

Péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire : fréquence et prise en charge au service de chirurgie générale du Centre Médical Communal de Ratoma (Guinée)
Acute generalised peritonitis of appendicitis origin: incidence and management in the general surgery department of the Ratoma municipal medical centre (Guinea).

Diallo MA, Bah TS, Théa K, Barry IBS, Diawara AM, Ouendouno ML, Camara FL

Faculté des sciences et techniques de la santé, université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

Auteur correspondant : Diallo Mamadou Abdoulaye, Email : diallomdouabdoulaye@gmail.com Téléphone : (+224) 628831469

Reçu le 07 janvier 2026 - Accepté le 21 avril 2026 - Publié le 29 avril 2026

RESUME

Introduction : le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge des péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire au sein du service de chirurgie générale du centre médical communal de Ratoma.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 3 ans (janvier 2021 – décembre 2023). L'étude a inclus tous les dossiers de patients admis et opérés pour une péritonite aiguë généralisée dont l'origine appendiculaire a été confirmée en peropératoire.

Résultats : sur 57 cas de péritonites aiguës généralisées recensés, 27 étaient d'origine appendiculaire (47,3 %). L'âge moyen des patients était de $22,9 \pm 12,3$ ans avec une prédominance masculine (sex-ratio de 1,4). Les élèves et étudiants constituaient la couche socio-professionnelle la plus touchée (66,6 %). La douleur et la défense abdominales étaient constantes (100 %), suivis de la fièvre (74). La prise en charge chirurgicale a consisté en une appendicectomie associée à une toilette péritonéale suivie de drainage. Les suites opératoires ont été simples dans 77,7 % des cas. Nous avons enregistré une mortalité de 7,4 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de $15 \pm 3,28$ jours (extrêmes : 9 et 22 jours).

Conclusion : les péritonites appendiculaires demeurent une urgence chirurgicale fréquente dans notre contexte. Le retard de consultation et de prise en charge reste le principal facteur de morbidité, soulignant la nécessité d'une sensibilisation accrue pour un diagnostic précoce.

Mots-clés : péritonite aiguë généralisée, appendicite, prise en charge, Ratoma, Guinée

SUMMARY

Introduction: the aim of this study was to evaluate the management of acute generalized peritonitis of appendicitis origin within the general surgery department at the Ratoma Municipal Medical Center.

Patients and methods: this was a retrospective descriptive study covering a 3-year period (January 2021–December 2023). The study included all medical records of patients admitted and operated on for acute generalized peritonitis whose appendicitis was confirmed intraoperatively.

Results: out of 57 cases of acute generalized peritonitis identified, 27 were of appendicitis origin (47.3%). The mean age of the patients was 22.9 ± 12.3 years, with a predominance of males (sex ratio of 1.4). High school and college students constituted the most affected socioeconomic group (66.6%). Abdominal pain and guarding were constant (100%), followed by fever (74%). Surgical management consisted of an appendectomy combined with peritoneal debridement followed by drainage. The postoperative course was uneventful in 77.7% of cases. We recorded a mortality rate of 7.4%. The mean length of hospital stay was 15 ± 3.28 days (range: 9 to 22 days).

Conclusion: appendiceal peritonitis remains a common surgical emergency in our setting. Delays in seeking medical care and in treatment remain the primary factors contributing to morbidity and mortality, underscoring the need for increased awareness to facilitate early diagnosis.

Keywords: acute generalized peritonitis, appendicitis, management, Ratoma, Guinea

