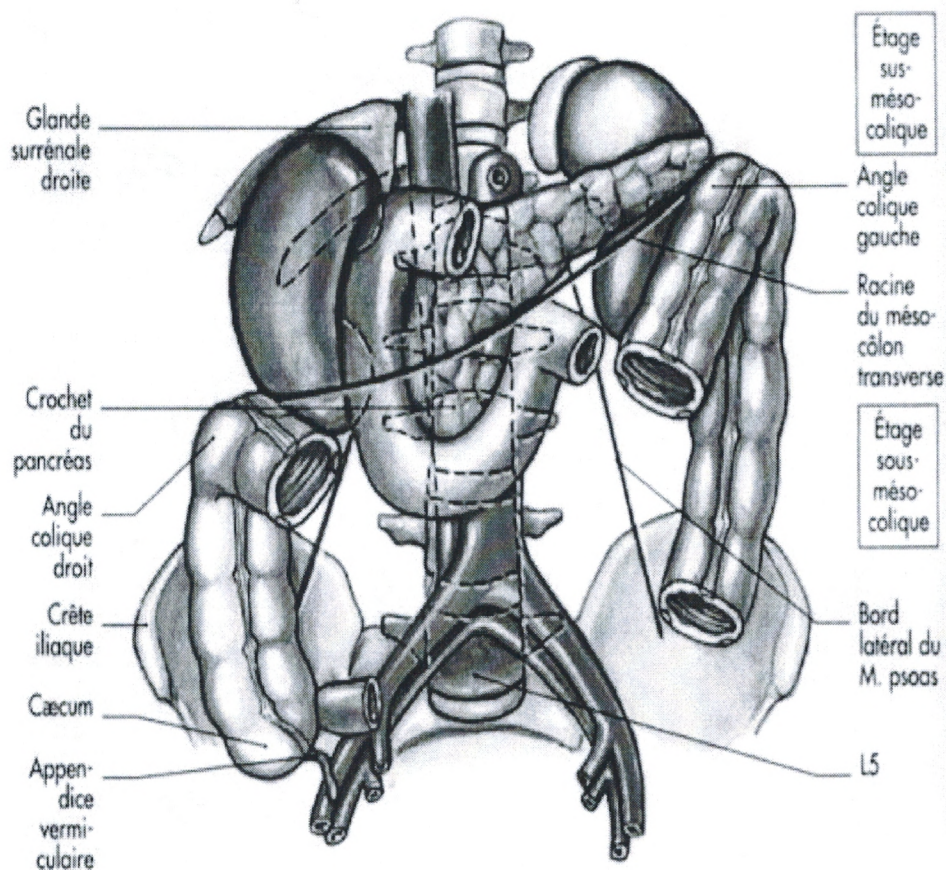
3-1-3 Innervation du péritoine :

Elle est très inégalement répartie, et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

- -Le diaphragme (hoquet)
- -Le nombril (cri de l'ombilic)
- -Le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas)

3-1-3 Anatomie topographique de la cavité abdominale :

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut la cage thoracique (région thoraco-abdominale), elle continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino-pelvienne). La racine du méso-côlon transverse tendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous – méso coliques. (Voir fig. I)



Haut



Gauche



----- **Les différentes loges péritonéales sont :**

➤ **A l'étage sus-méso colique:**

- *la loge sous phrénique droite*, comprise entre la face supérieure du foie et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie.
- la loge sous – phrénique gauche, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche, crânialement, l'estomac en dedans et la rate en bas.
- la poche rétro-gastrique(ou arrière cavité des épiploons)
- l'espace sous –hépatique, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

➤ **à l'étage sous méso colique :**

- les gouttières pariéto-coliques droite et gauche comprises entre le colon ascendant à droite, descendant à gauche et la paroi latérale de l'abdomen
- la loge supra mésentérique, entre le mésentère et le méso colon ascendant ;
- la loge infra-mésenterique entre le mésentère et le méso colon descendant .
- le cul de sac recto-génital (Douglas).

3-1-4 Rapports du péritoine avec les organes :

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes :

- **Les viscères rétro péritonéaux** comme les reins , les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal , sont en dehors de la cavité péritonéale ;

- **Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine viscéral**, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent intéresser le péritoine; ce sont le foie et la rate.

- **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice.

3-1-5 Physiologie du péritoine :

La surface occupée par le péritoine, de l'ordre de celle de la peau environ 2m² chez l'adulte. La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens osmotique dits <passifs>:

-La sécrétion:

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux contient une sérosité liquidiene (50 à 100 cm³) continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (50 à 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par les lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [22, 49]

-L'absorption:

L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit <actif> rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale.

3-2 RAPPEL ANATOMIQUES DE L'APPENDICE :

3-2-1 Embryologie :

Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon ; sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse ombilicale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite. Diverticule du cæcum naissant de sa paroi interne à 2 ou 3 centimètres en dessous de la jonction iléo-cæcale, limite supérieure du cæcum, l'appendice s'implante au point de départ des bandelettes musculaires longitudinales du gros intestin. Ces trois bandelettes, antérieure, postéro-externe, postéro-interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antero-externe, constitue le fond cæcal.

L'absence de développement congénital du diverticule du cæcum primitif est à l'origine d'hypoplasie voir d'agénésie de l'appendice.

D'autres malformations congénitales ont été décrites, la plus fréquente est duplication appendiculaire ; dans ce cas peuvent exister soit deux lumières appendiculaires avec deux muqueuses et une musculature commune soit deux appendices séparés, normaux ou rudimentaires.

3-2-2 Anatomie macroscopique :

L'appendice a la forme d'un tube cylindrique flexueux divisé en deux segments : un segment proximal horizontal, et un segment distal qui est libre. Il mesure environ 7 à 8 cm de long et 4 à 8 mm de diamètre. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (valvule de Gerlach).

3-2-3 Anatomie microscopique :

Les parois de l'appendice sont constituées de dehors en dedans par :

- **une séreuse péritonéale** interrompue par une mince lisérée correspondant à l'insertion du méso appendice ;
- **une couche musculaire** longitudinale, puis circulaire.

