

Appendicites aiguës méso-céliquales : à propos de 19 cas au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry (Guinée)

Acute meso-cecal appendicitis: a report of 19 cases from the department of visceral surgery at Donka national hospital, Conakry teaching hospital (Guinea)

Baldé TM²¹, Baldé MA², Sylla H¹, Diallo MSK¹, Soumah Y², Traoré L², Sylla A¹, Barry MS², Diallo AA¹, Touré I¹, Kamara S², Camara FL¹

1. Service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry

2. Service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry

Auteur correspondant : Thierno Mamadou 2 Baldé, service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry ; Téléphone : (+224)622512626 ; E-mail : goulgoule72@gmail.com

Reçu le 23 juin 2025 - Accepté le 11 août 2025 - Publié le 29 août 2025

RESUME

Introduction : le but était de déterminer la problématique de prise en charge de l'appendicite aiguë méso-céliquale dans le service.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020, ayant concerné tous les dossiers des patients admis et opérés dans le service dont le diagnostic per opératoire avait été l'appendicite aiguë méso-céliquale.

Résultats : nous avons colligé 19 cas d'appendicite méso-céliquale. L'âge moyen des patients était de 32,36 ans avec une prédominance féminine (63,2%). Le tableau clinique était celui d'un syndrome occlusif avec fièvre. La voie d'abord chirurgicale était dominée par l'incision médiane sus et sous ombilicale (63,2%). L'appendicite était phlegmoneuse dans 36,8% et perforée dans 26,3% des cas. Une appendicectomie a été réalisée dans tous les cas. Les suites opératoires étaient simples dans 84,2% (n=16). Nous avons noté 2 cas de suppuration pariétale (10,5%) et un décès (5,3%).

Conclusion : l'appendicite aiguë méso-céliquale est rare et pose un problème de diagnostic préopératoire. L'amélioration du pronostic nécessite une prise en charge précoce.

Mots clés : appendicite aiguë méso-céliquale, prise en charge, hôpital national Donka, Guinée

SUMMARY

Introduction: the aim was to determine the issues in managing acute meso-cecic appendicitis in the department.

Patients and Methods: this was a descriptive retrospective study from January 1, 2016, to December 31, 2020, involving all patient files admitted and operated on in the department where the intraoperative diagnosis was acute meso-cecic appendicitis.

Results: we collected 19 cases of meso-cecic appendicitis. The average age of patients was 32.36 years, with a female predominance (63.2%). The clinical presentation was that of an occlusive syndrome with fever. The main surgical approach was a midline supra- and infra-umbilical incision (63.2%). The appendicitis was phlegmonous in 36.8% and perforated in 26.3% of cases. An appendectomy was performed in all cases. Postoperative outcomes were uncomplicated in 84.2% (n=16). We noted 2 cases of parietal suppuration (10.5%) and one death (5.3%).

Conclusion: acute meso-cecic appendicitis is rare and poses a problem for preoperative diagnosis. Improving the prognosis requires early management.

Keywords: acute meso-cecic appendicitis, management, Donka National Hospital, Guinea

INTRODUCTION

L'appendicite aiguë mésocoeliale est une inflammation aiguë de l'appendice quand celui-ci est orienté dans le derrière le mésentère iléo colique [1]. Elle résulte de l'inflammation transmurale de l'appendice vermiculaire sous l'influence des facteurs mécaniques, environnementaux, génétiques ou infectieux [2,3]

L'appendicite aiguë est l'une des principales causes d'abdomen aigu dans le monde et son diagnostic doit être évoqué devant tout abdomen aigu. Si le diagnostic est fait souvent précocement, il peut être rendu difficile par une présentation clinique atypique, des variations et localisations de l'appendice [3,4].

L'appendicite aiguë méso-cœliaque représente la forme clinique la moins connue en raison de sa rareté [5]. Dans ce contexte l'appendice est situé au milieu des anses. L'inflammation entraîne un iléus réflexe. Le tableau clinique est celui d'une occlusion fébrile [5].

L'appendicite mésocoeliale est rare comme l'attestent les données de la littérature, elle représente 0,5 à 1,16% dans différentes séries occidentales [6,7].

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur 5 ans allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020. L'étude a porté sur les dossiers des patients admis et opérés dans le service chez les quels l'appendicite aiguë méso-cœliaque a été retrouvée en peropératoire.

