

~ i ~

DÉDICACE

A nos chers et tendres parents nous leur dédions ce modeste travail.

Que ce travail, œuvre pionnière de dures labeurs et de fermes déterminations soit pour vous un valeureux objet de joie, de fierté et d'encouragement.

REMERCIEMENTS

A la faculté de médecine de l'université Simon Kimbangu, il est exigé de présenter un travail de fin de cycle au terme de troisième graduat, en vue de l'obtention du diplôme de gradué en Sciences Biomédicales. C'est sous cent angles que nous présentons ce travail.

Nous remercions nos autorités académiques en générale et le recteur MASSAMBA en particulier.

Nous exprimons notre gratitude au Docteur PHANZU MBETE qui nous a proposé ce sujet et en a accepté la direction en dépit de ses multiples occupations. Sa sollicitude et ses judicieux conseils lui valent encore tout notre indéfectible attachement. Sa compétence et son assiduité pour la recherche nous ont efficacement aidés dans l'élaboration de notre travail.

Nos remerciements s'adressent aussi à tous ceux qui ont contribué à notre formation intellectuelle. Que tous les professeurs de la Facultés de Médecine trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous ne saurions passer sous silence tout les personnels de service de chirurgie digestive aux cliniques universitaires de Kinshasa, qui nous ont aidés dans les collectes des données.

Que tous nos frères, sœurs, amis, collègues et compagnons de luttes trouvent ici notre reconnaissance pour leur sympathie et leur encouragement.

Nos remerciements en fin à tous ceux qui de près ou de loin nous ont assisté tant matériellement que moralement.

INTRODUCTION

L'appendicite est une inflammation de l'appendice iléo-caecale. Il s'agit de l'urgence chirurgicale la plus courante. Elle peut survenir à tout âge mais surtout dans la tranche d'âges des personnes de moins de 30 ans, avec une légère prédominance masculine. ⁽¹⁾ Son traitement consiste à l'ablation de l'appendice.

L'appendicectomie est reconnue pour être un traitement sûr et fiable de l'appendicite. Le commun des mortels considère l'appendicectomie comme une intervention chirurgicale relativement simple dans son exécution, un geste bénin, à la portée de tout professionnel de santé. Malheureusement de nombreux patients développent des complications post-opératoires pouvant prolonger ainsi la durée de l'hospitalisation et peuvent même conduire à la mort du patient.

L'appendicite étant un problème fréquent en chirurgie digestive et un problème de santé publique elle intéresse toute catégorie d'âge, notre étude vise à infirmer cette assertion au regard de nombreux cas de complication post-opératoire, voir des décès enregistrés après une appendicectomie.

Contrairement à la croyance populaire dans nos cités, qui considère l'appendicectomie est un acte bénin, facile à la portée de tout le personnel de santé, nous voulons démontrer qu'au regard des multiples complications, morts enregistrés après cette intervention soit disant banale l'appendicectomie ne doit pas être confiée à des mains

⁽¹⁾ Anonyme, « Appendicectomie, disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/appendicectomie>, consulté le 7 octobre 2012 »

incompétentes. La problématique en matière d'appendicectomie peut être formulée de la manière suivante : la croyance populaire rependue dans nos cités considère que l'appendicectomie est un geste banal, çà la portée de l'infirmier.

Comment expliquer alors ces complications, parfois graves qui entraînent une hospitalisation prolongée plusieurs interventions voir mort d'hommes ?

Dans nos pays du tiers monde où les infrastructures hospitalières posent problème, le pronostic de ce genre des complications reste encore sombre. C'est ainsi que dans le cadre de notre travail de fin de cycle, nous avons réalisé cette étude rétrospective aux cliniques universitaires de Kinshasa où des cas de complications post opératoire de l'appendicectomie sont adressés pour une meilleure prise en charge.

Notre objectif général est donc d'évaluer les cas de complication post opératoire pris en charge aux cliniques universitaires de Kinshasa.

Nos objectifs spécifiques sont :

- ❖ Connaître le centre de provenance des patients présentant de complication post opératoire d'une appendicectomie ;
- ❖ Connaître la qualité de l'opérateur ;
- ❖ Identifier la nature de ses complications et leur causes ;
- ❖ Connaître la prise en charge des complications et l'évolution de ces patients.
- ❖ D'évaluer le séjour hospitalier

Ce travail est divisé en deux parties. La première partie théorique consacré à un bref rappelle sur l'anatomie chirurgicale de l'appendice, l'aspect anatomo pathologique de l'appendicite aiguë, les techniques opératoire utilisées, ainsi que les complications de l'appendicectomie proprement-dite. La deuxième partie traite et interprète les données recueillies au centre de recherche.

CHAPITRE I : GÉNÉRALITÉS SUR LES COMPLICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE

I.1. RAPPEL DE L'ANATOMIE CHIRURGICALE DE L'APPENDICE

I.1.1. Caractéristique de l'appendice

l'appendice est la partie terminale atrophiée du coecum, il a un calibre un peu inférieur à celui d'une plume à écrire, sa forme est cylindrique, la longueur de 4 à 12 cm, la direction est ordinairement flexueuse et peut être très variable, en générale descendante, mais quelques fois ascendante en dehors ou en dedans du coecum.