Cette couche musculaire bien développée dans son ensemble peut manquer par endroit permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse.

- **La sous muqueuse** renferme de nombreux organes

lymphoïdes qui ont fait considérer l'appendice comme « l'amygdale intestinale ».

- **La muqueuse appendiculaire** est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares.

➤ Cette structure varie suivant l'âge :

-chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large .

-chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction de la lumière appendiculaire.

On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes et, chez le sujet âgé l'appendice se présente parfois comme une simple corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

3-2-4 Anatomie topographique :

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendant de la position du cæcum . Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas) ; sa migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous – hépatique ou se poursuivre en position pelvienne (30% des femmes). Une mal rotation complète de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs inversus avec appendice localisé dans la fosse iliaque gauche. Le cæcum étant en position normale, la position de l'appendice peut être variable et décrite suivant le quadrant horaire : Latéro- cæcale, rétro cæcale pure ou en arrière de la jonction iléo- cæcale, mésocœliaque (sus ou sous- iliale), pelvienne. La position latéro-caecale est la plus fréquente (65% des cas).

3-2-4 Anatomie fonctionnelle :

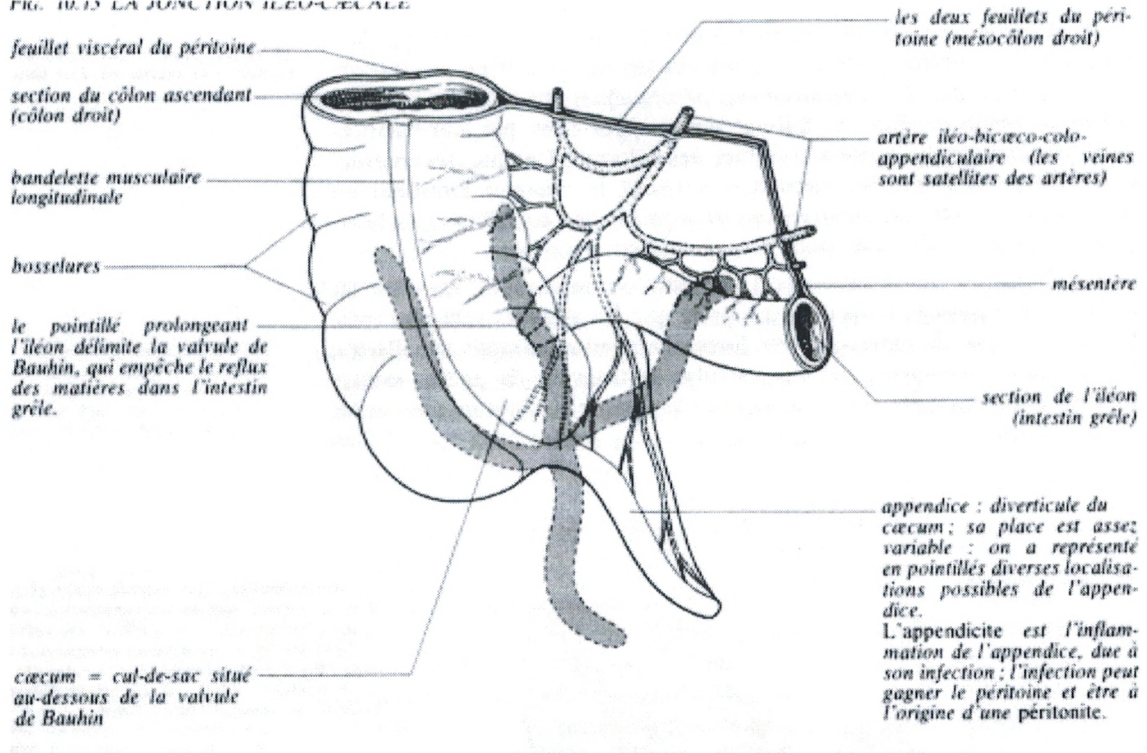
La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'enterocytes. La sous muqueuse contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans les mécanismes de défense. Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes qui franchissent la lumière appendiculaire. La couche musculaire grâce à son péristaltisme évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique.

3-2-5 Vascularisation de l'appendice :

- La vascularisation artérielle est de type terminal et assurée par l'artère appendiculaire qui naît de l'artère ilio-cæco-colique, croise verticalement la face postérieure de l'iléon terminal et chemine ensuite sur le bord libre du méso-appendice en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale. Cette artère appendiculaire donne :
 - un petit rameau récurrent** qui rejoint la base d'implantation de l'appendice ;
 - une artère récurrente iléale ;**
 - plusieurs rameaux appendiculaires.**

La veine iléo-cæco-colique appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure. Les lymphatiques appendiculaires suivent les branches de l'artère appendiculaire pour se réunir en quatre ou cinq troncs collecteurs qui gagnent ensuite les ganglions de la chaîne ileo-colique.

FIG. III.13 LA JONCTION ILEO-CAECALE



(Fig.III): la jonction iléo-caecale

3-2-6 Innervation de l'appendice :

La double innervation sympathique et parasympathique de l'appendice provient du plexus mésentérique supérieur.

3-3 LES CONSEQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES DES PERITONITES APPENDICULAIRES:

Sont celles des péritonites secondaires à un foyer septique intrapéritoneale. Elles sont locales et générales.

❖ *Les conséquences locales :*

L'augmentation de la perméabilité vasculaire est à l'origine de la fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif du péritoine et dans la lumière digestive. Un troisième secteur est ainsi soustrait aux secteurs hydriques cellulaire et extracellulaire. Cette séquestration hydro-électrolytique et protidique est proportionnelle

à la surface péritoine infectée. Ces pertes liquidiennes atteignent 4 à 6 litres par jour lorsque la péritonite est généralisée.

