

BURKINA FASO

UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU



Année universitaire 2001 – 2002

Thèse n°

**DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE LA FOSSE ILIAQUE
DROITE : étude de 250 cas colligés dans deux structures
sanitaires de la ville de Ouagadougou.**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le lundi 15 juillet 2002
Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(DIPLOME D'ETAT)

Par :

Sylvain D. ZABSONRE né le 05 mai 1973 à Katiola (RCI)

JURY

Directeur : Pr Ag. Albert WANDAOGO

Président : Pr Ag. Jean LANKOANDE

Co-directeur Dr Théodore OUEDRAOGO

Membres : Pr Ag. Albert WANDAOGO
Dr Sophar HIEN
Dr Abdel Karim SERME

LISTE DU PERSONNEL.

**Unité de formation et de Recherche
des Sciences de la Santé
(UFR/SDS)**

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Chef du Département de Pharmacie	Pr I. P. GUISSOU
Coordonateur de la Section Pharmacie	Pr. Ag Mamadou SAWADOGO
Coordonateur de la Section Médecine	Pr Amadou SANOU
Coordonateur de la Section Techniciens Supérieurs	Pr Blaise KOUDOGBO.
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr Jean Baptiste NIKIEMA
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Directeur	Mme SAWADOGO Michèle K.
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2000 / 2001

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (08)

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE Amadou SANOU Innocent Pierre GUISSOU	Anatomie-Pathologique Chirurgie Générale et Digestive Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés (01)

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences (19)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire

Maîtres-Assistants (31)

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubakar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses

Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
<u>Assistants</u>	
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie

Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
L. Valerie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
GOUMBRI / Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phthisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
P. Antoine NIAMPA	Dermatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxilo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
Théodore OUEDRAOGO	Anatomie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Idrissa	SANOU	Bactério-Virologie
Harouna	SANON	Hématologie/Immunologie
Issa	SOME	Chimie Analytique
Rasmané	SEMDE	Galénique
Elie	KABRE	Biochimie
Jean	SAKANDE	Biochimie

Assistants associés (01)

Valérie MURAILLE	Galénique et Chimie-Analytique
------------------	--------------------------------

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de la vie et de la terre **(UFR/SVT)**

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/SEA)

Professeurs Titulaires

Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phytopharmacie
Gustave KABRE	Biologie Générale

Abdoulaye SAMATE Chimie Organique

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO Génétique

Raymond BELEMTOUGOURI T.P. Biologie Cellulaire

Drissa SANOU Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam) Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique

Georges Annicet OUEDRAOGO Biochimie

UFR des Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

UFR des Sciences Juridiques Politiques (UFR/SJP)

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in mémoriam) Hydrologie

Dr Annette OUEDRAOGO Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE Galénique

Mr Mamadou DIALLO Anglais

Dr Badioré OUATTARA Galénique

Dr Alassane SICKO Anatomie

Dr Aline TIENDREBEOGO Chimie Analytique et contrôle médic

Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie
Dr Félix KINI	Chimie
Dr Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Dr Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cecile OUEDRAOGO	Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr Babacar FAYE	Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Jean NEVE	Chimie Thérapeutique
Pr. Viviane MOES	Galénique

Mission avec les autres universités

Pr André BIGOT	Immunologie
----------------	-------------

DEDICACES.

A ma mère.

Tu as aimé tous tes enfants que nous sommes d'un amour maternel vrai et pur. Tu t'es beaucoup investie pour notre éducation . Tu nous as élevé dans l'union, le respect de la famille et l'amour du prochain. Ce travail fait partie des résultats de tes immenses sacrifices consentis pour nous. Il t'appartient.

A mon père (in memoriam).

Très tôt la mort t'a arraché à notre affection sans te permettre de voir ni de goûter au fruit de la graine que tu as semée. Ce travail est certainement l'une de tes volontés, je regrette que tu ne sois pas avec nous pour partager ce moment. Jamais je ne pourrai t'oublier, papa.

Repose en paix.

A mes frères et sœurs.

Restons unis, solidaires et gardons l'amour mutuel que nous avons les uns pour les autres. Cela, nous le savons tous est le vœux le plus cher de maman et de notre défunt père.

A mes oncles et tantes.

Veillez trouver ici l'expression d'un grand amour et de ma profonde reconnaissance.

A toutes mes mères.

Je ne me suis jamais senti abandonné quand maman s'absentait de la maison.

A mes cousins et cousines.

Ce travail est le vôtre.

A mes neveux et nièces.

Que ce travail soit pour vous un bel exemple de courage et de persévérance.

A mes amis Issaka, Elie, Aloys, Seydou, Marcel, Hamed (in memoriam).

Pour tous ces moments de joie ou de tristesse partagés ensemble.

A tous mes promotionnaires du primaire, du secondaire et de la faculté.

Grande était ma joie d'être avec vous. Je ne vous oublierai jamais.

A mes enseignants du primaire, du secondaire et de la faculté.

Merci pour toute la formation et l'éducation que vous m'avez données.

Aux malades ;

Prompt rétablissement.

A tous ceux qui n'ont pas été cités.

vous n'avez pas été oubliés.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au Professeur Albert WANDAOGO pour avoir bien voulu diriger ce travail.

Au Docteur Théodore OUEDRAOGO. Vous n'avez ménagé aucun effort pour l'amélioration de ce travail . Merci pour votre disponibilité.

Aux Docteurs Emile BANDRE, Claudine LOUGUE et Alain BOUGMA pour votre contribution inestimable à ce travail.

Au Docteur Kader ZAN pour vos conseils et votre encadrement très bénéfique au bloc opératoire.

A monsieur Yacouba TOURE directeur de l'Agence Conseil et Distribution (ACD) et à son personnel, sans votre aide ce travail ne serait jamais fini à temps

A la famille Vianello en Italie ; à la Sœur Docteur Lucie Maule et ses consœurs d'Alépé (RCI) ; jamais je n'oublierai le soutien que vous m'avez apporté.

A NOS MAITRES ET JUGES

***A notre maître et président du jury,
le Professeur Jean LANKOANDE,
Maître de conférence, agrégé de gynécologie et d'obstétrique.***

Nous avons été impressionné dès le premier contact à l'amphithéâtre par la clarté et la précision qui caractérisent votre enseignement.

Votre rigueur, votre fermeté dans l'esprit scientifique, vos qualités humaines et votre simplicité font de vous un grand homme qui fait la richesse de notre UFR et la fierté du pays tout entier.

C'est un grand honneur pour nous de vous voir présider ce jury et de juger ce modeste travail.

Trouvez ici l'expression de nos remerciements et notre profond respect.

***A notre directeur de thèse,
le Professeur Albert WANDAOGO,
Maître de conférence, agrégé de chirurgie pédiatrique.***

Votre ardeur au travail, votre discrétion et votre calme nous ont beaucoup marqué et nous ont amenés vers vous pour demander de diriger ce travail.

Merci d'avoir accepté cette charge malgré vos multiples occupations.

Les mots ne sauraient traduire les sentiments de reconnaissance qui nous animent.

***A notre maître et co-directeur de thèse,
le Docteur Théodore OUEDRAOGO.
Assistant d'anatomie.***

Votre simplicité et votre contact facile ont fait l'objet d'une admiration de notre part. Vous avez été aussi un grand-frère pour nous en sachant répondre avec pertinence à nos diverses sollicitations.

Puisse ce modeste travail vous témoigner un temps soit peu notre profonde et indicible gratitude.

***A notre maître et juge,
le Docteur Sophar HIEN,
Chef du service d'urologie du Centre Hospitalier National Yalgado
Ouédraogo.***

Nous avons eu l'occasion de bénéficier de vos connaissances. Vous êtes pour nous plus qu'un maître.

Votre discrétion et votre sens de l'humour nous ont beaucoup marqué. Nous gardons de vous d'heureux souvenirs.

***A notre maître et juge,
le Docteur Karim SERME,
Assistant de gastro-entérologie.***

Accepter de juger ce travail est un honneur que vous nous faites.

Votre calme, votre discrétion et disponibilité ont forcé notre admiration et nous ont dirigé vers vous.

Recevez ici l'expression de notre profonde estime.

« Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation. »

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ASP = abdomen sans préparation

FID = fosse iliaque droite

FSH = hormone de stimulation folliculaire

GEU = grossesse extra-utérine

g/dl = gramme par décilitre

HCG = hormone gonadotrophine chorionique

HSG = hystérosalpingographie

KOD = kyste de l'ovaire droit

mm³ = millimètre cube

Nbre = nombre

NFS = numération formule sanguine

TAM = tumeur allure maligne

UIV = urographie intraveineuse

% = pourcentage

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
I/ INTRODUCTION ET REVUE DE LA LITTERATURE	1
I.1/ INTRODUCTION	2
I.2/ REVUE DE LA LITTERATURE	3
I.2.1/ ANATOMIE DE LA FID	3
I.2.1.1/ Définition de la FID	3
I.2.1.2/ Contenu de la FID	3
I.2.1.2.1/ Le cæcum	4
I.2.1.2.2/ L'appendice iléo-cæcal	5
I.2.1.2.3/ L'iléon terminal.....	7
I.2.2/ PRINCIPALES PATHOLOGIES DE LA FID	8
I.2.2.1/ Affections digestives	8
I.2.2.2.1.1/ Appendicites aiguës	8
I.2.2.2.1.2/ Colopathies fonctionnelles	17
I.2.2.2.1.3/ Occlusions intestinales aiguës.....	19
I.2.2.2.1.4/ Tumeurs malignes du cæcum	23
I.2.2.2.1.5/ Perforations typhiques de l'iléon terminal	25
I.2.2.2.1.6 / Amibiases intestinales	30
I.2.2.2.1.7/ Tuberculose iléo-cæcale.....	32
I.2.2.2.1.8/ Maladie de Crohn	35
I.2.2.2.1.9/ Lymphadénites	37
I.2.2.2/ Affections gynécologiques	38
I.2.2.2.2.1/ Kystes de l'ovaire droit.....	38
I.2.2.2.2.2/ Salpingites droites	41
I.2.2.2.2.3/ Grossesse extra-utérines droites.....	44
I.2.2.2.2.4/ Cancers de l'ovaire droit	48
I.2.2.3/ Lithiases urinaires droites	50
II/ NOTRE ETUDE	54
II.1/ OBJECTIFS	55
II.1.1/ OBJECTIF GENERAL	56
II.1.2/- OBJECTIFS SPECIFIQUES	56
II.2/ METHODOLOGIE	57

II.2.1 / CADRE D'ETUDE.....	58
II.2.2/ MOYENS ET METHODES.....	60
II.3/ RESULTATS.....	62
II.3.1 / RESULTATS GLOBAUX.....	63
II.3.1.1 / Aspects épidémiologiques.....	63
II.3.1.1.1/ Fréquence des affections de la FID	63
II.3.1.1.2/ Age et Sexe	66
II.3.1.2 / Aspects cliniques	66
II.3.1.2.1/ Circonstances de découverte	66
II.3.1.2.2/ Examen physique	69
II.3.1.3/ Aspects paracliniques.....	69
II.3.1.4/ Diagnostics per-opératoires.....	70
II.3.2/ RESULTATS ANALYTIQUES.....	71
II.3.2.1/ Pathologies digestives de la FID.....	71
II.3.2.1.1/ Appendicites aiguës.....	72
II.3.2.1.2/ Colopathies fonctionnelles.....	80
II.3.2.1.3/ Occlusions intestinales aiguës.....	83
II.3.2.1.4/ Perforations de l'iléon terminal	84
II.3.2.1.5/ TAM du cæcum	86
II.3.2.1.6/ Lymphadénites.....	88
II.3.2.1.7/ Autres affections digestives.....	90
II.3.2.2/ Pathologie gynécologique de la FID.....	92
II.3.2.2.1/ Kystes et TAM de l'ovaire droit.....	93
II.3.2.2.2/ Annexites droites.....	99
II.3.2.2.3/ Grossesses extra-utérines droites	104
II.3.2.3/ Lithiases urinaires droites.....	109
II.4/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	111
II.5/ CONCLUSION ET SUGGESTIONS	133
II.5.1/ CONCLUSION.....	134
II.5.2/ SUGGESTIONS.....	135
III/ ANNEXES	136

**I/ INTRODUCTION ET REVUE
DE LA LITTERATURE**

I.1/ INTRODUCTION

La fosse iliaque droite peut être le siège d'une multitude d'affections digestives, urologiques, gynécologiques.... Ces affections nécessitent parfois une collaboration multidisciplinaire et le patient peut être amené à errer de service en service, allongeant considérablement le délai diagnostique. La forte fréquence des affections de la fosse iliaque droite est reconnue par de nombreux auteurs. Sanou à Ouagadougou [72] notait que les appendicectomies occupaient la première place (58,3%) des interventions faites sur l'appareil digestif. Pour K.F. Kendja et collaborateurs [49], l'appendicite vient en tête de toutes les affections digestives avec 50 % des cas dans les services de chirurgie des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Yopougon et de Treichville en Côte d'Ivoire.

Chez la femme, l'éventail des affections de la FID est encore plus grand car vient s'y ajouter un grand nombre d'affections annexielles.

Cependant force est de constater que beaucoup de patients admis dans les hôpitaux pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite quittent l'hôpital sans un diagnostic étiologique précis. A ce sujet, Groebli Y. [39] indique dans une étude faite en Suisse sur le devenir des syndromes douloureux non spécifiques de la fosse iliaque droite, que le quart des patients admis en urgence pour une algie localisée dans la fosse iliaque droite, quitte l'hôpital sans un diagnostic précis et que 11,7% de ces malades revenaient pour la même douleur dans un intervalle de temps pouvant atteindre cinq ans.

Face à cette situation vraisemblablement plus prononcée dans notre contexte du fait de l'insuffisance des ressources humaines et de la faiblesse des moyens médico-techniques, nous avons entrepris cette étude afin de fournir quelques jalons dans l'approche diagnostique de ces affections.

Notre étude portera essentiellement sur les affections digestives, urologiques et gynéco-obstétricales de la fosse iliaque droite. Dans chaque groupe d'affection, nous apprécierons les éléments cliniques et para-cliniques qui ont permis d'aboutir au diagnostic avant de tirer nos conclusions.

I.2/ REVUE DE LA LITTÉRATURE

I.2.1/ ANATOMIE DE LA FID [17, 71]

I.2.1.1/ Définition de la FID (Annexe 1)

La fosse iliaque droite est une entité anatomo-clinique correspondant au quadrant inférieur droit de l'abdomen. Elle est limitée en haut par un plan horizontal joignant les épines iliaques antéro-supérieures; en dedans par un plan perpendiculaire au premier et passant au milieu du ligament inguinal correspondant; en bas par le plan du détroit supérieur; en arrière et en dehors par l'aile iliaque droite; en avant par la paroi abdominale antérieure.

I.2.1.2/ Contenu de la FID (Annexe 2)

La fosse iliaque droite est occupée essentiellement par le cæco-appendice et la portion terminale de l'iléon. En plus de ces principaux éléments, on rencontre au niveau de la fosse iliaque droite : les vaisseaux iliaques croisés par la portion iliaque de l'uretère, le muscle psoas iliaque, et les branches du plexus lombaire.

Chez la femme on retrouve l'annexe droite (trompe, ligament large et ovaire droits) qui, bien que ne faisant pas partie des éléments normalement contenus dans la fosse iliaque droite peuvent en cas de pathologie se manifester à ce niveau.

Les principaux éléments contenus dans la fosse iliaque droite et qui nous intéresseront le plus dans notre étude sont : le cæcum, l'appendice et l'iléon terminal.

I.2.1.2.1/ Le cæcum

Le cæcum est la partie sacculaire du gros intestin située au-dessous de l'orifice qui met en communication l'intestin grêle et le gros intestin (l'ostium iléo-cæcal).

Situation, forme et dimensions

Le cæcum est normalement situé dans la fosse iliaque droite. Il présente parfois des variations topographiques; ainsi il peut être haut situé ou bas situé. Le cæcum a la forme d'un sac ouvert en haut en continuité avec le côlon ascendant. Il mesure environ six centimètres de hauteur, et six à huit centimètres de largeur.

Rapports

- En avant, le cæcum répond directement à la paroi abdominale antérieure. Il est palpable et percutable lorsqu'il est distendu.
- En arrière, la face postérieure du cæcum est appliquée sur les parties molles qui occupent la fosse iliaque interne : le péritoine pariétal, la couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale, le fascia iliaca où cheminent les nerfs cutané latéral de la cuisse, génito-fémoral et fémoral, la couche cellulo-graisseuse sous aponévrotique, le muscle psoas iliaque.
- En dehors la face latérale du cæcum est en rapport avec les parties molles de la fosse iliaque interne et la paroi latérale de l'abdomen.
- En dedans la face médiale du cæcum est en rapport avec les vaisseaux iliaques et les anses grêles. L'appendice est implanté sur cette face.
- En bas le fond du cæcum occupe l'angle que forme la fosse iliaque interne et la paroi abdominale antérieure.

Vascularisation et innervation

La vascularisation artérielle du cæcum est assurée par les artères cæcales antérieures et postérieures nées de l'artère iléo-colique branche de l'artère mésentérique supérieure.

Le tronc iléal veineux reçoit la veine iléo-colique qui convergent vers la veine mésentérique supérieure affluant de la veine porte.

Les lymphatiques suivent le trajet des vaisseaux sanguins, traversent souvent des petits ganglions de relais cæcaux antérieurs et cæcaux postérieurs et se jettent dans la chaîne ganglionnaire iléo-colique au niveau de l'angle iléo-colique.

L'innervation est sympathique et parasympathique provenant du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur.