INTRODUCTION

Complication évolutive ou inaugurale de l'appendicite aigue, la péritonite aiguë généralisée (PAG) d'origine appendiculaire réalise l'extension d'une infection appendiculaire soudaine à l'ensemble de la cavité péritonéale [1,2]. Il s'agit d'une urgence chirurgicale majeure, qui impose une hospitalisation immédiate et une prise en charge thérapeutique rapide [2]. En Afrique subsaharienne, elle représente un défi de santé publique majeur. Malgré les avancées de l'anesthésie-réanimation, elle y présente une morbi-mortalité nettement plus élevée que dans les pays développés [3,4]. Si le diagnostic est avant tout clinique, il est souvent complété par des examens paracliniques dont l'accès reste limité dans les structures sanitaires à ressources réduites [5]. Le pronostic vital dépend étroitement de la précocité du diagnostic et de l'instauration du traitement. Cependant, la sévérité de cette pathologie est encore accentuée par des retards fréquents de prise en charge [6]. Sur le plan technique, si l'approche laparoscopique est privilégiée pour certaines étiologies, la laparotomie demeure, par nécessité, la voie d'abord de référence en milieu rural [7]. Dans ce contexte, le présent travail a pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire au sein du service de chirurgie générale du CMC de Ratoma.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, à visée descriptive et analytique, portant sur une période de 3 ans (janvier 2021 – décembre 2023). Le travail a été réalisé au sein du service de chirurgie du Centre Médical Communal (CMC) de Ratoma, à Conakry (Guinée). Nous avons colligé les dossiers des patients hospitalisés et opérés pour une péritonite aiguë généralisée (PAG) d'origine appendiculaire. Pour être inclus, chaque dossier devait impérativement comporter l'état civil du patient, une observation clinique complète, le compte rendu opératoire ainsi que les données du suivi postopératoire. Les données recueillies et analysées ont porté sur les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 27 cas de péritonite aiguë généralisée (PAG) d'origine appendiculaire représentant 5,1 % de l'ensemble de l'activité chirurgicale du service, 5,8 % des urgences chirurgicales abdominales et 47,3 % de la totalité des péritonites aiguës généralisées opérées durant cette période. La répartition de sa fréquence hospitalière par rapport aux autres pathologies chirurgicales est présentée dans le tableau I.

Tableau I : répartition des cas par rapport aux autres pathologies chirurgicales

Pathologies chirurgicales	Effectifs	%
Appendicites aigues	205	39,2
Hernies étranglées	201	38,5
Péritonites aigues généralisées	57	10,9
Péritonite d'origine appendiculaire	27	5,1
Occlusions intestinales Aigues	24	4,5
Autres	8	1,4
Total	522	100

L'âge moyen des patients était de $22,9 \pm 12,3$ ans, avec des extrêmes de 8 et 54 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 28-37 ans (40,7 %). Nous avons noté une prédominance masculine (59,2 %) avec un sex-ratio de 1,4. Les élèves et étudiants étaient les plus touchés (66,6 %), suivis par les ouvriers (18,5 %).

Le délai moyen de consultation était de $7,1 \pm 3,6$ jours après l'apparition des premiers symptômes (extrêmes : 2 et 14 jours). L'automédication a été quasi systématique (88,8 %, n=24), tandis que 11,2 % des patients (n=3) ont eu recours à la médecine traditionnelle avant leur admission. La douleur abdominale était constante (100 %), fréquemment associée à des vomissements (88,8 %). La fièvre était le signe le plus fréquent (74 %), suivie de l'asthénie physique (40,7 %). À l'examen, la défense abdominale généralisée et le cri ombilical ont été observés respectivement chez 85,1 % et 81,4 % des patients. Le bilan préopératoire incluant le groupage sanguin et facteur-rhésus, le bilan d'hémostase, la glycémie et la sérologie virale a été systématique. La numération formule sanguine (NFS) n'a été réalisée que chez 15 patients (55,5 %) et le bilan rénal (urée, créatininémie) chez seulement 4 patients (14,8 %). La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), réalisée chez tous les patients, révélait une grisaille diffuse dans 24 cas et des niveaux hydro-aériques dans 3 cas. L'échographie abdominale a été réalisée dans 59,2 % des cas.

Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge périopératoire (réanimation pré, per et postopératoire). La voie d'abord chirurgicale a été systématiquement une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. La répartition des formes topographiques de l'appendice est détaillée dans la Figure 1. L'appendice était gangréné et perforé dans 59,3% des cas (figure 2)

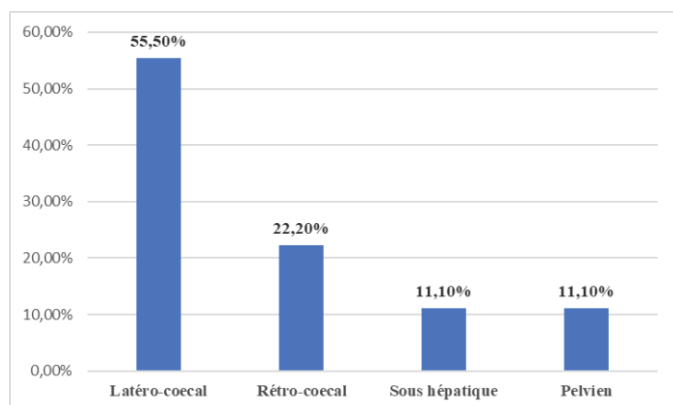


Figure 1 : répartition des cas de selon le siège de l'appendice (N=27)

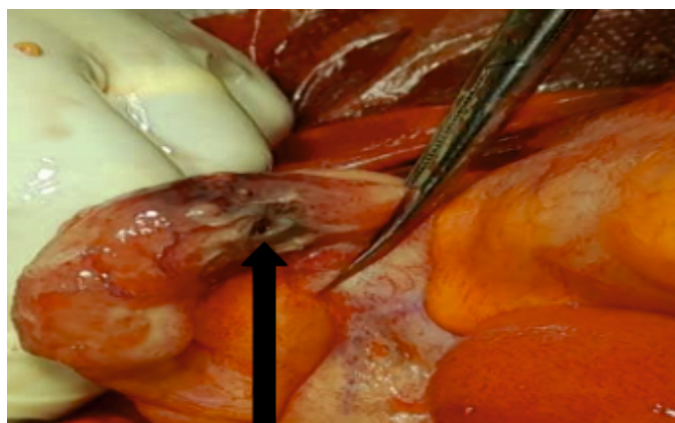


Figure 3 : Image d'une gangrène appendiculaire perforée à sa base

L'acte opératoire a consisté systématiquement en une appendicectomie, associée à une toilette péritonéale abondante et à un drainage de la cavité abdominale. Le prélèvement de pus pour étude cytotbactériologique, ainsi que l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, ont été réalisés de manière systématique. Le protocole médical périopératoire a reposé sur une perfusion de solutés hydroélectrolytiques, une antibiothérapie probabiliste, une analgésie adaptée. Une prophylaxie thromboembolique par l'exonaparine a été instaurée au cas par cas, selon les facteurs de risque des patients.

Les suites opératoires ont été simples dans 21 cas (77,7%). La morbidité marquée par l'infection du site opératoire était de 14,8% (n=4). La mortalité était de 7,4% (n=2).

Le choc septique était la cause des décès enregistrés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 15,07 $\pm$ 3,28 jours, avec des extrêmes de 9 et 22 jours.

DISCUSSION

La fréquence des péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire dans notre série était de 47,3 %. Ce taux est supérieur à ceux rapportés en Guinée par Yattara et al. (41,6 %) [12] et Soumaoro et al. (23,4 %) [2]. À l'inverse, il demeure inférieur aux 55,2 % rapportés par Conaté et al. au Mali [8]. Ces

disparités de fréquence pourraient s'expliquer par la variabilité de la taille des échantillons et les spécificités des cadres d'étude (centres de référence versus centres communaux). Conformément à la littérature africaine [2,9], la péritonite appendiculaire est l'apanage du sujet jeune de sexe masculin. Nous avons noté une prédominance masculine (sex-ratio de 1,4), quoique inférieur à celui de Baldé en Guinée (72 % d'hommes ; sex-ratio de 2,4) [9]. Cette tendance masculine pourrait être corrélée à une plus grande prudence diagnostique chez la jeune fille, où toute douleur de la fosse iliaque droite impose souvent une appendicectomie de principe pour écarter un diagnostic différentiel gynécologique. Toutefois, il convient de souligner que le sexe ne constitue pas en soi un facteur pronostique. Le retard de consultation observé dans notre étude est une constante dans les séries africaines [2-9]. Ce délai s'explique, d'une part, par le faible niveau d'éducation sanitaire des populations — favorisant le recours à l'automédication ou aux tradithérapeutes en première intention et, d'autre part, par la précarité financière des patients.