L'iléus paralytique est une conséquence locale précoc de la contamination septique du péritoine. En ventousant le foyer appendiculaire

Il participe au cloisonnement de l'infection par les adhérences fibrineuses qui unissent l'intestin, l'épiploon et le foyer appendiculaire ainsi est créé un rempart provisoire contre la généralisation de l'infection à toute la cavité péritonéale. Une éventuelle organisation fibrineuse de ces adhérences peut conduire à une péritonite plastique localisée soudant le carrefour iléo- cæco- appendiculaire entouré de l'intestin, de l'épiploon et la paroi abdominale constituant un blindage douloureux : (le plastron appendiculaire).

La production d'un exsudat intra péritonéale, en réaction à la contamination septique, est attirée par les mouvements respiratoires sous la coupole diaphragmatique droite et par la déclivité dans le cul- de- sac de Douglas. Une péritonite généralisée d'origine appendiculaire peut survenir en un, deux, trois temps.

❖ *Les conséquences générales*

A la phase initiale d'une péritonite avant que le péritoine ne se recouvre d'enduit fibrineux, l'absorption séreuse est augmentée du fait de l'hyperperméabilité vasculaire. Il en résulte une diffusion des toxines et bactéries dans la circulation générale. Cette libération de substances toxiques reste sur toutes les grandes fonctions de l'organisme :

- **La défaillance cardiocirculatoire**: est due à la fois au choc septique provoqué par la dissémination toxo- infectieuse et à l'hypovolémie secondaire au troisième secteur séquestré dans l'abdomen. Le résultat global est un défaut d'oxygénation, tissulaire. Il s'ensuit une glycolyse anaérobie qui conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique.

- **Le retentissement respiratoire:** Est parallèle au retentissement cardiovasculaire. Il répond à 2 mécanismes : la réduction de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques avec atélectasie des bases pulmonaires et épanchement pleural réactionnel à la péritonite sous- jacente ; un œdème lésionnel par atteinte directe de la membrane alveolo- capillaire.
- **Le retentissement rénal,** répond lui aussi à 2 mécanismes:
 - Défaut de perfusion secondaire à l'hypo volémie .
 - action directe des substances toxiques libérées dans la circulation.

3- 4 RAPPEL CLINIQUE :

3-4-1) Type de description : Péritonite appendiculaire généralisée chez un homme jeûne de 25 ans vu tôt.

3-4-1-1) Signes fonctionnels : Le diagnostic est clinique associant :

A. Une douleur :

Continue, rapidement progressive, très intense, maximale dans la fosse iliaque droite, mais elle est souvent diffuse, sans irradiation.

B. Des vomissements :

Alimentaires, puis bilieux, répétés et fréquents.

C. Des troubles du transit:

-Arrêt de matières et de gaz

-parfois diarrhée

3-4-1-2) Signes généraux :

La fièvre: habituellement élevée supérieure à 38, 5° C

L'état général: est conservé au début mais le sujet est anxieux et le pouls filant. La TA est habituellement normale à ce stade.

3-4-1-3) Signes physiques :

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite :

- **à l'inspection :** diminution ou absence de la respiration abdominale.
- **la palpation :** mains réchauffées bien à plat en commençant par les endroits moins douloureux ; trouve typiquement une contracture diffuse, invincible et douloureuse .
- **touchers pelviens :** douleur vive au cul de sac Douglas.

3-4-1-4) Les examens para cliniques :

1-L'Echographie : est inutile dans ces formes typiques, met en évidence des signes d'épanchement intra péritonéale et identifie la lésion causale: l'appendicite.

2-La biologie : vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale :

- **un hémocrite supérieur à 50%** témoigne une déshydratation extracellulaire.
- **leucocytose élevée** souvent supérieure à 15000/ mm³

3-Radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) : montre :

- des signes occlusifs (distension gazeuse du grêle et du côlon avec des niveaux hydro-aériques) .
- un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)
- L'absence de pneumopéritoine dans la péritonite appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important.

4- Le scanner abdominale :est aussi inutile dans ces formes typiques, met en évidence les mêmes signes comme pour l'échographie.

3-4-1-5) Diagnostic différentiel :

- Les affections non péritonéales :Avant tout , il importe d'éliminer les affections non péritonéales, pour ne pas commettre une erreur décisionnelle sur l'indication opératoire.

- **Les rares pneumopathies** à expression abdominale sévère sont discutées devant une image anormale sur la radiologie pulmonaire , en gardant toute fois en mémoire la possibilité d'une pneumopathie de déglutition provoquée par des vomissements d'une réelle péritonite.

- **Les pyélonéphrites**avec douleur abdominale , fièvre et signe d'iléus peuvent poser de difficiles problèmes cliniques, car elles s'accompagnent de défense abdominale dans 20% des cas. Ce sont toutefois des formes sévères avec des germes à l'examen cytobactériologique direct des urines.

- **La pancréatite aiguë**est évoquée sur l'élévation de l'amylasémie et confirmée par le scanner pour éviter une intervention chirurgicale inutile à ce stade.

○ Les péritonites diffuses

Devant une péritonite diffuse, le diagnostic différentiel avec une autre affection chirurgicale a moins d'importance car il vaut mieux poser l'indication opératoire que faire un diagnostic lésionnel précis. Le problème se pose peu chez l'enfant où la péritonite est presque toujours d'origine appendiculaire. En revanche chez l'adulte le diagnostic peut être plus difficile. L'existence d'un pneumopéritoine permet d'exclure l'origine appendiculaire, mais son absence n'exclut en rien la perforation d'un viscère creux. Plaident en faveur de l'origine appendiculaire le début des douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout l'absence d'élément orientant vers une autre étiologie :

- poussées douloureuses épigastriques antérieures ou prise récente ou continue de médicaments gastro-toxiques évoquant **une perforation gastrique**.
- Les crises douloureuses fébriles ou non, survenues antérieurement dans la fosse iliaque gauche chez un sujet de plus de 50ans évoquent une **péritonite sigmoïdienne**.

-antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques et surtout trouble du rythme, devant faire penser à **l'infarctus mésentérique**.