I.2.1.2.2/ L'appendice iléo-cæcal

L'appendice est fixé sur le cæcum à deux ou trois centimètres au-dessous de l'orifice iléo-cæcal au niveau de la jonction des trois bandelettes coliques. Il est vermiforme, allongé mesurant sept à huit centimètres de longueur et quatre à huit millimètres de diamètre.

Situation et variétés anatomiques

L'appendice se dispose par rapport au cæcum d'une manière très variable. Le plus souvent, il descend le long de la face médiale du cæcum (situation normale). Parfois il se porte suivant une direction oblique ou transversale sur la face antérieure du cæcum (situation pré cæcale), ou sur la face postérieure (situation retro cæcale). Dans d'autres cas encore, il contourne de gauche à droite le fond du cæcum et monte sur sa face latérale (situation sous cæcale). Enfin, l'appendice peut être fixé à la partie moyenne de la face médiale du cæcum et avoir une direction qui l'amène vers les anses grêles (appendice mésocæliaque).

Rapports

Lorsque l'appendice est en position normale il répond:

- en dedans aux anses grêles,
- en avant aux anses grêles et à la paroi abdominale antérieure,
- en arrière au muscle psoas iliaque et aux vaisseaux iliaques croisés en avant par la portion iliaque de l'uretère,
- en dehors à la face interne du cæcum. Son extrémité cæcale se jette d'après Mac Burney en un point situé au milieu d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic (point de Mac Burney). Selon Monteiro, en position normale, l'extrémité cæcale de l'appendice est en regard d'un point placé à l'intersection de deux lignes: la première reliant l'appendice xiphoïde à un point situé sur l'arcade crurale droite à huit centimètres de la symphyse pubienne et la deuxième allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. C'est le point de Monteiro.
- L'extrémité inférieure de l'appendice peut descendre dans la cavité pelvienne et se mettre en rapport avec les viscères de cette cavité (ovaire, trompe, ligament large, utérus, vessie, rectum)

Vascularisation et innervation

L'appendice est irrigué par l'artère appendiculaire qui naît le plus souvent de l'artère cæcale postérieure, parfois de l'artère iléo-colique.

Les veines sont satellites des artères et tributaires de la veine mésentérique supérieure.

Les lymphatiques de l'appendice se rendent également aux nœuds lymphatiques de la chaîne iléo-colique, directement ou après avoir traversé quelques nœuds que contient parfois le méso-appendice.

Les nerfs viennent du plexus solaire par le biais du plexus mésentérique supérieur.

1.2.1.2.3/ L'iléon terminal

Le mésentère forme une cloison oblique en bas et à droite qui divise l'étage sous mésocolique en deux parties : une latéro-mésentérique gauche ouverte en bas dans la fosse iliaque gauche et le pelvis; l'autre latéro-mésentérique droite ouverte en bas et à droite dans la fosse iliaque droite. L'iléon terminal est situé dans cette partie. Il mesure environ 60 à 80 centimètres. Il va de la terminaison de l'artère mésentérique supérieure (en regard de laquelle l'on peut trouver le diverticule de Meckel sur le bord libre de l'iléon) à la jonction iléo-cæcale. L'iléon terminal a l'aspect d'un tube cylindrique de couleur blanc rosé qui forme des anses.

L'iléon terminal s'abouche dans le cæcum par la valvule iléo-cæcale. C'est un bourrelet arrondi ou ovalaire qui pénètre dans la lumière du cæcum à la manière d'une papille. La couche musculaire circulaire du cæcum est repoussée et écartée; elle entoure ainsi la papille comme une pince musculaire ogivale; de cette façon se trouvent formées deux lèvres une supérieure et une inférieure, recouvertes de muqueuse, qui se terminent par une bandelette antérieure et postérieure où les fibres musculaires du cæcum confluent à nouveau. L'orifice se place en avant d'une bandelette colique dont les fibres musculaires s'insèrent en partie sur la pince musculaire de la musculature circulaire du cæcum et peuvent ainsi agir sur l'ouverture de la partie terminale de l'iléon. D'autres fibres viennent se perdre dans la couche longitudinale de la partie terminale de l'iléon ; leur contraction contribue à élargir la portion terminale de l'iléon adjacente à la valvule iléo-cæcale, à la manière d'une ampoule. La valvule iléo-cæcale peut se déformer activement comme un sphincter.

Les plaques de Peyer sont des amas lymphoïdes siégeant surtout au niveau de l'iléon terminal. Ces plaques sont atteintes dans la fièvre typhoïde et peuvent être le siège de perforation.

La vascularisation de l'iléon terminal est assurée par une arcade formée par deux branches de l'artère mésentérique supérieure que sont le tronc iléo-colique ou artère colique droite inférieure et l'artère terminale de la mésentérique supérieure ou artère jejuno-iléale.

La disposition des veines est calquée sur celle des artères. Les veines sont tributaires de la veine mésentérique supérieure.

Les lymphatiques qui sortent de la paroi du jéjuno-iléon sont les chylifères d'Asellius. Ils vont directement soit aux éléments du groupe juxta-intestinal, soit à ceux du groupe intermédiaire. Ces deux groupes communiquent eux-mêmes avec le groupe central, d'où la lymphe est enfin conduite du jéjuno-iléon au tronc lombaire gauche ou citerne du chyle. Cela se fait soit directement par un ou plusieurs collecteurs appelés troncs intestinaux, soit par l'intermédiaire des ganglions pré-aortiques et latéro-aortiques gauches voisins du pédicule rénal.

Les nerfs proviennent du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur.

I.2.2/ PRINCIPALES PATHOLOGIES DE LA FID

I.2.2.1/ Affections digestives

I.2.2.2.1.1/ Appendicites aiguës [29, 60, 63]

L'appendicite est une inflammation de l'appendice iléo-cæcal. C'est une affection très fréquente constituant une urgence dont l'évolution est imprévisible. Elle se fait le plus souvent vers l'aggravation et l'apparition de complications qui mettent en jeu le pronostic vital.

I.2.2.2.1.1.1/ Etiopathogénie

L'appendicite aiguë survient le plus chez l'adolescent. Il n'y a pas de discrimination sexuelle. Cependant il semble que vers la puberté et l'adolescence, le sexe masculin soit le plus atteint. Il n'y a pas de facteur racial mais certains auteurs ont avancé des facteurs nutritionnels et accusent les régimes carnés. Certains pensent également que la constipation pourrait être un facteur favorisant.

Deux mécanismes étiopathogéniques sont reconnus :

- Le mécanisme obstructif.

Il est de loin le plus fréquent. L'obstruction de l'appendice peut relever soit d'un corps étranger intra-luminal (stercolithe, grain de raisin ...), soit

d'une coudure de l'appendice par des brides, soit d'une hyperplasie lymphoïde de la paroi appendiculaire (plaque de Peyer). Cela pourrait expliquer la fréquence plus élevée de l'appendicite chez le jeune qui a un système immunitaire très réactif. L'obstruction de la lumière appendiculaire transforme l'organe en un diverticule clos, avec une rétention sous pression des sécrétions muqueuses. Il va apparaître un œdème de la paroi appendiculaire, une hyperhémie, une infiltration pariétale de polynucléaires et des ulcérations muqueuses. Ces dernières ouvrent la porte à l'infection. La distension pariétale va entraîner une altération de la circulation veineuse d'abord, artérielle ensuite, conduisant à l'ischémie et à la gangrène.

- Le mécanisme infectieux.

L'infection de l'appendice se fait le plus souvent par voie hématogène. Les germes qui infectent l'appendice proviendraient souvent des voies aériennes supérieures et par ordre de fréquence décroissante on incrimine le streptocoque, le pneumocoque et le staphylocoque.

I.2.2.2.1.1.2/ Formes anatomo-pathologiques

Les principales formes anatomo-pathologiques sont :

- l'appendicite catarrhale : l'appendice est œdématié, turgescent, rouge hyper vascularisé.
- l'appendicite suppurée ou empyème appendiculaire : la lumière appendiculaire est remplie de pus; la séreuse est recouverte de fausses membranes de même que le cæcum et les anses grêles . Dans le péritoine on a une exsudation séro-purulente.
- les appendicites hémorragiques et nécrotiques dues aux phénomènes vasculaires (vasodilatation) qui entraînent une érythrodiapedèse. A un degré de plus ces phénomènes déterminent la gangrène appendiculaire qui peut évoluer vers une perforation.

Dans certains cas l'évolution se fait vers des adhérences entre l'appendice, le cæcum, l'épiploon et le péritoine formant le plastron appendiculaire qui peut évoluer vers l'abcès appendiculaire.

I.2.2.2.1.1.3/ Signes

I.2.2.2.1.1.3.1/ Type de description : appendicite aiguë de l'adolescent

I.2.2.2.1.1.3.1.1 / Signes cliniques

Les signes fonctionnels.