Sa cavité étroite (2 à 7mm) communique avec le coecum par un orifice d'un demi-centimètre environ, qui est souvent oblitéré par un repli. Sa structure le prédispose aux irritations, car il est tapissé d'un tissu semblable à celui des amygdales et, comme elle, est sujet aux inflammations chronique avec poussé aigues. Ses parois on un demi-centimètre d'épaisseur.⁽¹⁾

Il est entouré de tout côté par les péritoines, cavité séreuse qui réagit à l'occasion des inflammations de cet organe (appendice) et contribue pour une large part aux signes de cette maladie.

⁽¹⁾ LAROUSSE, « Larousse médical illustré, » Paris : Librairie Larousse, 1979, p.80.

L'appendice présente sur le plan histologique un polymorphisme tissulaire⁽¹⁾ qui est :

- ❖ Un organe digestif par ses parois ;
- ❖ Un organe lymphoïde par ses follicules clos ;
- ❖ Un organe à potentiel endocrine, en fin, par ses cellules argentaffines de kultschitzky, qui peuvent donner naissance aux tumeurs carcinoïdes.⁽²⁾

I.1.2. DIMENSION ET LOCALISATION DE L'APPENDICE

L'appendice peut varier anatomiquement en rapport avec :

a. La dimension

Les dimensions extrêmes de l'appendice varient entre 2,5 cm et 25 cm.

L'absence complète de l'appendice, en dehors de toute résection opératoire peut aussi être signalée.

b. La fosse iliaque droite

La situation de l'appendice par rapport à la fosse iliaque droite varie avec celle du coecum. En position haute ou basse : coecum médian ou paramédian gauche en cas de mésentère commun, coecum remontant le long du rachis (coecum

⁽¹⁾ Anonyme « Appendicectomie », disponible sur <http://WWW.Vulgaris-médical.Com/encyclopedie/appendicectomie-8909.html>, consulté le 07 octobre 2012.

⁽²⁾ A. LAFFONT et coll. « Encyclopédie Médico-chirurgicale », S.I : éditions techniquesn, 1976, p 259-262.

recurvatum), coecum en situation externe (coecum inversum), coecum extrêmes mobile (coecum flottant), en cas d'anomalie d'accolement du colon droit.

c. Le coecum

La situation de l'appendice par rapport au coecum est elle-même très variable. L'appendice peut occuper toutes les positions d'aiguille d'une montre, dont le centre serait d'implantation coecal de l'appendice. (1)

Ainsi TREITZ a décrit quatre dispositions possible par rapport au caecum : dans le type I ou type foetal, l'appendice nait de la pointe du coecum et se trouve en continuité avec le grand axe droit. Dans le type II, l'appendice nait entre deux bosselures caecales. Dans le type III, le plus fréquent, la partie du coecum d'où nait latéralement l'appendice, est renflée et parait être la pointe du coecum, dans le type IV, enfin, l'appendice nait au voisinage de la valvule iléo-caecale. L'appendice peut être intra-herniaire. (2)

d. Vascularisation

L'appendice est vascularisé par l'altère appendiculaire qui est une branche de l'artère iléo-coeco-appendiculaire.

(1) les agrégés du pharo, « les techniques élémentaire pour médecins isolés : techniques chirurgicales» paris : diffusion maloine 75006, 1981, p 157-159.

(2) Idem.

e. Innervation

L'appendice est innervé par plexus solaire

Il existe d'autres variétés d'appendices dans l'organisme, qui sont :

- ❖ L'appendice de Morgagni qui se trouve dans le larynx ;
- ❖ L'appendice de xiphoïde situé à l'exmité inférieure du sternum ;
- ❖ Les L'appendice épiploïques qui sont des languettes graisseuses plongeant un méso.

I.2. LOCALISATION DE L'APPENDICE

I.2. 1. Formes topographiques

Elle s'explique par la variabilité possible de la position coecum et de la position de l'appendice par rapport au coecum.

a. Appendice retro-caecale

Cette forme compte pour le un cinquième de cas. Les douleurs sont modérées, plus externe que le point de Mac Burney, la fosse iliaque droite est vide. On note un psoïtis, un ballonnement abdominal, une défense au dessus de la crête iliaque. Il n'est pas rare que le diagnostique exacte soit méconnu et que l'évolution se fasse assez fréquemment vers l'abcès.⁽¹⁾

⁽¹⁾ LAROUSSE, « Larousse médical illustré, » Paris : Librairie Larousse, 1979, p.81.

b. L'appendice pelvien

Le tableau peut être typique mais avec de signes plus bas situés. Il peut être trompeur en raison de l'adjonction de signes urinaires ou rectaux. Les touchers pelviens retrouvent une vive douleur à droite. L'évolution se fait vers la constitution d'un abcès du cul-de-sac de Douglas.

c. Appendice sous hépatique

Ici la douleur est sous-costale, similaire une cholécystite

d. Appendicite meso-coeliaque (devant le promontoire)

Ille réalise un tableau d'occlusion fébrile.

e. Situs inversus

C'est une inversion de place des viscères, d'origine congénital, les organes habituellement situés d'un côté ou de l'autre du corps, de façon total ou partielle (dans ce cas les organes ont simplement une déviation de leur position normale). Exceptionnellement la symptomatologie peut être inversée.

I.3. APPENDICITE AIGUË ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I.3.1. Appendicite aiguë

C'est une inflammation le plus souvent non spécifique de l'appendice iléo-caecal, il s'agit d'une affection très fréquente dont le diagnostic impose en règle une intervention d'urgence car son pronostique est imprévisible et la nature des lésions

appendiculaires totalement indépendante de la clinique. De plus il faut souligner la multiciplicité de leurs tableaux cliniques.