3-4-1-6) TRAITEMENT :

● **But :**

-Eradiquer le foyer infectieux

-Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

- **Le moyen médical :**

1) La réanimation: c'est le premier temps essentiel, elle associe:

- **la rééquilibration hydro – électrolytique** par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale .
- **la sonde naso- gastrique** nécessaire pour aspirer les liquides de stase gastrique et pour quantifier les pertes hydriques .
- **la sonde urinaire** pour la surveillance de la diurèse horaire et fonction rénale.

2) L'antibiothérapie: doit être:

- précoce.
- active sur les germes aérobies et anaérobies et les gram négatifs
- adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus, liquide péritonéal, hémoculture).

- **La chirurgie:**

Le traitement chirurgical a pour but l'ablation de l'appendice et l'évacuation du pus ainsi que la toilette péritonéale complète.

Classiquement, une péritonite localisée peut être abordée par une voie élective, habituellement dans la fosse iliaque droite, et les péritonites généralisées par une grande voie médiane afin d'assurer une toilette de l'ensemble de la cavité péritonéale avec 10 à 12 litres de sérum salé. Le drainage reste discuté.

Actuellement, les progrès accomplis par la cœlio-chirurgie permettent d'effectuer le lavage péritonéal des péritonites appendiculaires diffuses sans qu'il soit besoin d'ouvrir largement l'abdomen. De cette façon il est possible, par plusieurs trocars, d'effectuer un lavage très complet de la cavité péritonéale et de terminer l'intervention par une appendicectomie sous cœlioscopie. Ainsi, et paradoxalement, ce sont les appendicites les plus graves qui bénéficient le plus du recours à cœlio-chirurgie.

3-4-1-7) RESULTAT:

La gravité est fonction de l'âge du malade, du retard diagnostique. La perforation appendiculaire est une péritonite de bon pronostic avec un taux de mortalité <10%.

Etude pratique

Profil épidémiologique des péritonites appendiculaire

Introduction :

Différents critères intéressants les péritonites appendiculaire ont été analysés afin de dresser le profil épidémiologique tel qu'il est apparu au fil de ces 05 dernières années

cette étude permet de figurer le reflet épiémiologique des péritonites appendiculaire

les critères : sexe, tranche d'age, durée d'hospitalisation, classigation ASA, l'année,,,

Matériels et méthodes

il s'agit d'une étude rétrospective (2007-2011) est protégée sur 32 cas qui ont présentés une préritonite appendiculaire,

l'exploitation des données a été réalisé sur dossiers colligés au niveau de services de chirurgie B CHU Tlemcen

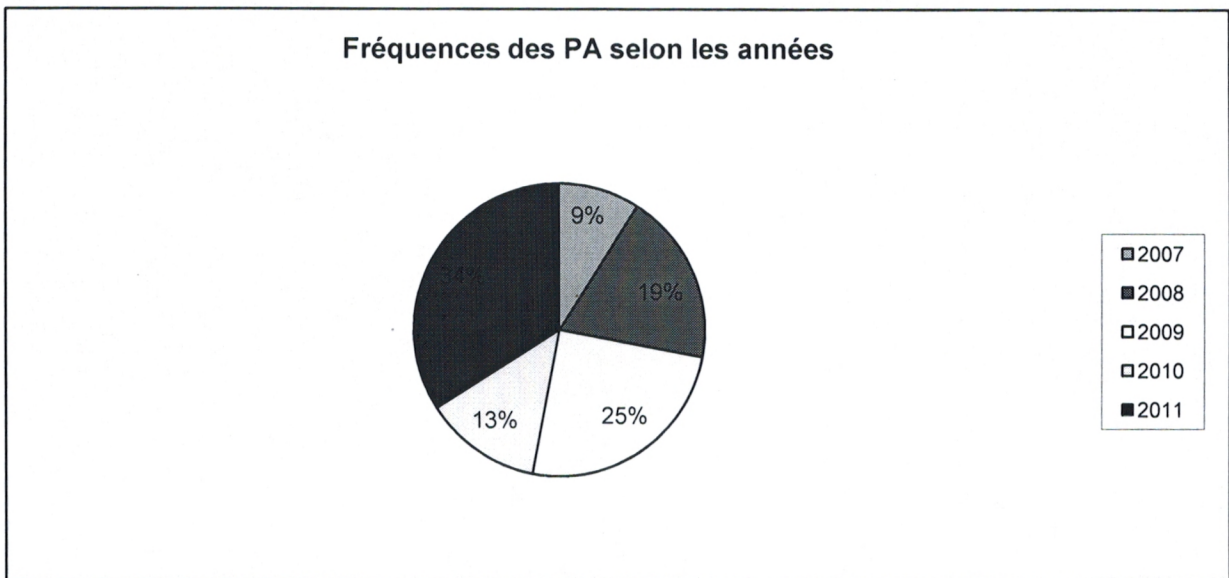
Résultats

Etudes séquentielle annuelle des péritonites appendiculaire (2007-2011) au niveau de CHU Tlemcen

Figure 01:

Fréquences des penitons appendiculaire

les années	effectif	pourcentage
2007	3	9%
2008	6	19%
2009	8	25%
2010	4	13%
2011	11	34%
	32	100%



Discussion :