Ils sont dominés par la douleur abdominale. Elle est spontanée, soit progressive, soit en coup de poignard. Elle est à type de colique avec un début péri-ombilical. Parfois, elle donne la fausse impression au patient que l'émission de gaz ou de selle la ferait céder. Elle se localise par la suite dans la fosse iliaque droite, permanente, exacerbée par le moindre mouvement.

La douleur est le seul signe constant. Elle peut s'accompagner d'une anorexie, de nausées/vomissements ou d'une constipation.

Les signes généraux

Ils sont représentés par une fièvre à 37,8 - 38°C, une langue saburrale, un pouls légèrement accéléré ou normal et une tension artérielle normale.

Les signes physiques

Ce sont :

- à l'inspection, une hypocinésie de la fosse iliaque droite avec parfois un psoïtis ;
- à la palpation, une hyperesthésie avec une défense au niveau de la fosse iliaque droite, une douleur provoquée au point de Mac Burney, un signe de Blumberg ou de Rovsing, une abolition du réflexe cutané abdominal inférieur droit ;
- au toucher rectal, une douleur à droite et un cri du Douglas.

I.2.2.2.1.1.3.1.2/ Examens para cliniques

• Examens biologiques

- *La numération formule sanguine.*

Elle peut montrer une hyperleucocytose avec une polynucléose neutrophile relative à 80%.

- *Le culot urinaire.*

Le culot urinaire permet d'éliminer une infection urinaire.

• Cœlioscopie

La cœlioscopie est un outil diagnostique et thérapeutique performant. Mais elle impose des précautions strictes et une anesthésie générale. Elle permet de voir les aspects macroscopiques de l'appendicite.

• Examens morphologiques

- *La radiographie de l'abdomen sans préparation.*

Elle peut montrer un stercolithe appendiculaire, ou une distension gazeuse du cæcum.

- *L'échographie abdominale.*

Elle a une sensibilité et une spécificité élevées dans le diagnostic des appendicites. Elles sont supérieures à 90% dans la plupart des études prospectives. Il existe cependant un certain nombre de faux négatifs et de faux positifs.

Une appendicite est suspectée à l'échographie lorsque dans la fosse iliaque droite on note une structure tubulaire en forme de saucisse avec une extrémité borgne, douloureuse au passage de la sonde et dont l'épaisseur de la paroi est supérieure à trois millimètres. La graisse péri-appendiculaire et para cæcale est infiltrée, avec dans les formes les plus sévères la présence d'une collection hypoéchogène. La paroi cæcale est épaissie de façon

localisée, enfin sont souvent présentes des adénomégalies péri cœcales non spécifiques.

Un stercolithe appendiculaire peut être visualisé et il se présente sous la forme d'une image hyperéchogène fixe avec cône d'ombre postérieur.

Les faux négatifs sont principalement rencontrés chez les sujets obèses ou ayant une distension aérique abdominale, dans les appendicites retro- cœcales, et dans les appendicites perforées où la structure appendiculaire n'est plus reconnaissable.

Les faux positifs sont dus au fait qu'une structure extra-appendiculaire normale ou pathologique (anse digestive, trompe de Fallope, uretère dilaté, veine gonadique thrombosée) peut être prise à tort pour une appendicite. D'autre part, il peut exister des épaissements appendiculaires réactionnels aux atteintes infectieuses ou inflammatoires extra-appendiculaires de voisinage, notamment dans les maladies de Crohn iléo-cœcales ou dans les abcès tubo-ovariens droits.

1.2.2.2.1.1.3.1.3/ Evolution

Ce tableau clinique peut évoluer selon les modalités suivantes :

- soit la crise appendiculaire cède totalement se traduisant par l'amendement des signes fonctionnels et des signes physiques, C'est la classique colique appendiculaire de Dieulafoy.
- soit le tableau clinique persiste et s'accroît ouvrant la voie aux complications si une intervention d'urgence n'est pas entreprise

1.2.2.2.1.1.3.2/ Formes cliniques

Formes selon le terrain

- Le nouveau-né et le nourrisson

A cet âge l'appendicite serait rare et beaucoup de pathologies peuvent la simuler car le tableau clinique manque de spécificité. C'est en général celui d'une gastro-entérite fébrile. En effet la diarrhée et les vomissements occupent l'avant scène. Souvent le diagnostic n'est posé qu'au stade de plastron ou de péritonite avec œdème et érythème de la paroi abdominale.

Ainsi le diagnostic d'appendicite aiguë doit être toujours présent à l'esprit quand on est amené à examiner un enfant en urgence.

- L'enfant de moins de 3 ans

La faible épaisseur du méso, de la paroi appendiculaire ainsi que le développement encore incomplet de l'épiploon font que les phénomènes de défense s'effectuent mal. L'évolution est rapide vers des complications.

L'examen est difficile en urgence surtout lorsque l'enfant est agité et refuse de parler avec des parents angoissés. L'enfant peut dissimuler des réactions douloureuses ou les exagérer. Le siège droit de la douleur ou les grimaces du visage consécutives à la pression de la fosse iliaque droite présumée douloureuse ont une importante valeur. Le toucher rectal déclenche presque toujours une réaction d'opposition et est de ce fait difficilement interprétable.

- Le vieillard

Le caractère atténué des réactions de défense fait que la symptomatologie est moins bruyante. Ces appendicites sont souvent découvertes au moment des complications : plastron, péritonite appendiculaire.

- La femme enceinte.

La difficulté diagnostique ne se pose qu'après le premier trimestre car l'utérus refoule l'appendice plus haut. La douleur est donc plus haute et il existe une contracture latéro-utérine. Parfois, elle peut faire évoquer un début de travail : c'est le faux travail appendiculaire. L'échographie est d'un grand apport dans le diagnostic.

Formes compliquées

Les complications sont représentées par les péritonites. Elles peuvent se constituer en un, deux, ou trois temps.

→ Les péritonites appendiculaires d'emblée ou péritonites appendiculaires en un temps. Le début est caractérisé par une douleur abdominale généralisée et continue avec un maximum à la fosse iliaque droite, des

vomissements, un arrêt du transit intestinal. L'examen note une fièvre élevée à 40°C avec un pouls en rapport et une contracture abdominale.

→ Péritonite appendiculaire en deux temps. Il s'agit d'une crise appendiculaire banale qui a cédé mais après quelque temps, une douleur généralisée et une contracture signent la péritonite. Elle correspond à une rupture en péritoine libre d'un appendice distendu par le pus.

→ Les péritonites appendiculaires en trois temps. Il s'agit d'une crise appendiculaire ayant évolué vers la constitution d'un plastron puis d'un abcès qui va se rompre dans la grande cavité péritonéale.

Le plastron appendiculaire se forme généralement vingt quatre à soixante douze heures après la crise aiguë. Il résulte de la réaction de l'organisme qui tend à limiter l'infection. En effet, lorsque le péritoine a pu endiguer l'inflammation appendiculaire par une agglutination de l'épiploon et du grêle, il se forme une gangue d'adhérence iliaque droite : le plastron appendiculaire. La température est supérieure à 38°. L'examen de l'abdomen note un blindage de la fosse iliaque droite, fixé sur le plan profond, mat à la percussion. Le plastron appendiculaire peut évoluer vers l'abcès appendiculaire.

L'abcès appendiculaire est une collection purulente. Il s'accompagne d'une aggravation des signes fonctionnels (douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz). La température devient plus importante (39°-40°C) et on met en évidence dans la fosse iliaque droite une fluctuation.

L'évolution de cet abcès peut se faire vers la fistulisation à l'extérieur (cas rare), dans un organe creux, ou dans la cavité péritonéale (cas le plus fréquent) donnant une péritonite appendiculaire généralisée en trois temps.

Formes topographiques

- L'appendicite rétro cæcale donne peu de signes antérieurs et il faut rechercher la douleur provoquée et la défense entre la crête iliaque et le rebord thoracique droit.

- Les appendicites pelviennes égarent surtout chez la femme. La stricte unilatéralité droite des données de l'examen doit inciter à penser à l'appendicite.
- L'appendicite sous hépatique peut faire penser à une cholécystite aiguë
- L'appendicite mésocœliaque. L'appendice est situé au cœur des anses grêles. Son inflammation, retentit sur celles-ci entraînant un iléus paralytique qui se présente comme une occlusion fébrile dont le diagnostic étiologique se pose à la laparotomie.

I.2.2.2.1.1.4/ Diagnostic

I.2.2.2.1.1 .4 .1/ Diagnostic positif

Le diagnostic clinique d'appendicite aiguë se base sur la crise douloureuse, émétisante et fébrile de la fosse iliaque droite associée à une défense.

Les examens paracliniques (surtout l'échographie) ont pour but de renforcer le diagnostic. Ils peuvent être d'un grand apport dans les formes atypiques. Dans tous les cas le diagnostic ne peut être définitivement retenu qu'à la laparotomie et confirmé par l'histologie.