Très diverses et ne correspondant aux divers tableaux cliniques les lésions rencontrées sont :

- ❖ En passant par l'abcès appendiculaire : appendice turgescent, présentant à sa base ou à sa pointe une véritable poche absédée.
- ❖ A la perforation de cet abcès en péritoine libre avec épanchement purulent intra péritonéal.

Mais ces lésions ne sont pas les seuls, les germes et l'allure évolutive pouvant le modifier. Ainsi il faut ajouter à cette description :

- ❖ Nécroses purement muqueuses, responsables de l'appendicite toxique chez l'enfant ;
- ❖ Le sphacèle appendiculaire : appendice « feuille morte », se perforant vite : c'est le péritoine putride avec le liquide de louche dans le péritoine, due à des germes anaérobies.

Cette inflammation de l'appendice aiguë passe par plusieurs étapes qui peuvent ou non suivre :

a. Appendicite aiguë carrhale

Elle est caractérisée par une congestion, un œdème de la paroi appendiculaire et un exsudat riche en neutrophiles. Cette forme se présente comme une simple inflammation (un pelu

rouge, turgescence avec un méso hyper vascularisé mais sans abcédation). La réaction péritonéale est minime.

b. Appendicite aiguë suppurative

Ulcération de la paroi appendiculaire et formation des poches de pus disséminées dans la paroi.

L'augmentation du volume est nette, l'appendicite est turgescence et son contenu séropurulent. Histologiquement, la muqueuse présente des ulcérations et une infiltration leucocytaires. Dans cette forme, il y a toujours une réaction péritonéale type séropurulente.

c. Appendicite aiguë gangreneuse

La gangrène peut être localisée, plaque de feuille morte perforée ; ou être diffuse de façon massive. Tout l'appendice apparaît flasque, flottant dans un pu nauséabond. Cette évolution est consécutive à une obstruction vasculaire. Il a donc nécrose et infection.

Histologiquement, il y a destruction complète de tous les éléments de la paroi.

Les poches de pus entraînent une nécrose de l'appendice.

d. Appendicite perforée

Conséquence d'une fragilisation de la paroi qui se rompt sous l'influence d'une distension de la lumière par les

pus. La perforation appendiculaire entraîne un péritonite. (Locale ou diffuse).

I.3. Description des techniques de l'invention chirurgicale

L'appendicectomie est pratiquée pour une infection aiguë ou chronique de l'appendice. Les lésions peuvent laisser l'appendice libre, ou au contraire lui faire contracter des adhérences avec le coecum, les parois de l'abdomen, l'intestin grêle, l'épiploon et l'annexe droite. Ces adhérences sont la cause des difficultés opératoires.

L'appendicite peut être le point de départ d'une suppuration localisée à la région caeco-appendiculaire, ou généralisée à la grande cavité péritonéale, ou d'abcès à distance.

L'appendice peut également être frappé, en totalité ou en partie, de gangrène, et se perforer. On conçoit que la technique doive s'adapter à ces différentes éventualités.⁽¹⁾

I.3.2. APPENDICECTOMIE A FROID

Il faut réaliser l'appendicectomie et faire l'hémostase, l'appendice doit être sectionné au ras du coecum. L'hémostase est assurée par la ligature du méso-appendiculaire qui contient l'artère appendiculaire.

a. Technique de Mac Burney

❖ Disposition opératoire : Décubitus dorsal ;

⁽¹⁾ QUENU Jean, LOYGUE jean, PERROTIN, O Claude, MOREAUX jean, « opération sur les parois de l'abdomen et le tube digestif », Paris : Masson et cie, 1967, p 791.

- ❖ Incision des téguments : Iliaque droite, oblique ne en bas et en dedans presque horizontale, longue de 6 à 8 cm, ayant son milieu à 2 travers de doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Hémostase de quelques petits vaisseaux,
- ❖ Incision de l'aponévrose du grand oblique se fait suivant la même ligne ;
- ❖ Division de la couche musculaire profonde : les 2 lèvres de l'incision aponévrotique sont en leur milieu et maintenues écartées par 2 pinces à mors fins confiées à l'aide. Ainsi apparait le muscle petit oblique a aponévrotique en dedans, charnu en dehors. Tendre alors et soulever le plan musculaire entre une pince à disséquer tenue de la main gauche et, un centimètre plus bas, une pince de kocher, placées l'une et l'autre à la jonction dus rouge et du blanc. De sa main gauche, l'aide maintien alors écartée la lèvre externe de l'incision aponévrotique et, libérant sa main droite, saisit la pince de kocher.

A partir du pli soulever par les 2 pinces, diviser ce plan musculaire dans le sens de ses fibres, c'est-à-dire transversalement : petit oblique d'abord transverse ensuite. Ne pas commencer trop en dedans : on tomberait dans la gaine du droit. Parfois, surtout chez les sujets très musclés, il faut reprendre la deuxième couche musculaire dans les pinces pour l'attirer vers l'extérieur.

On ne saurait trop recommander d'éviter de se servir, pour ces temps, des écarteurs de Farabeuf qui, s'ils ouvrent la

plaie opératoire ou tout au moins ses plans superficiels, en repoussent le fond et, sauf chez les sujets maigres et aux muscles peu développés, rendent encore plus profonde le puit dans lequel on travaille.

Parfois, on blesse une petite artériole verticale dont il faut assurer l'hémostase par ligature ou coagulation sur pince.