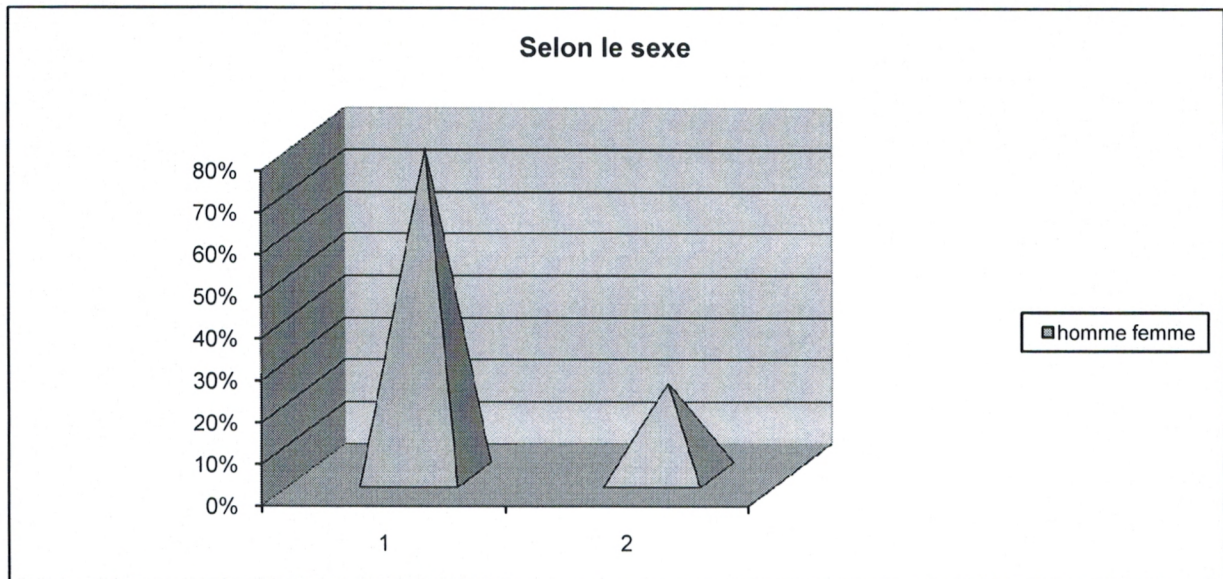
En 2007 la fréquence était très bas

A partir de 2008 on note une recrudescence puis la fréquence suit une régression importante (de 25 à 13%) mais en 2011 on note une réascension avec un pic de 34%

Figure 02

Répartition par sexe des cas péritonites aigue généralisées au niveau de service de chirurgie CHU tlemcen (2006-2011)

le sexe	effectif	pourcentage
homme	25	78%
femme	7	22%
	32	100%



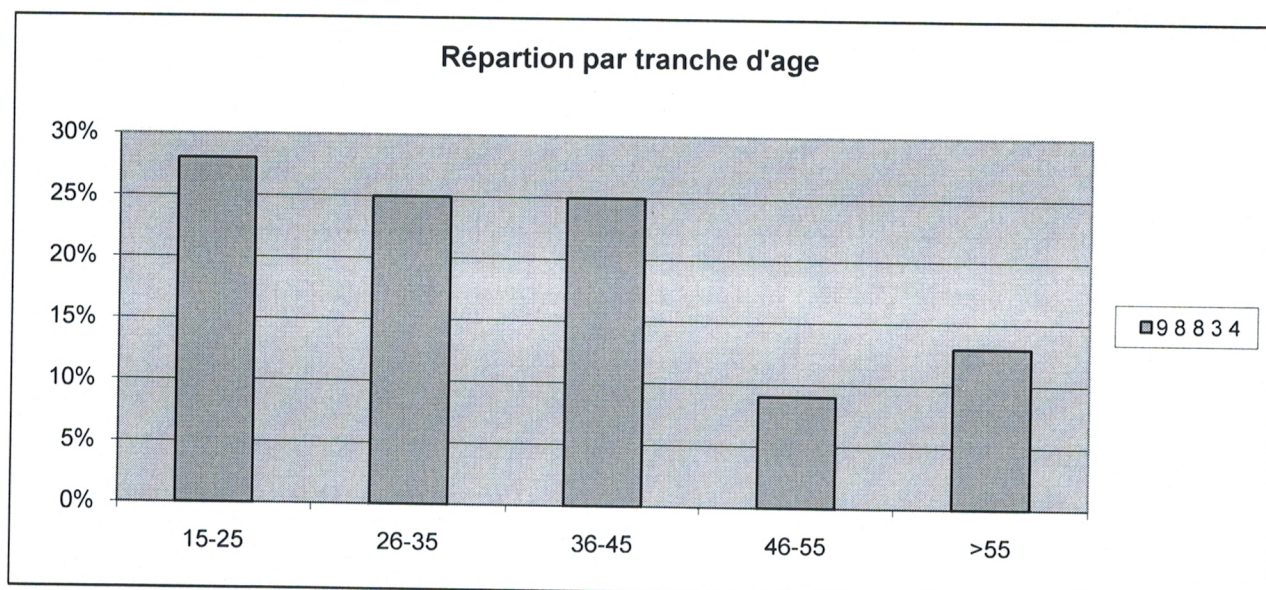
Discussion:

le sexe masculin est nettement dominant par rapport au sexe féminin

Figure 03

Répartition par tranche d'age

la trache	effectif	pourcentage
15-25	9	28%
26-35	8	25%
36-45	8	25%
46-55	3	9%
>55	4	13%
	32	100%



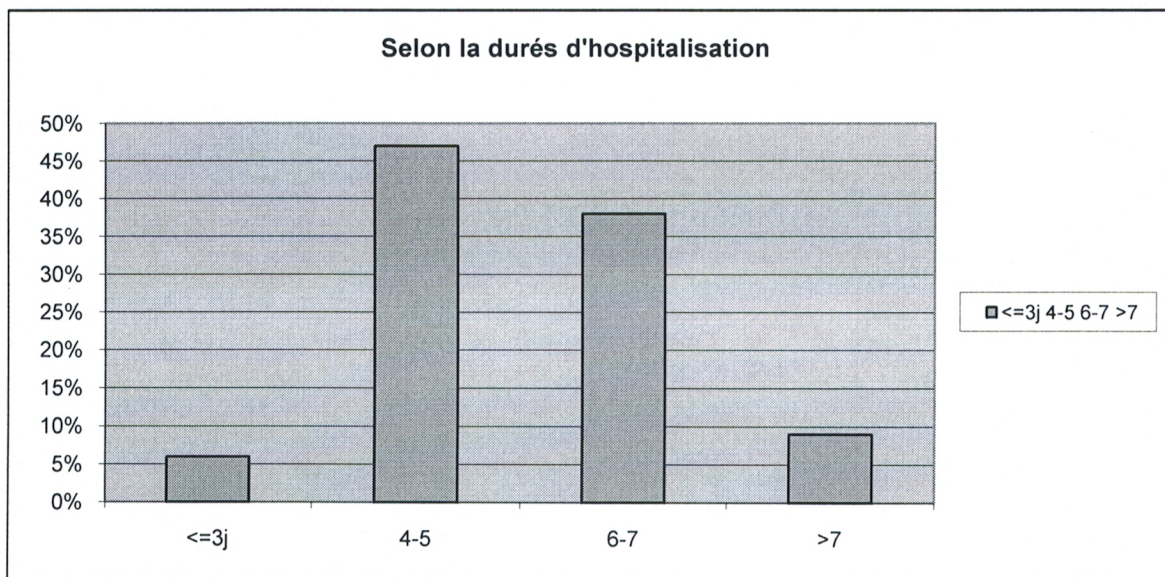
Discussion:

La tranche d'age la plus touchée et entre 15 et 25, suivie par les 2 tranches (26 à 35) et (36 à 45) puis celle supérieure à 55ans

Figure 04:

Répartition selon la durée d'hospitalisation

la durée	effectif	pourcentage
<=3j	2	6%
4-5	15	47%
6-7	12	38%
>7	3	9%
	32	100%



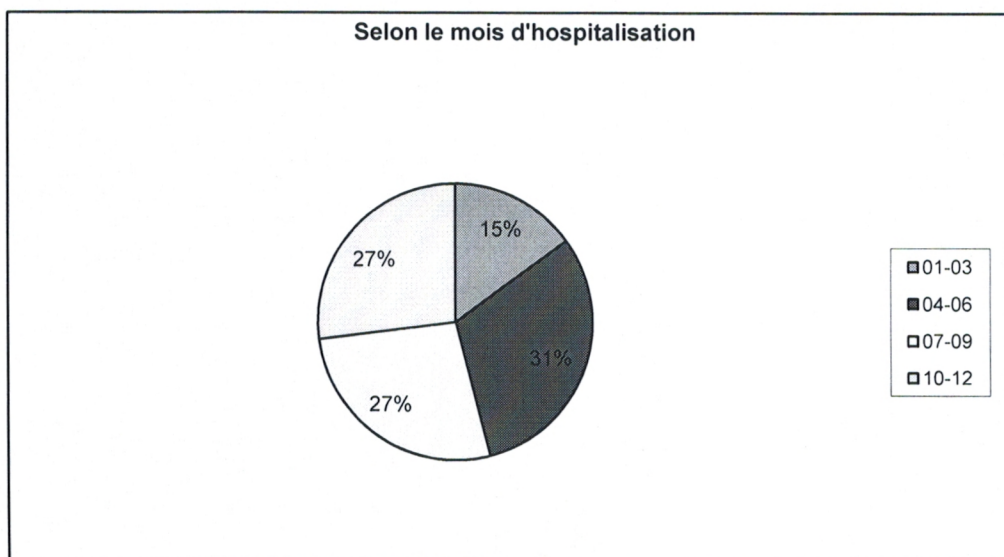
Discussion:

on constate que la plupart des cas des péritonites nécessitent une durée d'hospitalisation moyenne entre 4 et 7 jours

Figure 05:

Répartition selon le mois d'hospitalisation

le mois	effectif	pourcentage
01-03	5	15%
04-06	10	31%
07-09	9	27%
10-12	9	27%
	33	100%



Discussion:

on constate que le taux de malades opérés est presque le même durant les 4 saisons

Figure 06:

Répartition selon le contenu l'echo

signe	effectif	pourcentage
lame	1	3%
epanchement	14	44%
normal	1	3%
abcès	1	3%
abcès+epanchement	2	6%
non faite	13	41%
	32	100%