I.2.2.2.1.1 .4.2/ Diagnostic différentiel

Affections médicales

- Les infections urinaires.

Elles peuvent entraîner des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. Cependant l'appendice est sain à l'échographie et l'examen bactériologique des urines fait le diagnostic.

- Les infections respiratoires basses.

Elles peuvent comporter une note abdominale simulant une douleur appendiculaire mais les signes cliniques respiratoires (toux, dyspnée, râles...) et la radiographie pulmonaire font le diagnostic.

- L'amibiase intestinale.

Elle peut entraîner une douleur localisée dans la fosse iliaque droite. La notion de selles glairosanguinolentes, l'absence de signes d'inflammation appendiculaire à l'échographie et la mise en évidence des amibes dans les selles permettent de faire le diagnostic.

Affections chirurgicales

- La lymphadénite mésentérique.

Elle donne un tableau plus bruyant que celui de l'appendicite aiguë avec en particulier une fièvre très élevée. Son diagnostic est opératoire et sa confirmation est histologique.

- La colique néphrétique droite.

Elle donne en général une douleur à irradiation descendante. La radiographie de l'abdomen sans préparation peut montrer un calcul, l'échographie une urétéro-hydronephrose avec ou sans calcul visible. Dans tous les cas l'urographie intraveineuse fait le diagnostic.

- La pathologie annexielle.

Elle sera discutée plus loin.

- L'abcès du psoas.

Les douleurs iliaques droites, le psoïtis, la boiterie ainsi que le syndrome infectieux peuvent égarer le diagnostic. Mais l'échographie montre la lésion.

I.2.2.2.1.1 .5/ Principes thérapeutiques

L'appendicectomie immédiatement doit sanctionner toutes les appendicites aiguës. Ainsi les antibiotiques, les anti-inflammatoires et l'application locale de glace qui peuvent atténuer momentanément la douleur ne doivent retarder aucunement l'intervention chirurgicale.

En cas de péritonite appendiculaire diffuse, on retardera l'opération de quelques heures dans le but de corriger les troubles hydro-électrolytiques toujours présents.

Lorsqu'il s'agit d'un plastron appendiculaire, l'expectative est souhaitable car l'ablation de l'appendice à ce stade exige de le sculpter littéralement des organes voisins, geste impliquant le plus souvent la rupture indésirable des barrières édifiées par la nature. Un traitement conservateur par une antibiothérapie bien conduite peut entraîner la régression du plastron. Une surveillance serrée s'impose pendant cette période. Le malade sera reconvoqué trois mois plus tard pour une appendicectomie. Par contre lorsque l'évolution se fait vers l'abcès, une intervention est nécessaire. La plupart du temps on renoncera à l'ablation simultanée de l'appendice à moins qu'il ne se présente particulièrement bien. Le pus sera prélevé pour une étude bactériologique. L'appendicectomie, sera effectuée six mois plus tard.

I.2.2.1.2/ Colopathies fonctionnelles [37]

Elles se caractérisent par une absence de lésions anatomiques macroscopiques ou histologiques typiques et une importante composante neuropsychique. Leur étiopathogénie et leur physiopathologie sont mal connues. Ce sont des affections qui représentent 50 à 70% des consultations externes en gastro-entérologie. Elles peuvent s'accompagner d'une inflammation de la muqueuse colique, d'un méga ou d'un dolichocôlon qui sont en fait secondaires au trouble fonctionnel.

I.2.2.1.2.1/ Signes cliniques

L'anamnèse retrouve essentiellement les troubles du transit et la douleur.

- Les troubles du transit sont les plus fréquents, représentés par la constipation, les fausses diarrhées (selles hétérogènes ou selles liquidiennes dues à une hyper sécrétion réactionnelle), les diarrhées vraies (selles trop abondantes et trop hydratées). Les périodes de constipation et de selles normales peuvent alterner chez un même sujet.

- Les douleurs sont habituelles. Au minimum c'est un inconfort abdominal avec un météorisme gênant. Parfois, il s'agit de coliques plus ou moins

calmées par l'émission de gaz. Au maximum apparaissent les douleurs violentes paroxystiques pouvant durer plusieurs heures et simuler un syndrome chirurgical. La localisation de la douleur est variable : diffuse à tout l'abdomen, parfois en cadre ou localisée dans l'une des fosses iliaques .

L'examen physique est pauvre. Il note parfois une douleur provoquée sur le cadre colique. Parfois le cæcum est distendu, sensible, gargouillant. Quelques fois, on perçoit une corde colique dans le flanc et la fosse iliaque gauches.

I.2.2.1.2.2/ Examens paracliniques

Les examens para-cliniques permettent d'exclure une lésion organique.

- Le lavement baryté.

Il montre une absence de lésions organiques avec une progression régulière de la baryte, une irrégularité ou une multiplication des haustrations coliques parfois un aspect tubulé du côlon, un dolicho ou un mégadolichocôlon. Ces aspects varient beaucoup d'un sujet à l'autre.

- La rectoscopie ou la coloscopie.

Elles permettent de percevoir une muqueuse soit normale, soit rouge vernissée, hypersécrétante, soit atrophique (aspect en fond d'œil).

La biopsie muqueuse doit être systématique montrant souvent un infiltrat lympho-plasmocytaire d'interprétation difficile.

I.2.2.1.2.3/ Principes thérapeutiques

Le traitement est décevant car ces troubles sont rebelles aux drogues digestives habituelles. Il faut tenir compte du terrain neuropsychique très particulier de ces patients qui font rarement un traitement régulier. Le traitement doit être double, comportant un régime diététique et un traitement médicamenteux. L'alimentation doit être suffisamment équilibrée en réduisant les graisses cuites dont le peroxyde joue probablement un rôle néfaste dans la motricité digestive . Les amidons et les farines sont mieux

tolérés. Il est logique de réduire les fibres digestives mais seulement en période de diarrhée et de douleur. Le traitement médicamenteux est symptomatique : antispasmodiques, régulateurs du transit, anxiolytiques.

I.2.2.1.3/ Occlusions intestinales aiguës [29,60, 63,19]

Il s'agit des occlusions intestinales mécaniques par strangulation d'une anse intestinale au niveau de la fosse iliaque droite. En général on a les occlusions par brides, les volvulus du cæcum et les invaginations iléo-cæcales. Elles se caractérisent par une compromission voire une suppression de l'irrigation intestinale d'où leur extrême gravité

I.2.2.1.3.1/ Physiopathologie et Anatomie pathologique

Les occlusions par strangulation se caractérisent par l'existence de lésions vasculaires liées à l'écrasement ou à la torsion des vaisseaux du mésentère ou du mésocôlon ; l'intestin privé de circulation se nécrose puis se perfore. Il peut s'agir d'une torsion d'une anse intestinale sur elle-même ou volvulus, d'une invagination intestinale ou d'une torsion d'une anse sur une bride intra-abdominale.

Ces occlusions sont d'autant plus graves qu'à l'ischémie s'ajoutent un arrêt des matières et des gaz. La stase stercorale entraîne des troubles ioniques et favorise la multiplication locale des germes. Tous ces phénomènes expliquent les chocs septique, toxinique, hypovolémique qui peuvent s'y associer.

Sur le plan anatomo-pathologique, on note un épanchement ascitique plus ou moins abondant séro-sanglant. L'intestin au-dessus de l'obstacle est distendu contient des matières et des gaz ; sa paroi épaissie au début devient par la suite atone, violacée avec des zones de nécrose ou de perforation. Au-dessous de l'obstacle l'intestin est de calibre normal.

I.2.2.1.3.2/ Diagnostic positif

Cliniquement, il est basé sur la constatation des quatre principaux signes du syndrome occlusif :

- La douleur abdominale.

Elle peut se manifester sous forme d'une colique intestinale. Il s'agit dans ce cas d'une douleur à type de torsion qui s'accompagne souvent d'un borborygme ou d'un péristaltisme parfois visible à jour frisant. Ce péristaltisme peut être provoqué par une chiquenaude. A l'auscultation, on note des bruits hydroaériques. Ce type de douleur signe une occlusion par obstruction. Dans les occlusions par strangulation, il s'agit généralement d'une douleur aiguë, continue, à type de broiement ou de déchirure, très intense, parfois syncopale.

- Les vomissements

Ils peuvent être réflexes au début surtout dans les occlusions par strangulation du fait de la douleur. Lorsque l'occlusion est constituée, il s'agit de vomissements par reflux. Ces vomissements sont d'abord alimentaires puis bilieux et enfin fécaloïdes. Parfois, ils sont sanglants traduisant le saignement de la paroi intestinale.

- L'arrêt des matières et des gaz.

Il accompagne souvent la douleur et les vomissements. L'arrêt des gaz est plus significatif que l'arrêt des matières.

- Le ballonnement abdominal.

Il est dû à la distension des anses intestinales. Il peut être généralisé ou localisé selon l'étiologie. A la percussion on note un tympanisme.