Sous le transverse, une couche de tissu cellulaire lâche, habituellement peu épaisse, puis le fascia transversale, membrane fibreuses, mince mais assez résistante, plus ou moins intimement accolée au péritoine.

- ❖ Incision du péritoine : avec précaution, à côté de la pince à disséquer, transversalement dans toute la longueur de la plaie. Alors on peut introduire 2 écarteurs de Farabeuf ou mieux l'écarteur de Charrier.

Au fond de la plaie, l'appendice est parfois visible. Sinon, il faut trouver le coecum que l'on reconnaît à sa couleur, il est blanc. Si des anses grêles le recouvrent, les refouler doucement en dedans et au besoin les maintenir sous un petit champ ou à la rigueur sous une valve étroite confiée à l'aide.

Le coecum, toujours extrême et postérieur, peut être haut situé et apparaître à l'angle supéro-externe de l'incision pariétale. Avant de l'attirer, s'assurer que l'on n'aperçoit pas l'appendice au moins l'angle iléo-caecal dans lequel il s'inscrit. Il peut être bas, débordant au-dessous de la plaie opératoire. Avant de saisir ce qui est bien souvent déjà le colon ascendant,

essayer de refouler dans l'abdomen vers le haut, au tampon montré ou à la pince à anneaux non serrée, la paroi colique puis le fond caecal.

- ❖ **Section et ligature de la méso-appendicite** : une ou deux pinces sont placées sur le meso, bien perpendiculairement à l'artère à peu de distance du coecum. Ligature au fil non résorbable fin ;
- ❖ **Section et ligature de l'appendice** : L'appendice est maintenu à la verticale et sectionner à sa base, au ras du coecum ;
- ❖ **Réduction** : Avant de réduire, s'assurer que l'hémostase est parfaite. Plusieurs complications postopératoires ne sont dues qu'à une petite hémorragie non contrôlée. Le fil de ligature de l'appendice coupé, le coécum réintègre l'abdomen généralement de lui-même. si cependant il a été trop généreusement extériorisé, le réduire doucement par pression manuelle en exprimant d'abord les gaz, tandis que l'aide accentue la traction sur les écarteurs ;
- ❖ **Fermeture de la paroi** : Plan par plan, péritoine, périmysium, aponévrose à point séparés de fil fin 0 ou 00, catgut, lin ou nylon peu importe agrafes ou fil sur la peau.

b. Variantes

- ❖ **La coeliotomie médiane** : Si l'on excepte le cas où la situation franchement pelvienne ou gauche coecum aurait été démontrée par la radiographie, n'est indiquée que si

l'on veut qu'en même temps l'appendicectomie traite une lésion associée, utérine ou annéxielle par exemple.

- ❖ **L'incision de Jalaguier** : Est tracée sur le relief extrême du muscle grand droit. Elle comporte successivement l'incision du feuillet antérieur de la gaine, la reclinaison du muscle en dedans, l'incision du feuillet postérieur de la gaine et du péritoine ;
- ❖ **L'incision de Walther** : Parallèle à la précédente à 1 ou 2 en dehors, sectionne perpendiculairement les fibres du petit oblique et du transverse dans leur court segment aponévrotique.

L'une comme l'autre sont bonnes, d'exécution facile, peuvent être aisément prolongées vers le haut ou le bas, mais sont de réparation moins anatomique et partant, moins solide que l'incision de Mac Burney.⁽¹⁾

I.3.2. Appendicectomie à chaud

Lorsqu'on intervient pour une appendicite aiguë, l'indication principale reste la même : l'appendicectomie. Mais un nouveau facteur entre en ligne de compte : l'infection aiguë, virulente, tantôt limitée à l'organe, tantôt propagée à son voisinage, tantôt diffusée dans la cavité péritonéale entière. La

⁽¹⁾ QUENU Jean, LOYGUE Jean, PERROTIN, O Claude, MOREAUX Jean, « opération sur les parois de l'abdomen et le tube digestif », Paris : Masson et cie, 1967, p 792-797.

technique doit s'inspirer de ces différentes conditions, et notamment pour la question du drainage.

I.4. LES COMPLICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE PROPREMENT DITES

I.4.1. Origines des complications

Les complications postopératoires peuvent être dues à une mauvaise cicatrisation du moignon appendiculaire, aux infections, une hémorragie suite à une mauvaise ligature de l'altère appendiculaire. Les occlusions par brides adhérentielles et éventration constituent des complications tardives.

I.4.2. Types des complications

Les complications peuvent être :

❖ *Précoces et communes à toute chirurgie*

- ✓ Hémorragie : (Hémophilie); une mauvaise ligature de l'artère appendiculaire
- ✓ Infection : Abscès de paroi (4%), dont l'incidence c'est vue nettement diminuée depuis l'avènement de la technique coelioscopique. Les abcès peuvent être également intra-péritonéaux, il s'agit de péritonites cloisonnées (localisé : abcès de cul de sac de Douglas, et pelvien, abcès sous phrénique). péritonite post-opératoire par lâchage de moignon ou nécrose du bas fond coecale.
- ✓ Des pathologies Thrombo-emboliques ; (hypercoagulabilité)

- ✓ Syndrome du cinquième jour : Au cinquième jour post-opératoire se réalise un tableau de péritonite avec état général conservé par fonte purulente du moignon ou inoculation opératoire. Autres fois fréquent chez l'enfant, il n'est pratiquement plus observé après coelioscopie.⁽¹⁾

❖ **Tardive ;**

- ✓ Eventration ;

Est l'extériorisation dans le tissu sous cutané d'un sac péritonéal et de son contenu (épiploon, intestin), par un orifice de la paroi abdominale. Ce dernier est acquis : cicatrice chirurgicale, post traumatique. Cette éventration a les mêmes caractéristiques qu'une hernie : non douloureuse, réductible, expansive à l'effort, impulsive à la toux. En repère la cicatrice qui va avec. Elle peut devenir doubleuse, s'engouer (devenir difficilement réductible) voir s'étranglé (devenir irréductible : si elle contient du tube digestif, le transit va s'arrêter et patient se mettra en occlusion intestinale) puis le tube digestif peut se nécroser, donnant une péritonite.