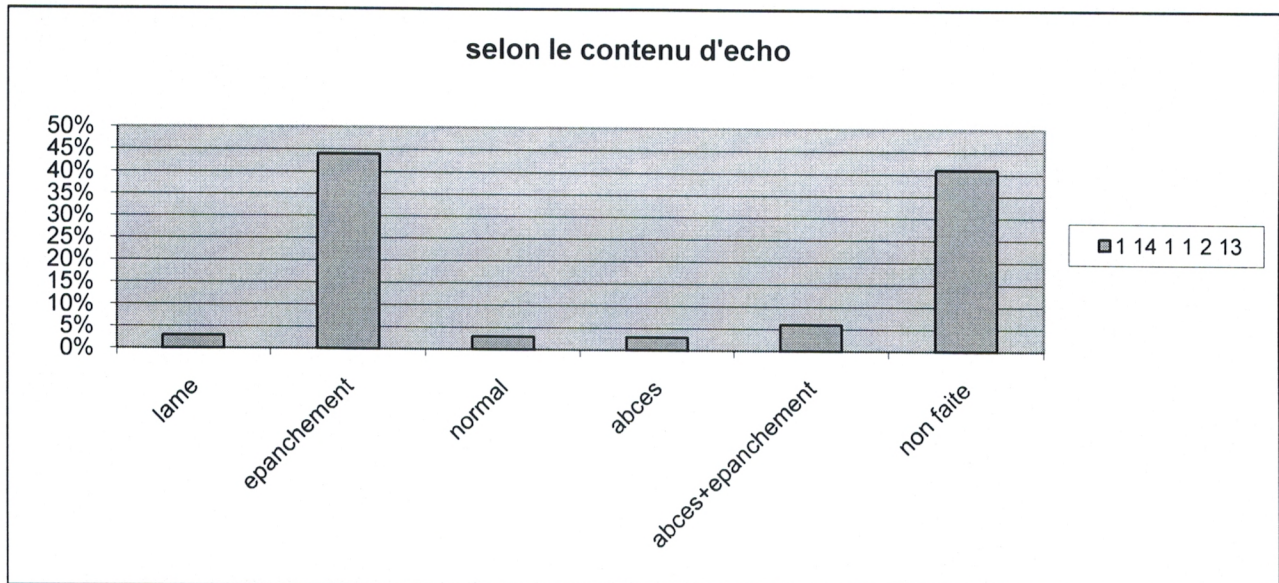
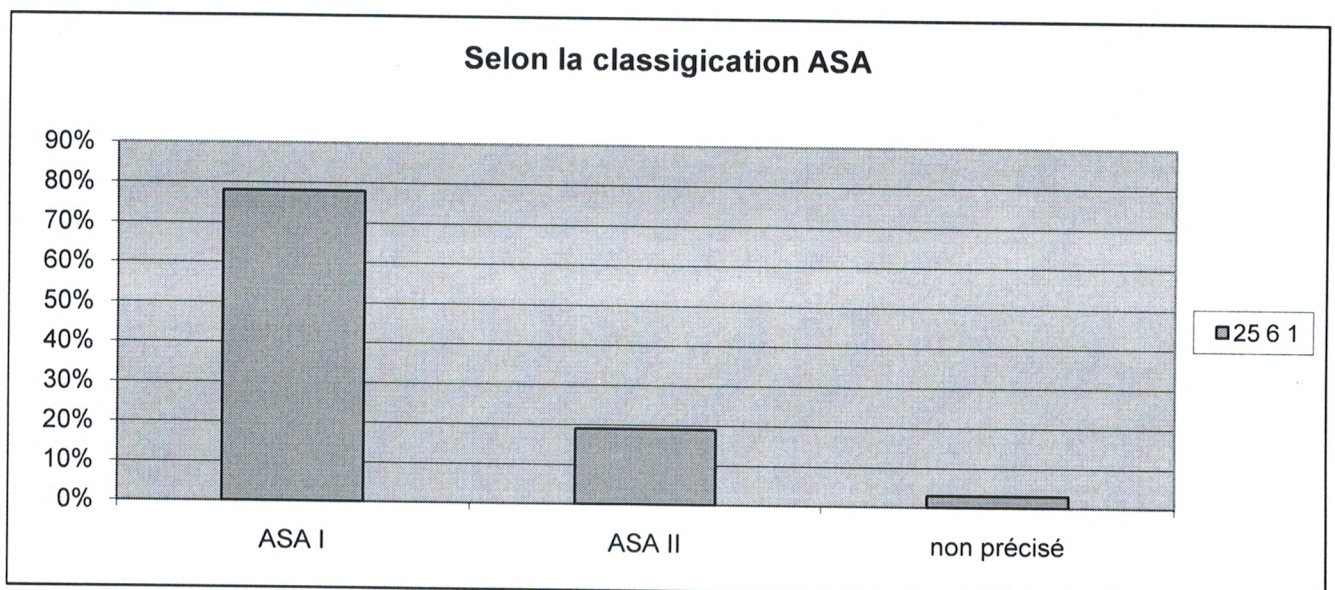


Figure 07 :

Répartition selon la classification ASA (antécédant)

ATCD	effectif	pourcentage
ASA I	25	78%
ASA II	6	19%
non précisé	1	3%
	32	100%



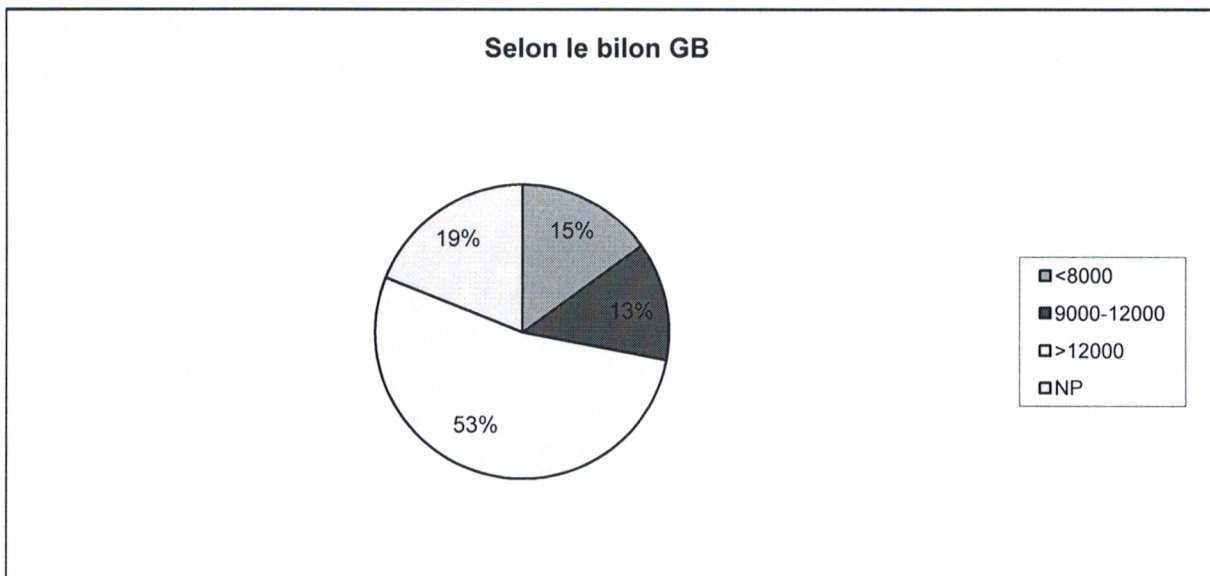
Discussion:

le nombre de malades (ASA I) est nettement dominant par rapport aux autres (ASA II)

Figure 08:

Répartition selon le bilan GB

nb GB	effectif	pourcentage
<8000	5	15%
9000-12000	4	13%
>12000	17	53%
NP	6	19%
	32	100%