Sur le plan paraclinique, le diagnostic de l'occlusion est basé sur la radiographie de l'abdomen sans préparation qui met en évidence des niveaux hydro-aériques. L'échographie peut montrer un boudin en cas d'invagination intestinale.

I.2.2.1.3.3/ Etiologies des occlusions intestinales de la fosse iliaque droite

Le volvulus du cæcum

C'est une torsion du cæcum autour de son méso. Le tableau clinique est marqué par une douleur continue aiguë à type de déchirure ou de broiement, syncopale localisée dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'accompagne d'arrêt des matières et des gaz, de vomissements incoercibles et parfois de rectorragie.

L'abdomen est augmenté de volume, asymétrique, apéristaltique et tympanique: c'est la triade de Von Wahl. La palpation est douloureuse à la fosse iliaque droite correspondant au siège de la torsion. Au début, on peut entendre un borborygme à l'auscultation puis l'abdomen devient silencieux.

La radiographie sans préparation de l'abdomen montre des images en arceau ou en canon de fusil.

Les occlusions par brides post opératoires

Elles surviennent chez des malades ayant subi une intervention chirurgicale avec une formation secondaire de brides dans la fosse iliaque droite. Cliniquement, on retrouve le syndrome occlusif de même que la cicatrice opératoire. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre des niveaux hydro-aériques. La laparotomie permettra de faire le diagnostic étiologique en montrant le mécanisme de l'occlusion.

Les invaginations iléo-cæcales

Elles sont caractérisées par la pénétration d'un segment intestinal dans le segment d'aval. L'invagination intestinale aiguë est la cause la plus fréquente des occlusions chez l'enfant de moins de deux ans. Chez l'adulte, l'invagination est souvent un accident subaigu qui complique une lésion intestinale préexistante (tumeur, diverticule de Meckel) dont la recherche s'impose. Elle prédomine dans le sexe masculin.

Généralement, le tableau clinique est dominé par des crises douloureuses abdominales intermittentes séparées par des accalmies

complètes. L'émission de selles sanglantes est tardive. Le boudin d'invagination peut être palpé dans deux tiers des cas . Le toucher rectal ramène du sang. L'état général est bien conservé au début mais on peut avoir une fièvre.

Le lavement baryté avec un produit hydrosoluble montre une image typique d'arrêt en "pince de homard" si l'invagination est vue de profil ou en "cocarde" si elle est vue de face. L'échographie permet de visualiser le boudin d'invagination parfois associé à une stase intestinale et/ou un épanchement péritonéal.

I.2.2.1.3.4/ Principes thérapeutiques

Le traitement comporte un volet médical qui est très important car il s'adresse aux conséquences de l'occlusion. il s'agit d'une réanimation hydroélectrolytique (par l'apport de solutés, d'électrolytes) et d'une antibiothérapie. Parfois le traitement médical peut faire en plus appel à une transfusion sanguine, des tonicardiques, des corticoïdes.... La pose d'une sonde naso-gastrique est toujours nécessaire.

Le traitement chirurgical permet de lever l'obstacle. L'acte chirurgical peut être une détorsion ou une désinvagination des anses, une résection de brides. Dans les formes tardives avec nécrose des anses, on procédera à une résection intestinale avec rétablissement de la continuité immédiatement ou secondairement après confection d'une stomie provisoire.

Dans les invaginations intestinales non compliquées, la réduction peut être obtenue par des moyens non chirurgicaux : réduction pneumatique sous contrôle radioscopique, réduction hydrostatique par lavement opaque sous contrôle radioscopique, réduction hydrostatique par lavement au sérum salé isotonique sous contrôle échographique.

I.2.2.1.4/ Tumeurs malignes du cæcum [60]

Le cæcum est la localisation préférentielle des tumeurs malignes du côlon droit qui représentent 25 à 40% des tumeurs du côlon.

I.2.2.1.4.1/ Facteurs étiologiques

Le cancer du cæcum se développe le plus souvent chez l'adulte relativement jeune. Les hommes seraient plus touchés que les femmes. Les facteurs étiologiques incriminés sont :

- les régimes pauvres en résidus et riches en sucre et en viande ;
- les facteurs génétiques héréditaires (découverte d'un gène du cancer du côlon) ;
- les lésions prédisposantes (polypose colique familiale, polyadénomatoase colique, recto-colite hémorragique, tumeurs bénignes du côlon).

I.2.2.1.4.2/ Anatomie pathologique

Macroscopiquement.

On distingue :

- La forme bourgeonnante (ou végétante) qui est la plus fréquente. Elle réalise un gros bourgeon gris sale irrégulièrement mamelonné.
- La forme ulcérée qui réalise une ulcération à bords indurés plus ou moins creusants. Elle peut s'associer à la forme bourgeonnante pour donner une forme ulcéro-bourgeonnante.
- La forme infiltrante réalisant une infiltration irrégulière, sténosante qui épaisse la paroi intestinale et lui donne une consistance cartonnée.

Microscopiquement.

Les épithéliomas glandulaires ou adénocarcinomes sont les plus fréquents mais il peut s'agir de cancers colloïdes (cancers dont les cellules sont chargées de mucus).

L'extension.

Le cancer débute au niveau de la muqueuse cœcale. Son extension est locale, régionale et générale.

- L'extension locale se fait dans deux directions : en profondeur (entraînant un envahissement progressif des différentes couches de la paroi intestinale) et en surface. Elle peut aboutir à l'envahissement des organes voisins : vessie, iléon terminal, utérus ou ovaires chez la femme.
- l'extension régionale se fait par voie lymphatique. Elle intéresse quatre groupes ganglionnaires : les ganglions épiploïques, les ganglions para-épiploïques, les ganglions intermédiaires (situés sur les troncs vasculaires) et les ganglions principaux (situés à l'origine de l'artère mésentérique supérieure)
- l'extension générale se fait par voie veineuse entraînant un envahissement des organes à distance (foie, poumons, ovaires, squelette ...)

I.2.2.1.4.3/ Examen clinique

Ce cancer évolue à bas bruit. La symptomatologie est fruste si bien que son diagnostic est tardif.

Circonstances de découverte.

Elles peuvent être :

- *une douleur* de la fosse iliaque droite à type de colique intestinale avec des paroxysmes ou une douleur sourde et continue de la fosse iliaque droite ;
- *des troubles du transit* : la diarrhée est fréquente, d'apparition récente, rebelle aux antidiarrhéiques habituels, parfois dysentérique.
- *une masse de la fosse iliaque droite* plus ou moins douloureuse
- *des complications hémorragiques* : rectorragie, melæna, anémie.

L'examen physique.

Typiquement on note un amaigrissement, une anémie, une anorexie, une asthénie, une fièvre modérée. L'examen abdominal est pauvre ; il peut mettre en évidence une masse de la fosse iliaque droite irrégulière, peu douloureuse, le plus souvent fixée.

I.2.2.1.4.4/ Examens paracliniques

- *La coloscopie.*

Elle permet de voir l'aspect macroscopique et de faire des biopsies.

- *Le lavement baryté.*

Il montre soit une sténose tortueuse excentrée, courte, généralement irrégulière ; soit une lacune irrégulière, bosselée, marginale ou centrale souvent associée à une image marécageuse , soit une image d'arrêt en flamme de bougie ; soit une image de Stierlin sous forme d'une absence d'opacification du bas-fond cæcal avec irruption de baryte dans la dernière anse iléale.

I.2.2.1.4.5/ Principes thérapeutiques

Le traitement est exclusivement chirurgical. Ni la radiothérapie, ni la chimiothérapie n'ont une action efficace. Le traitement chirurgical a pour principe l'exérèse large de la tumeur et du segment colique qui la porte, assortie d'un curage ganglionnaire.

Les opérations palliatives sont de mises en présence d'un cancer inextirpable. Ce sont la colostomie, la dérivation interne (iléo-transversostomie) ou les résections tumorales sans curage.

I.2.2.1.5/ Perforations typhiques de l'iléon terminal

[60, 63]

Elles constituent une des complications digestives les plus graves qui surviennent au deuxième ou au troisième septénaire de la fièvre typhoïde. Elles se voient en zone endémique le plus souvent chez les jeunes.

I.2.2.1.5.1/ Anatomie pathologique

Les germes colonisent les ganglions mésentériques et les plaques de Peyer. La perforation survient après suppuration de ces organes. Elle est le plus souvent unique (rarement plus de trois). Elle est située sur l'iléon

terminal à moins de cinquante centimètres de la jonction iléo-cæcale. Il s'agit d'une perforation riziforme parfois ovalaire située sur le bord antl-mésentérique de l'intestin, avec des berges œdematiées et friables.

L'examen histologique apporte un argument diagnostique supplémentaire lorsqu'il met en évidence au niveau des plaques de Peyer ou dans les berges de l'ulcération un élément cellulaire caractéristique: la cellule de Rindfleisch qui est une cellule réticulaire tuméfiée ayant acquis une fonction de macrophage.