Les variables épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques ont été analysées.

Résultats : l'appendicite aiguë méso-cœliaque a représenté 1,11%, soit 19 cas sur 1705 interventions chirurgicales abdominales dont 285 cas d'appendicectomies.

La tranche d'âge 14 – 23 ans a été la plus touchée (n=9) 47,37%. L'âge moyen des malades était de 32,36 ans avec des extrêmes de 14 et 60 ans. On notait 12 femmes et 7 hommes soit des fréquences respectives de 63,2% et 36,8 %.

Les motifs de consultation étaient dominés par la douleur abdominale, la fièvre, l'arrêt des matières et gaz et la distension abdominale avec respectivement 100%, 100%, 92% et 89%. Le délai moyen de consultation était de 7,5 jours. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale et intubation orotrachéale et la médiane sus et sous ombilicale avait été utilisées dans tous les cas. La voie d'abord chirurgicale était dominée par l'incision médiane sus et sous ombilicale (63,2%). Nous avons réalisé l'appendicectomie dans tous les cas. Le tableau I

résume les formes anatomopathologiques observées de l'appendice. Les suites opératoires ont été simples dans 16 cas (84,21%). Nous avons enregistré 10 cas (10,53%) de suppurations pariétales et 1 décès (5,26%). La durée moyenne de séjour hospitalier était de 9,36 jours avec des extrêmes de 1 et 26 jours.

Tableau I : répartition des cas selon les formes anatomopathologiques

Formes anatomopathologiques	Nombre des cas	%
Appendicite phlegmoneuse	7	36,8
Appendicite perforée	5	26,3
Appendicite catarrhale	4	21,1
Appendicite gangréneuse	3	15,8
Total	19	100

DISCUSSION

L'appendicite méso-cœliaque est rare et représente 0,5 à 1,16% dans les séries occidentales [6, 7] et 2,06 à 9,4% [4, 5] en Afrique du sud du Sahara.

Les variations anatomiques atypiques de l'appendice résultent soient d'une migration anormale du cœcum lors de sa rotation embryologique soit d'une variation de la direction du cœco-appendice [8].

L'âge moyen rapporté par plusieurs auteurs [9, 10, 11] est similaire à celui rencontré dans notre étude et, contrairement à notre étude, les auteurs rapportent une prédominance masculine [9, 11].

Les pathologies inflammatoires gynécologiques comme les salpingites provoqueraient une irritation de la séreuse appendiculaire et entraîneraient une appendicite par contiguïté. Ce qui pose parfois des problèmes diagnostiques et conduit à des appendicectomies abusives. Aussi certaines filles après l'ovulation, l'éclatement du follicule de De Graaf est accompagné de douleurs abdominales à partir du 16^{ème} jour [4, 5, 7, 11].

Il est admis que lorsque l'appendice se trouve derrière le mésentère iléo colique, il ne peut entrer en contact avec le péritoine pariétal antérieur, c'est ce qui explique qu'en cas d'inflammation, la douleur et la sensibilité manifestent ailleurs que dans la fosse iliaque droite. D'où le retard à la consultation [12].

Dans notre contexte, l'appendicite aiguë peut être confondue souvent à un accès palustre, à une parasitose, une entérite. La pratique de l'automédication expliquerait ces longs délais de consultation.

Dans d'autres travaux publiés notamment africains [13, 14], ces signes physiques sont considérés jusqu'à preuve du contraire comme évocateurs d'une appendicite aiguë en milieu africain. Cependant, Ali N

et Aliyu S [15] ont conclu qu'il n'existe aucun signe précis, qui permet d'affirmer le diagnostic d'appendicite aigue, même la défense de la fosse iliaque droite considérée par certains comme un signe pathognomonique d'appendicite.

Les difficultés diagnostiques sont multiples en raison d'un éventail de diagnostics différentiels encore enrichi par la variation anatomique du cœco-appendice, la symptomatologie fruste, le terrain et les antécédents particuliers des patients [9].

Le diagnostic souvent difficile et retardé, doit être connu par tous les médecins qui prennent en charge une population de patients d'âge variable [9].

Le doute diagnostique impose une échographie ou un scanner abdominal en urgence évitant ainsi les retards opératoires sources des complications éventuelles. Il faut donc opérer précocement devant un faisceau d'arguments clinique, biologique et radiologique à défaut une forte présomption suffit [9].