La PAG appendiculaire est une urgence médico-chirurgicale absolue nécessitant une réanimation périopératoire rigoureuse [3]. Sur le plan technique, la laparotomie médiane demeure la voie d'abord de référence dans notre contexte. Elle permet une exposition optimale de la cavité abdominale, garantissant une toilette péritonéale exhaustive et un drainage efficace. Si les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas, nous avons observé un taux de suppuration pariétale de 14,8 % et une mortalité de 7,4 %, liée exclusivement au choc septique. Ce taux de mortalité est supérieur aux données de la littérature, qui l'estiment entre 1,5 et 5 % en cas de perforation appendiculaire [10,12].

Cette morbidité élevée est multifactorielle : elle résulte du contexte d'urgence, du retard diagnostique et thérapeutique [10, 11, 12], mais aussi de l'insuffisance du plateau technique, de la rareté des kits d'urgence et des limites des moyens de réanimation, défis communs aux pays à ressources limitées.

CONCLUSION

Les péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire demeurent une pathologie extrêmement fréquente et préoccupante dans notre contexte hospitalier. La gravité de cette affection est étroitement liée au retard de consultation et à une prise en charge thérapeutique tardive, facteurs qui majorent significativement la morbidité. La réduction de la mortalité liée à cette urgence chirurgicale repose impérativement sur un diagnostic précoce et un traitement rapide de l'appendicite aiguë, avant le stade de complication.

REFERENCES

1. **Proske J, Franco D.** Péritonites Aigues. Rev Prat, Paris 2005 ;55(1) :2167-72
2. **Soumaoro LT, Toure A, Mamy GF et al.** Péritonites appendiculaires : fréquence et prise en charge dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée). Médecine d'Afrique Noire 2019 ; 66(2) :86-90.
3. **Bah TS, Camara FL, Toure A et al.** Péritonites appendiculaires : aspects épidémiologiques et prise en charge au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara (Guinée). Guinée Médicale, 2024. 1 (1) : 15-26
4. **Nganza K, Moise M.** Prise en charge de la péritonite aigue généralisée à Butembo, Est de la République Démocratique du Congo. Revue Médicale des Grands Lacs 2020;1(2) : 34 - 39
5. **Harouna Y, Abdou I, Saidou B, Bazira L.** Les péritonites en milieu tropical : Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels : A propos de 160 cas. Médecine D'Afrique Noire 2001;48(3):103–6.
6. **Kéita DM, Guirrassy MII, Fofana N, Touré BM, Fofana H, Touré A.** La prise en charge des péritonites aigues généralisées de l'enfant au CHU Ignace Deen : À Propos de 62 cas. Health Sci. Dis, 2023, 24 (9): 43-46
7. **Ouangré E, Zida M, Bonkougou PG, Sanou A, Traore SS.** Les péritonites aigües généralisées en milieu rural Au Burkina Faso: A propos de 221 cas. Rev. CAMES Santé. 2013, 1(2) : 75-79
8. **Konaté M, Berté B, Coulibaly O, Maïga A, Doumbia S, Elansari M, et al.** Les péritonites aigues au Centre de Santé de Reference de la Commune VI (Bamako) : Aspects cliniques et thérapeutiques. Health Res Afr. 2024;2(10): 1-8
9. **PA Ba, Traore M, Diop B, Wade T, Sy P, Faye M.** Aspects étiologiques, thérapeutiques et pronostiques des péritonites aiguës généralisées au service des urgences de l'hôpital régional de Thiès (Sénégal). J Afr Chir Digest 2020; 20 (1) : 2929–34.
10. **Chevallier J-M.** Anatomie Le Tronc 1. 1st ed. Paris: Flammarion médecine-sciences; 1998:945p.
11. **Khale W.** Anatomie : viscère. vol 2. Paris: Flammarion méd. Science; 2001; 806p.
12. **Lucidarme O, De Bazelaire A, Juhan V, Rolland E, Hoeffel C, Behr S, et al.** Imagerie des syndromes douloureux et fébriles de l'abdomen, d'origine mésentérique. J Radiol. 2005;86(10):1187-1202.