I.2.2.1.5.2/ Signes

La perforation typhique survient soit chez un typhique connu et traité. Parfois elle est inaugurale.

I.2.2.1.5.2.1/ Type de description : perforation sthénique survenant chez un typhique connu.

I.2.2.1.5.2.1.1/ Signes cliniques

Signes fonctionnels

L'anamnèse recherche les signes de la fièvre typhoïde qui ont marqué le début de la maladie. Ce sont :

- les troubles neurologiques (céphalées frontales, vertiges, insomnies),
- les troubles digestifs (anorexie, nausées, constipation, douleurs abdominales vagues, vomissements).
- un épistaxis (inconstant).

La perforation survient le plus souvent au deuxième ou au troisième septénaire et est marquée par une douleur intense de la fosse iliaque droite de survenue brutale. On parle d'un coup de tonnerre dans un ciel serein. Cette douleur va s'étendre rapidement à tout l'abdomen et peut s'accompagner de rectorragies ou de vomissements.

Signes généraux

- L'état général s'altère progressivement.
- La fièvre est le maître symptôme. Elle s'élève d'un demi-degré par jour pour atteindre 30° à 40° C à la fin du premier septénaire puis elle s'accroche en plateau avec de petites rémissions matinales appelées collapsus thermiques. De rares frissons peuvent accompagner cette fièvre.
- Le pouls est moins accéléré que ne le voudrait la température. On parle de la dissociation pouls-température.

Signes physiques.

A l'inspection l'abdomen est généralement de volume normal, ou très peu augmenté.

La palpation permet de noter une douleur abdominale avec une contracture réalisant le « ventre de bois ». Il existe un cri de l'ombilic.

La percussion recherche la disparition de la matité pré-hépalique témoin du pneumopéritoine.

L'auscultation note un silence abdominal.

Les touchers pelviens permettent de noter un cri du Douglas.

I.2.2.1.5.2.1.2/ Examens paracliniques

Examens biologiques

- *L'hémogramme.*

L'hémogramme montre une hyperleucocytose à la place de la classique neutropénie observée dans les formes non perforées.

- *L'hémoculture.*

L'hémoculture est le seul examen positif dans 90% des cas au premier septénaire. Il est positif dans 75% des cas au deuxième septénaire.

- *Le sérodiagnostic de Widal et Félix.*

Le sérodiagnostic de Widal et Félix n'est indiqué qu'au deuxième septénaire et seul un taux significatif d'anticorps anti O (supérieur à 1/200) est témoin d'une affection récente.

La radiographie de l'abdomen sans préparation

La radiographie de l'abdomen sans préparation est l'examen de choix et permet de visualiser un pneumopéritoine (croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique chez un patient debout) ou une grisaille abdominale parfois associés à des niveaux hydroaériques.

1.2.2.1.5.2.2/ Formes cliniques

Deux formes cliniques peuvent être observées :

- la forme sthénique telle que présentée dans le type de description.
- la forme asthénique survient généralement au troisième septénaire. Le début est insidieux et se caractérise par une chute thermique, une chute de la tension artérielle, une tachycardie, des vomissements, un arrêt du transit, une douleur abdominale spontanée, peu intense, diffuse et mal localisée. L'examen note une discrète défense abdominale, un météorisme abdominal et une douleur au toucher rectal. La numération formule sanguine note une hyperleucocytose et la radiographie de l'abdomen sans préparation un pneumopéritoine.

1.2.2.1.5.3/ Diagnostic

1.2.2.1.5.3.1/ Diagnostic positif

Il est basé sur :

- l'anamnèse qui recherche les signes fonctionnels du premier septénaire.
- l'examen physique qui note le syndrome péritonéal avec une douleur plus importante dans la fosse iliaque droite et la disparition de la matité pré hépatique,

- la radiographie de l'abdomen sans préparation qui montre le pneumopéritoine.
- et la biologie qui rattache l'infection à Salmonella typhi.

I.2.2.1.5.3.2/ Diagnostic différentiel

- Les perforations de l'iléon terminal au cours d'une infection non typhique.

Les signes cliniques et radiographiques sont similaires à ceux des perforations typhiques et seuls les examens bactériologiques permettront d'identifier le germe en cause et d'exclure Salmonella typhi .

- Les perforations appendiculaires.

L'anamnèse ne retrouve pas les signes du premier septénaire de la fièvre typhoïde. L'échographie dans la perforation appendiculaire note les signes d'une atteinte appendiculaire. Dans tous les cas la laparotomie fera le diagnostic devant un appendice perforé alors que les anses grêles sont saines.

- Les perforations diastatiques de l'iléon terminal.

Elles surviennent en amont d'un obstacle. Ces lésions sont exceptionnelles. L'importance du pneumopéritoine est l'élément le plus caractéristique.

I.2.2.1.5.4/ Principes thérapeutiques

Le traitement médical est très important : réanimation, aspiration duodeno-jéjunale, antibiothérapie polyvalente.

L'indication chirurgicale est formelle. La perforation typhique est actuellement le plus souvent justiciable de la simple suture (après avivement des berges de la perforation) avec enfouissement. Par contre les perforations multiples avec ensemencement stercoral péritonéal massif restent d'une haute gravité. Dans ces cas, la résection de l'anse perforée avec l'iléostomie est préférable. Dans tous les cas, l'intervention doit se terminer par une toilette péritonéale et un drainage.

I.2.2.1.6 / Amibiases intestinales [10, 22]

C'est une inflammation de la muqueuse colique due à *Entamoeba histolytica*. C'est une affection très fréquente dans les zones chaudes et humides. Plus de 90% des sujets infestés n'ont aucun symptôme.

I.2.2.1.6.1/ Etiopathogénie

L'amibe existe sous trois formes: kystique, minuta et *histolytica*. Les kystes ingérés donnent dans le grêle les formes minuta qui sous l'influence de variation physico-chimiques du milieu se transforment en formes *histolytica*. Celles-ci sont douées d'un pouvoir nécrotique important. Elles vont se multiplier dans la muqueuse et former des foyers de nécrose avec appel de leucocytes. L'extension lésionnelle donne naissance à des abcès en bouton de chemise qui peuvent fusionner pour former des ulcérations rapidement surinfectées. Les sièges de prédilection des lésions sont le sigmoïde et le cæcum

I.2.2.1.6.2/ Signes cliniques

Plusieurs formes cliniques sont décrites. Trois peuvent donner des symptômes localisés à la fosse iliaque droite.

- La colite dysentérique.

Elle représente 10% des cas. La symptomatologie est bruyante associant: épreintes, faux besoins, ténésmes et émissions de selles afécales, glaireuses, muco-sanguinolentes. A l'examen le cadre colique est douloureux dans son ensemble ou seulement au niveau du cæcum distendu ou du sigmoïde spasmé. Par ailleurs l'état général est conservé ; la température est normale.

- L'amœbome.

Il siège surtout au niveau du cæcum. Il est très rare (0,15 à 1,5% des colites amibiennes). Sa constitution peut être progressive en quelques jours ou quelques semaines. Il se présente comme une colite organique avec diarrhée ou dysenterie ou comme une tumeur du côlon avec douleur et sub-occlusion. Les deux syndromes peuvent s'intriquer. La fièvre et l'altération

de l'état général sont fréquentes. L'examen découvre dans la moitié des cas une masse abdominale mal limitée, fixée et douloureuse.

- La forme cœcale.

Très souvent asymptomatique, elle peut parfois se manifester par une douleur de la fosse iliaque droite et du flanc droit, une diarrhée peu abondante matinale plus souvent muqueuse que sanglante. L'atteinte appendiculaire peut être associée à cette forme. L'appendicite amibiennne isolée est exceptionnelle.

I.2.2.1.6.3/ Examens para cliniques

- *L'examen parasitologique.*

L'examen parasitologique des selles ou des prélèvements biopsiques est indispensable au diagnostic car seule la mise en évidence du parasite permet de poser le diagnostic.

- *La coloscopie.*

Elle montre des ulcérations en coup d'ongle sur une muqueuse rouge congestive ou en cas d'amœbome, une masse cœcale dont la biopsie permet de faire un diagnostic anatomo-pathologique.

- *Le lavement baryté.*

Il montre en cas d'amœbome un rétrécissement colique segmentaire de longueur variable, symétrique ou excentré ; la muqueuse est irrégulière, ulcérée le plus souvent.

I.2.2.1.6./ Principes thérapeutiques

Le traitement comprend deux volets :

- un traitement anti-parasitaire ou étiologique qui fait appel aux amœbicides tissulaires et de contact
- et un traitement symptomatique (antispasmodiques, antalgiques) parfois associé à des mesures diététiques (régime riche en fibres).

I.2.2.1.7/ Tuberculose iléo-cæcale [10, 22]

C'est une inflammation de l'intestin due à *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch.