Facteur favorisant l'éventration : l'infection de la cicatrice reste le facteur de risque principal. Tous les facteurs pouvant augmenter transitoirement ou durablement la pression intra-abdominale telle que toux répétée vomissement, occlusion intestinal

⁽¹⁾ Anonyme, « Appendicectomie, disponible sur [http : //fr. Wikipedia.org/Wiki/ appendicectomie](http://fr.wikipedia.org/wiki/appendicectomie), consulté le 7 octobre 2012 »

prolongée ou obésité, favorisant la survenue d'une éventration. Une chirurgie réparatrice d'un anévrisme de l'aorte abdominal augmente sensiblement les risques de cette complication. La présence d'une maladie du tissu élastique, tel qu'un syndrome de l'Ehlers-Danlos ou atteinte de collagène et élargissement un facteur de risque.

Elle est plus fréquente après une laparotomie médiane ou transverse. Le seul traitement curatif est chirurgical. Il n'est pas toujours nécessaire.

Parmi le traitement chirurgical nous pouvons citer les différentes techniques suivantes :

❖ ***Sutures aponévrotiques ou raphies ;***

❖ ***Plastie aponévrotique ;***

❖ ***Prothèse pariétale.***

✓ Occlusion intestinale : Dans le premier mois par adhérences, plus tardivement par bride.

A. L'occlusion intestinale

Elle est dominée par le fait de l'infection de la péritonite. C'est un iléus paralytique inflammatoire.

Elle peut guérir sans réintervention, par une thérapeutique non opératoire. Les accidents d'occlusion intestinale se voient surtout après les opérations pour les appendicites aiguës graves avec abcès, péritonite localisée ou péritonite diffuse. L'infection péritonéale engendre l'occlusion en

paralysant l'intestin, mais ces anses dilatées, inertes, recouvertes de fausses membranes, peuvent s'agglutinés, se fixe, se couder dans les positions mettant obstacle au transit. A l'inertu intestinal s'ajoute alors la gêne mécanique qui aggrave et complète l'occlusion.⁽¹⁾

Le traitement de l'occlusion intestinale après les opérations d'appendicite aiguë peut être formulé comme il suit :

1° Lutter contre l'infection, d'abord et avant tout par les antibiotiques les plus actifs contre le colibacille, l'entérocoque, le streptocoque, à doses importantes, par voie intramusculaire ou intraveineuse suivant le cas.

2° vider l'intestin en rétention : L'aspiration continu doit être installée précocement, dès les premiers signes d'alarme, sans attendre les vomissements, le météorisme.

3° Alimenter le malade par le voie parentérale seule évidemment, avec les précautions qui ont été indiquées plus haut.

Dans la plupart des cas, le traitement ainsi conduit amène une amélioration rapide la fièvre tombe, les vomissements cessent, au bout de 3 ou 4 jours la douleur s'apaise, le météorisme abdominal diminue, la diurèse augmente, des gaz

⁽¹⁾ QUENU Jean, LOYGUE jean, PERROTIN, O Claude, MOREAUX jean, « opération sur les parois de l'abdomen et le le tube digestif », Paris : Masson et cie, 1967, p 810.

sont évacués par l'anus, tandis que la sonde remmène un liquide plus claire, moins abondant.

Le péristaltisme intestinal est retrouvé. On peut alors interrompre périodiquement l'aspiration, faire des tentatives prudentes d'alimentation per os, en fin enlever la sonde, diminuer puis arrêter les perfusions.

Parfois après une amélioration, les troubles réapparaissent. Il faut reprendre le traitement remettre la sonde si elle avait été enlevée, jusqu'à la guérison qu'affirmera le retours complet et définitif du transit intestinal.

L'occlusion est évidemment d'autant plus grave qu'elle survient après une opération pour appendicite aiguë ou péritonite appendiculaire. Elle est aussi, dans ce cas, bien difficile à reconnaître.

La reintervention chirurgicale dans les délais les plus courts, est indispensable. Elle permet de faire le nécessaire, toilette péritonéale, situé de l'orifice intestinal, ou, au pire, extériorisation.

B. Les abcès ou phlegmons de la paroi abdominale

Des suppurations graves et étendues de la paroi pouvaient s'observer, créant de vaste décollements, remontant jusqu'au flanc, jusqu'à l'aisselle, revêtant l'allure terrible des phlegmons gangreneux et entraînant la mort. La suture inopportune des plans pariétaux en est la cause.

C. Les abcès à distance, dits abcès métastatiques

Ces abcès peuvent provenir éventuellement manifester leur présence après l'intervention. Ce ne sont pas à proprement parler des complications postopératoires. Les abcès du foie, les abcès sous-phréniques, les pleurésies purulentes droites, illustrés par les magistrales descriptions de Dieulafoy, étaient fréquents à une époque où l'intervention d'urgence n'était pas encore entrée dans les mœurs.⁽¹⁾

D. Les abcès résiduels

Tout différents des précédents, les abcès résiduels, beaucoup moins graves, ne constituent que des séquelles, des reliquats d'une infection en voie d'extinction.