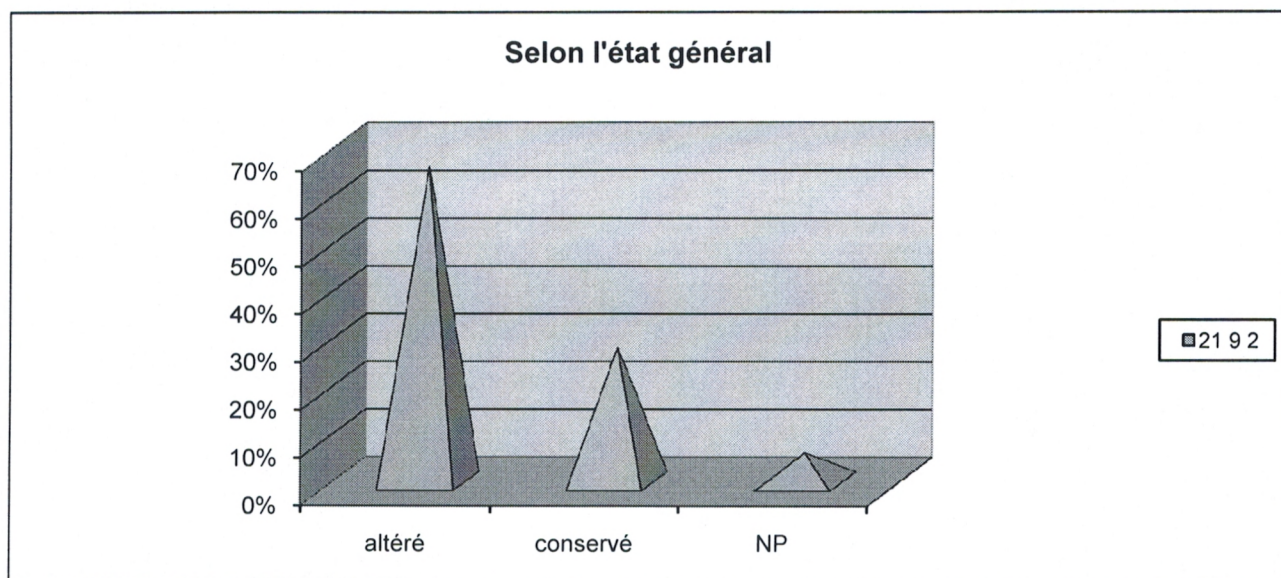
Discussion :

On constate que plus de moitié des malades présentent des nombres de GB élevés (plus de 12,000)

Figure 09:

Répartition selon l'état général

etat général	effectif	pourcentage
altéré	21	66%
conservé	9	28%
NP	2	6%
	32	100%



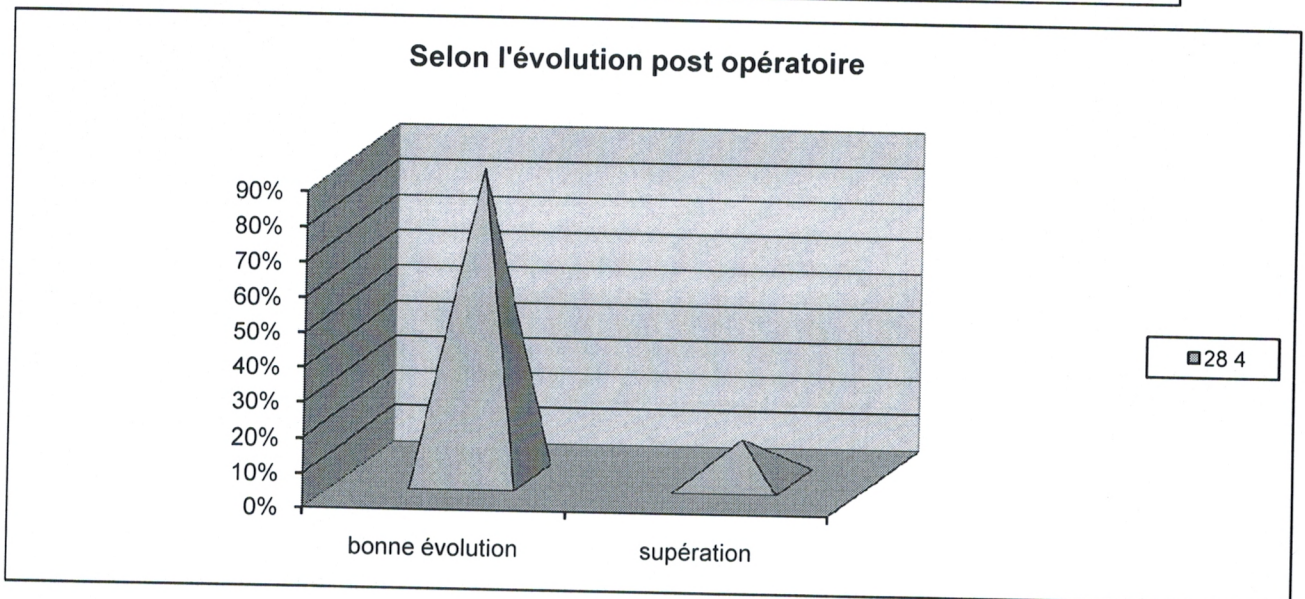
Discussion :

On constate que nos malades au niveau de notre service qui ont un état général altéré présentent un nombre très élevé par rapport aux autres (état général conservé)

Figure 10 :

Répartition selon l'évolution post opératoire

l'évolution	effectif	pourcentage
bonne évolution	28	88%
supération	4	12%
	32	100%



Discussion :

on constate que le taux des malades présente des bonne évolution et netement supérieur par rapport au autres

Conclusion:

Durant la période 2007-2011: 32 patients ont été traités et suivis pour une péritonite appendiculaire et ont bénéficié d'une prise en charge au niveau du service de chirurgie B CHU Tlemcen, La maladie semble être en progression continue avec un pic en 2011, L'homme est plus touché que la femme quelque soit la période étudiée, La péritonite appendiculaire touche surtout la population jeune entre 15 et 45 ans mais elle reste présente après l'age de 55ans (13%) La durée d'hospitalisation au moyenne entre 4 et 7 jours,

Recommandations :

A la population

- Eviter l'automédication
- consulter immédiatement devant toute douleur abdominale.

Aux autorités

- former en nombre suffisant les spécialistes de chirurgie viscérale , de réanir
- Equiper les hôpitaux en moyens matériel et personnel.
- Créer un SAMU
- Mettre en place une sécurité sociale.

Aux personnels sanitaires

- Examiner de façon minutieuse chaque malade.
- Référer dans un bref délai
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire et interservices