Le traitement de l'appendicite aigue est chirurgical, il se fait soit par voie classique en passant par le point de Mac Burney ou par voie cœlioscopie.

Dans les occlusions fébriles, la voie médiane permet une ouverture facile, une exploration complète, une appendicectomie moins laborieuse, une économie musculaire et nerveuse ; une fermeture facile.

La fréquence élevée des formes compliquées et la longue durée d'hospitalisation dans notre étude, pourraient s'expliquer par le retard à la consultation, l'automédication, le siège péri ombilical de la douleur et la difficulté diagnostique devant certains cas

CONCLUSION

L'appendicite méso-cœliaque est rare dans notre contexte et prédomine chez les sujets jeunes de sexe féminin. La symptomatologie clinique est celui d'une occlusion fébrile.

Les complications post opératoires bien qu'évitables sont dominées par la suppuration pariétale et le décès. L'amélioration du pronostic passe par la consultation rapide, l'arrêt de l'automédication et la prise en charge rapide des malades.

REFERENCES

1. **Gomes CA, Abu-Zidan FM, Sartelli M, Coccolini F, Ansaloni L, Baiocchi GL, et al.** Management of Appendicitis Global y Based on Income of countries (MAGiC) study. *World J Surg.* 2018 ; 42 (12):3903-10
2. **Bhangu A, Soreide K, Verios DA, Assarsson JH, Drake FT.** Acute appendicitis : modern understanding of pathogenesis, diagnosis and management. *The Lancet* 2015 ; 386 (10000):1278-87
3. **Sartelli M, Baiocchi GL, Verios DA, Ferrara F, Labricciosa FM, Ansaloni L, et al.** Prospective observational study on acute Appendicitis world wide (POSAW). *World J Emerg Surg WJES* 2018 ; 13 : 19
4. **Essomba A, Masso-Misse P, Bob'Oyondo JM, Sosso MA, Malonga E.** Appendicite aigue mésocoeliaque : à propos de trois observations. *Médecine d'Afrique noire* : 1996,43 (10) : 561-564
5. **Magagi IA, Adamou H, Adakal O, Habou O, Doutchi M et al.** Appendicite aigue et ses complications dans un pays à ressources limitées : étude d'une série de 254 patients à l'hôpital national de Zinder, Niger. *J Afri chir Digest* 2019 ; Vol .19(2) :2792-2796
6. **Bastien J, Leconte PH, Leconte D.** Réflexions sur une série de cinq milles appendicectomies, sem. Hop. Paris. 1987,63 (5) : 285-297
7. **Varlet F, Targieu D, Cottalorda J, Cavallo G et Chavrier Y.** Appendicectomies chez l'enfant. *Mac BURNEY ou chirurgie sous laparoscopie.* *Lyon Chir.* 1994,90 (5). 353-358
8. **Larsen WJ.** Embryologie humaine. De Boeck, 2011
9. **Yanguedet M, Tsouassa Wa Ngono GB, Nzoulouto DS et al.** Les appendicites atypiques de l'adulte au CHU de Brazzaville. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 9-17
10. **Assefa Z, Gyesuse A.** Acute appendicitis in children admitted to Zewditu Memorial Hospital. *Ethiop Med J.* 2014; 52(4):189-95
11. **Harouna Y, Amadou S, GAZI M, Gamatie Y, Abdou I et al.** Les appendicites au Niger : pronostic actuel. *Bull Soc Pathol Exot*, 2000 : 93 (5) : 314-316
12. **Bonkougou PG, Sanou A, Zida M, Ouangre E, Sano D, Traore SS.** Les appendicites aiguës chez les patients de plus de 50 ans au CHU Yalgado Ouédraogo. A propos de 47 cas. *Rev CAMES-Série A*, 2012 ; 13(2):275-277
13. **Adamou H, Amadou Magagi I, Habou O, Adamou M, Magagi A, Adakal O, et al.** Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder, Niger. *Eur Sci J.* 2015; 11(12): 251-62
14. **Zoguéréh DD, Lemaître X, Ikoli JF, Delmont J, Chamlian A, Mandaba JL, et al.** Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui (Central African Republic): epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. *Cahiers d'études et de recherches francophones* 2001; 11: 117-25
15. **Ali N, Aliyu S.** Appendicitis and its surgical management experience at the University of Maiduguri Teaching Hospital Nigeria. *Niger J Med* 2012;21(2):223-6