Ils peuvent se développer sur place, au niveau du foyer drainé, ou à son voisinage immédiat. Le plus souvent, ils se font spontanément jours vers la peau, suivant le trajet du drain. Ces abcès n'ont aucune gravité.

E. Les fistules purulentes

Presque toujours, elles sont dues à l'existence, dans la profondeur, d'un fil non résorbable. Elles se ferment dès que ce fil est éliminé.

⁽¹⁾ QUENU Jean, LOYGUE jean, PERROTIN, O Claude, MOREAUX jean, « opération sur les parois de l'abdomen et le le tube digestif », Paris : Masson et cie, 1967, p 812.

F. Les fistules stercorales

On en voit à la suite d'opérations pour appendicites graves, et après drainage par mèches non protégées.

Elles se produisent au bout de quelques jours et ne donnent habituellement passage qu'aux gaz et à peu de matières.

Les fistules de petit calibre ont tendance à guérir spontanément. Les fistules plus larges, celles qui persistent, doivent faire l'objet d'une cure opératoire.

G. Hémorragie profuse par la plaie

Cette complication rare mais terrible des appendicites suppurées ne devraient plus être mentionnée. Elle est due en effet à l'ulcération de l'artère iliaque externe ou de sa branche par un drain de caoutchouc laissé en place trop longtemps.

En présence d'une telle hémorragie, il faut d'abord faire, si l'on peut, la compression digitale puis écarter largement les bords de la plaie pour lier l'artère et d'autre de l'ulcération.⁽¹⁾

⁽¹⁾ QUENU Jean, LOYGUE jean, PERROTIN, O Claude, MOREAUX jean, « opération sur les parois de l'abdomen et le tube digestif », Paris : Masson et cie, 1967, p 812.

CHAPITRE II : MATÉRIELS ET MÉTHODES

II.1. Matériels (patients)

Nous avons effectués notre recherche dans le service de chirurgie digestive aux cliniques universitaires du 30 août 2012 au 01 septembre 2012.

❖ *Effectif*

La présente étude porte sur un nombre total de 25 dossiers des patients hospitalisés aux cliniques universitaires de Kinshasa pour les complications post-opératoires d'une appendicectomie.

❖ *Critère d'exclusion*

Nous avons exclus de notre travail le patient hospitalisé en chirurgie, pour un diagnostic qui ne se rapporte pas aux complications de l'appendicectomie ainsi que les paramètres suivants :

La profession, niveau d'étude, et la qualité d'opérateur.

❖ *Critère d'inclusion*

Nous avons retenus tous les dossiers dont les patients ont présentés des complications à la suite d'une appendicectomie.

❖ *Période d'étude*

Notre travail est une étude rétrospective couvrant une période allant du 18 avril 2008 au 28 janvier 2012.

II.2. Méthodes

Nous avons consultés les dossiers des patients ainsi que les registres d'hospitalisations pour recueillir les informations.

❖ Paramètres d'étude

Nous avons recueillie premièrement les infirmations concernant l'identification des malades notamment l'âge, le sexe, le centre de provenance, le lieu d'habitation. En suite les informations concernant la maladie à savoir l'intervalle de temps comprise entre l'appendicectomie et la survenu des complications, les manifestations cliniques, le diagnostique, le traitement et l'évolution des patients, la durée d'hospitalisation.

Sur le plan statistique nous avons considéré les moyennes ou les fréquences.

CHAPITRE III : LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Tableau n°01 la répartition des patines selon le sexe.

Sexe	Nombre de cas	%
Masculin	13	52
Féminin	12	48
Total	25	100

Ce tableau nous montre que 52 % de patients étaient de sexe masculin.

Tableau n° 02 : Répartition des patients selon les tranches d'âges

Age	Nombre de cas	%
10-20	7	28
21-31	8	32
31-42	3	12
43-53	4	16
54-64	2	8
65-75	1	4
Total	25	100

Le plus grand nombre des patients présentant des complications suite à l'appendicectomie se recrutent dans la tranche d'âge comprise entre 21-31ans.

Tableau n° 03 : Répartition des patients selon le lieu d'habitation

Commune	Nombre de cas	%
Kimbanseke	7	28
Kisenso	6	24
Ngaba	3	12
Makala	3	12
Kitambo	1	4
Bumbu	1	4
Matete	1	4
Lemba	1	4
Mont-ngafula	1	4
Bandalungwa	1	4
Total	25	100

L'analyse de ce tableau nous renseigne sur l'origine des malades par commune, (il a été constaté la plus par provient de 4 commune : la commune de kimbanseke occupe la première place avec 7malades soit 28% des cas, est suivie par la commune de kisenso avec 6 cas soit 24% et de Makala avec 3 cas soit 12% ainsi que Ngaba avec 3 cas soit 12%)

Tableau n°04 : Répartition des patients présentant des complications de l'appendicectomie en fonction de leurs provenances

Centre de provenance	Nombre de cas	%
Kikimi	7	28
Centre médicale Gloria	4	16
<i>Polyclinique et maternité Mangembo</i>	2	8
Mama yemo	2	8
Hôpital de la Banque centrale	2	8
Clinique bon secours	1	4

Centre de santé arche de Noé	1	4
Centre médicale Tata	1	4
S ^t Gabriel	1	4
Kan médical center	1	4
Polyclinique miséricorde de Kintambo	1	4
C.S. Lemba	1	4
Centre médical Béatitude	1	4
Cliniques universitaires de Kinshasa	0	0
Total	25	100

Le tableau n° 03 révèle que la totalité de cas des complications de l'appendicectomie proviennent de centres médicaux périphériques.

Tableau n° 05 : le temps écoulé entre l'intervention et la survenue des complications.

Jours	Nombre de cas	%
0-7	4	16
8-14	12	48
15-21	1	4
22 au delà	8	32
Total	25	100

Ce tableau fait voir que la majorité des complications de l'appendicectomie surviennent à la deuxième semaine.

Tableau n°06 : le symptôme

symptômes		Nombre de cas	%
Fièvre		17	68
Vomissement		12	48
Arrêt des matières et de gaz		10	40
Constipation		4	16
céphalée		3	12
Douleur	Généralisé	10	40
	localisée	9	36
Nausée		3	12
Difficulté urinaire		2	8
Diarrhée		0	0

Ce tableau fait voir que la majorité de patients soit 48% présentent comme symptômes dominant la fièvre.

Tableau n°07 : Signes cliniques

Signes cliniques		Nombre de cas	%
Ballonnement		11	44
tachycardie		9	36
Péristaltisme	Présent	9	36
	Absent	9	36
Défense	localisée	2	8
	Généralisé	3	12
Psoïtes		0	0

Ce tableau nous fait voir que 44% des patients présentent le ballonnement de ventre comme signes cliniques.

Tableau n° 08 : Type de complications

Type de complications		Nombre de cas	%
Fistule stercorale		7	28
Péritonite	Localisée	6	24
	généralisée	4	16
Abscesses de paroi		5	20
Autres		5	20
Occlusion intestinale		5	20
Hémopéritoine		1	4

Ce tableau ne montre que 28% des patients présentant la fistule stercorale comme complication.

Tableau n° 09 cause des complications

Cause des complications	Nombre de cas	%
Lâchage du moignon	12	48
Infection	6	24
Autres	6	24
Hémorragie	2	8

Ce tableau révèle que la cause de 48 % de cas de complication rencontrée était le lâchage moignon appendiculaire.

Tableau n°10 : Traitement

Traitement		Nombre de cas	%
Toilette péritonéal		10	40
Intervention chirurgicale	suture	10	40
	stomie	1	4
Antibiothérapie seul		2	8
Soins locaux		2	8
Total		25	100

Dans ce tableau nous voyons que l'intervention chirurgicale avec suture a été réalisée dans 40 %de cas suivie également de toilette péritonéale.

Tableau n°11: Evolution

Evolution		Nombre de cas	%
Guérison	Sans séquelle	23	92
	Avec séquelle	0	0
Décès		2	8
Total		25	100

Dans ce tableau nous remarquons qu'il y a eu 8% soit 2 cas de décès à la suite des complications ; 92% des patients ont évolués vers une guérison totale.

Tableau n° 12 : Durée d'hospitalisation

Jours	Nombre de cas	%
0-7	2	8
8-14	2	8
15-21	1	4
22 au delà	20	80
Total	25	100

Ce tableau nous montre que 80% des patients présentant comme complication suite à l'appendicectomie ont passé plus de 22 jours d'hospitalisation.

DISCUSSION ET COMMENTAIRE

A la lumière de notre étude sur les complications post-opératoire de l'appendicectomie aux cliniques universitaire de Kinshasa, nous avons constaté que 100% des cas de complications observées proviennent des centres médicaux périphériques.

Dans notre investigation, nous n'avons pas pu fournir les informations concernant la qualité de l'opérateur ainsi que la profession de patient hospitalisé parce que ce la n'a pas été signalé dans les dossiers des malades.

Vu que les appendicectomies réalisées au cours de notre période d'étude aux cliniques universitaires n'ont pas évolué vers des complications post-opératoires et que la totalité des complications venaient d'ailleurs, nous avons pu déduire que la cause serait une intervention par les mains non expertes des personnels soignant de ces centres médicaux. Ou le manque d'un bon équipement médical.

Nous avons constate qu'il y a eu plus de cas complications chez les sexes masculins, soit 52%, que chez sexes féminins, 48%. Ceux-ci est en accord avec certains auteurs⁽¹⁾ qui rencontre dans leur littérature que cette affection atteint plus hommes que les femmes. Les examens paracliniques réalisés ne nous ont pas permis de bien mener nos investigation car les malades n'étaient pas soumis de façon systématique aux bilans

⁽¹⁾ Op.cit, cfr introduction

recommandé et que quelques examens demandés, dans beaucoup de cas on n'a pas mentionné les résultats dans les dossiers des malades.

Les complications post-opératoires ont plus intéressé la population dont l'âge est compris entre 21 à 31 ans, en raison de 32%. Ces données confirment celles de la littérature (1) qui rapporte que l'appendicite aiguë est une affection qui appelle fréquemment les jeunes adultes. Le type de complication qui prédominait était la fistule stercorale pour 28% de patients, suivie de péritonite localisée pour 24% de patients. L'évolution de ces complications, après pris en charge, était vers une guérison totale pour 92% de cas et 2% de décès. Ces cas de décès sont dus au lâchage du moignon appendiculaire, prise en charge tardivement. La prise en charge de ces cas de complications consistait en une intervention chirurgicale principalement, où une suture a été réalisée dans 40% des cas et une toilette péritonéale également. Cette prise en charge était faite par des mains expertes et des matériels non spécialisés. Certains auteurs affirment que les complications post-opératoires d'une appendicectomie prise en charge tardivement peuvent conduire à la mort.

¹ Op.cit, cfr introduction

RÉSUMÉS

A l'issue de ce travail, nous pouvons déduire que :

- ❖ L'appendicectomie pratiquée par des gents non entraînés demeure périlleuse. Malgré que ceci n'a pas été clairement prouvé dans notre travail, nous en avons déduis par, le fait que toute les complications provenaient des centres périphériques.
- ❖ 48% de cas de ces complications post-opératoire sont dominés par lâchage du moignon appendiculaire ;
- ❖ 100% des cas de complications post-opératoire proviennent des centres médicaux périphériques ;
- ❖ 48% de ces complications sont survenu dans deux semaines suivant l'appendicectomie. La complication la plus observée était la fistule stercorale, soit 28% de cas et le traitement dans 40% de cas des complications était une intervention chirurgicale avec suture, également la toilette péritonéal dans 40% de cas
- ❖ Après l'analyse de l'origine de patient nous avons constaté que la commune de kimbanseke occupe la première place avec 7malades soit 28% des cas, est suivie par la commune de kisenso avec 6 cas soit 24% et de Makala avec 3 cas soit 12% ainsi que Ngaba avec 3 cas soit 12%).
- ❖ Nous avons constaté sur le plan de sexe que 52% soit 13 cas. de complications intéressent le sexe masculin contre 48% soit 12 cas sexe féminin
- ❖ La mortalité post-opératoire reste faible si la prise en charge de ces complications est précoce et correcte.

RECOMMANDATION

A l'issue de ce travail les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- ❖ Que l'Etat Congolais fournisse les matériels médicaux nécessaire et assure la formation du personnel de santé a fin que ce dernier soit en mesure de donner les soins de qualités à la population ;
- ❖ Que toutes les interventions chirurgicales si mineures soient elles, soient réalisées par des médecins dont la compétence en la matière est reconnue ; Néanmoins en milieu isolé certaines intervention pourraient être réalisé par un personnel infirmier entraîné.
- ❖ Que l'Etat Congolais défisse une bonne politique sanitaire en vue de réduire le coût de pris en charge dans les centres spécialisés pour que la population cesse de se confiée aux centres privés ou les prix ne sont pas exorbitants ;
- ❖ Que la population soit suffisamment informée pour préférer les structures sanitaires spécialisées où il y a les soins de qualités.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. A. LAFFONT et coll, « encyclopédie médico-chirurgicale», S.L : éditions techniques, 1976,473p.
2. Anonyme, « Appendicectomie», disponible sur <http://fr.Wikipédia.Org/Wiki/appendicectomie>, consulté le 7 octobre 2012.
3. Anonyme, « Appendicectomie», disponible sur [http:// WWW.Vulgaris-médical.Com/encyclopédie/appendicectomie-8909.Html](http://WWW.Vulgaris-médical.Com/encyclopédie/appendicectomie-8909.Html), consulté le 7 octobre 2012.
4. Addis DG, Shaffer N, Fowler BS, tauxe Rv, « the epidemiology of appendicitis and appendicetomy in the wited states (archive)» , S.l: Am. J. épidemiol,s 1990, 132p.
5. Larousse, “ Larousse medical illustré”, Paris: Librairie Larousse, 1979, 1425 p
6. les agrégés du pharo « Les techniques élémentaires pour medecins isolés : techniques chirurgicales», Paris : éditions maloine 75006,1981,250p.
7. Ms. BALMES et coll, « chirurgie DCM,» S.l : centre d'imprimerie-faculté de médecine, S.d. (1987-1988), 141-167p
8. M.P. Kestens, « chirurgie du tube digestive», S.l : centre d'impulsion bénévole cercle médical saintèluc, sd (1977-1978) 280 p

9. QUENU jean, Loygue jean, PERROTIN Claude. D, MOREAUX Jean, « opération sur les parois de l'abdomen et le tube digestif », Paris : Masson et cie, 1967, 1231 p.

10. J. QUENU, CH. JAQUELIN et L. LEGER : « Mémoires académique chirurgical », S.1 : s.é, 30 janvier 1952, n°4-5, p12

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS	II
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LES COMPLICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE	4
I.1. RAPPEL DE L'ANATOMIE CHIRURGICALE DE L'APPENDICE	4
I.1.1. <i>Caractéristique de l'appendice</i>	4
I.1.2. <i>DIMENSION ET LOCALISATION DE L'APPENDICE</i>	5
I.2. LOCALISATION DE L'APPENDICE	7
I.2.1. <i>Formes topographiques</i>	7
I.3. DESCRIPTION DES TECHNIQUES DE L'INVENTION CHIRURGICALE	11
I.3.1. <i>APPENDICECTOMIE A FROID</i>	11
I.3.2. <i>Appendicectomie à chaud</i>	15
I.4. LES COMPLICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE PROPREMENT DITES	16
I.4.1. <i>Origines des complications</i>	16
I.4.2. <i>Types des complications</i>	16
CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES	23
II.1. MATERIELS (PATIENTS).....	23
II.2. METHODES.....	24
CHAPITRE III : LES RESULTATS DE LA RECHERCHE	25
DISCUSSION ET COMMENTAIRE	32
RESUMES	34
RECOMMANDATION	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
TABLE DES MATIERES	38