I.2.2.1.7.1/ Etiopathogénie

La tuberculose intestinale est plus fréquente entre 20 et 30 ans. Les deux sexes sont touchés avec la même fréquence. L'atteinte intestinale peut se faire par quatre voies : la voie digestive (déglutition du bacille de Koch par un sujet porteur d'une tuberculose pulmonaire ou à partir du lait de bovins non stérile), la voie hématogène (à partir d'une miliaire tuberculeuse), la voie lymphatique (à partir d'une tuberculose ganglionnaire) et la colonisation de proche en proche, lorsqu'il y a une tuberculose génitale ou péritonéale.

Les bacilles vont se localiser dans les ganglions lymphatiques de la région iléo-cæcale ou dans la profondeur des glandes muqueuses et seront à l'origine de réactions inflammatoires et de remaniements tissulaires.

I.2.2.1.7.2/ Anatomie pathologique

Siège des lésions

Tous les segments du grêle et du côlon peuvent être touchés mais c'est la région iléo-cæcale qui est la plus atteinte car à ce niveau, le tissu lymphoïde est plus abondant.

Aspects macroscopiques

Trois formes sont décrites:

- la forme ulcéro-hypertrophique se présente comme une volumineuse masse de la fosse iliaque droite. Cette masse est constituée du cæcum, de l'iléon terminal, de la graisse mésentérique. Le tout est entouré d'adhérences importantes.
- la forme ulcéreuse : les ulcérations sont variables en nombre et en profondeur;

- les formes intermédiaires, multiples et parfois dues à des complications: (sténoses, perforations, fistules).

Aspects microscopiques

La lésion élémentaire est le granulome tuberculeux que l'on trouve dans la muqueuse intestinale ou dans les ganglions lymphatiques satellites.

Le granulome tuberculeux comporte des cellules épithélioïdes et des cellules géantes centrées par la nécrose caséuse.

Les cellules épithélioïdes résultent de la transformation des monocytes macrophages. Morphologiquement, ce sont des grandes cellules à cytoplasme abondant, mal limité, éosinophile parfois vacuolaire. Le noyau est allongé, régulier ou discrètement encoché. Ces cellules contiennent un équipement enzymatique très important et très diversifié.

Les cellules géantes sont des plasmocytes plurinucléés provenant de la fusion de plusieurs cellules monocytes macrophages. L'aspect habituel est celui des cellules de Langhans dont les nombreux noyaux sont disposés en couronne ou en fer à cheval.

Le nécrose caséuse est un foyer de destruction tissulaire se présentant comme une matière granuleuse blanchâtre ou grisâtre. Histologiquement, elle constitue une plage irrégulière, éosinophile remplaçant la structure normale du tissu. Elle contient parfois *Mycobacterium tuberculosis*.

I.2.2.1.7.3/ Signes cliniques

Le tiers des patients est asymptomatique. Il n'y a pas de signes cliniques spécifiques à la tuberculose intestinale .

Signes fonctionnels

L'anamnèse recherche :

- des signes d'imprégnation tuberculeuse (amaigrissement, asthénie, anorexie, fébricule vespéral, sueurs nocturnes...)
- une douleur à type de colique localisée dans la fosse iliaque droite (parfois la région péri-ombilicale ou épigastrique). Ces douleurs sont soulagées par la défécation ou les vomissements. Un syndrome de Koenig s'observe dans la forme typique.
- une diarrhée chronique, une constipation, un syndrome ulcéreux, un syndrome appendiculaire ou des hémorragies digestives.

Signes physique

L'examen abdominal note une sensibilité de la fosse iliaque droite, parfois une masse fixe et sensible de la fosse iliaque droite.

Cet examen abdominal doit être complété par un examen de tous les appareils à la recherche d'autres localisations de la maladie.

Dans certains cas la maladie est révélée par des complications : obstruction colique, fistules intestinales ou génito-intestinales, hémorragie massive, perforation en péritoine libre.

1.2.2.1.7.4/ Examens paracliniques

Les principaux examens paracliniques sont :

- *Le lavement baryté.*

Le lavement baryté qui montre au début, des spicules parfois de véritables niches avec un plissement muqueux épais. A un stade avancé on peut noter un sténose iléale partielle. Au stade ultime on peut voir une disparition du cæcum.

- *La coloscopie.*

La coloscopie apprécie les lésions (sténose, ulcération) et permet de faire une biopsie pour étude histologique.

- *L'intradermo-réaction à la tuberculine.*

L'intradermo-réaction à la tuberculine est négative dans la moitié des cas.

- *La recherche du bacille de Koch dans les selles.*

Elle est négative.

En cas d'épanchement péritonéal associé, la cytologie du liquide péritonéal montre une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire. *Mycobacterium tuberculosis* est rarement mis en évidence car sa mise en évidence nécessite une culture sur un milieu spécifique de Lowenstein Jensen.

I.2.2.1.7.4 / Principes thérapeutiques

Le traitement est généralement médical à base d'anti-tuberculeux (rifampicine, isoniazide, éthambutol, pyrazinamide, streptomycine...) sous forme d'une polychimiothérapie.

Le traitement chirurgical a vu sa place diminuer depuis l'avènement des anti-tuberculeux. Il reste cependant indiqué dans les formes compliquées de perforation, d'occlusion ou de fistules. L'acte chirurgical consistera dans l'immense majorité des cas en une hémicolectomie droite suivie d'une anastomose iléo-transverse immédiate. Il doit être entrepris sous couvert d'un traitement médical par les anti-tuberculeux qui se poursuivra après l'intervention.

I.2.2.1.8/ Maladie de Crohn [10, 22]

La maladie de Crohn est une affection inflammatoire chronique d'étiologie inconnue (alimentaire, bactériologique, virale, immunitaire...) qui peut atteindre tous les segments du tube digestif, mais, le plus souvent, l'iléon et le côlon.

En Europe sa fréquence est sensiblement égale dans les deux sexes. Elle survient le plus souvent après dix ans avec une fréquence maximale entre dix et dix neuf ans.

I.2.2.1.8.1/ Signes cliniques

Les signes généraux sont la fièvre et l'altération de l'état général. Les signes digestifs de la maladie de Crohn sont la diarrhée, les douleurs abdominales, les manifestations anales et périnéales (fissures, abcès, fistules), parfois la perception d'une masse abdominale. Les manifestations extra-intestinales les plus fréquentes, sont les atteintes ostéo-articulaires (arthralgies, arthrites), cutanéomuqueuses (érythème noueux, ulcérations buccales), oculaires (uvéites).

L'évolution de la maladie de Crohn se fait souvent par poussées séparées par des rémissions cliniques plus ou moins longues ; la guérison est rare. Les complications les plus fréquentes sont les occlusions (aiguës ou chroniques), les fistules (surtout internes), les abcès, plus rarement les hémorragies et la colectasie. Chez l'enfant le retard staturo-pondéral est fréquent.

I.2.2.1.2/ Examens paracliniques

- La radiographie de l'abdomen sans préparation.

Les anomalies radiologiques de la maladie de Crohn sont segmentaires et asymétriques. Elles résultent de l'association d'une rigidité pariétale, de rétrécissements, d'ulcérations et d'un aspect nodulaire de la muqueuse. Il peut en résulter des images de sténose, des aspects de pavage.

- L'anatomie pathologique.

Les signes anatomo-pathologiques macroscopiques de la maladie de Crohn sont : des ulcérations (superficielles ou profondes en cartes de géographie, ou fissuraires), un épaissement pariétal, une sclérolipomatose des mésos avec hypertrophie ganglionnaire. Ces lésions sont souvent discontinues, séparées par des zones saines. Microscopiquement, les signes majeurs sont représentés par les granulomes épithélioïdes à cellules

géantes, la prolifération des nodules lymphoïdes, l'épaississement de la sous-muqueuse par un œdème.

I.2.2.1.8.3/ Principes thérapeutiques

En l'absence de traitement étiologique, la thérapeutique actuelle de la maladie de Crohn repose sur :

- la correction des carences électrolytiques, vitaminiques et nutritionnelles par alimentation parentérale exclusive ou alimentation entérale à faible débit continu lors des poussées;
- le traitement symptomatique par les ralentisseurs du transit, les anti-inflammatoires
- et la chirurgie qui est indiquée en cas de sténose ou de fistule; elle ne met pas à l'abri des récurrences.

I.2.2.1.9/ Lymphadénites [28, 60]

La lymphadénite aiguë ou subaiguë encore appelée iléite lymphoïde terminale, lymphadénite mésentérique est une affection de l'enfant et de l'adulte jeune caractérisée anatomiquement par une inflammation aiguë ou subaiguë des ganglions et des vaisseaux lymphatiques mésentériques. Elle peut être d'origine virale (Adénovirus) ou microbienne (Yersiniose) ou carcinologique.

Cliniquement, elle peut se manifester soit par un syndrome rappelant celui de l'appendicite aiguë (formes pseudo-appendiculaires) soit par une volumineuse adénopathie mésentérique avec parfois un épanchement péritonéal clair plus ou moins abondant. La consistance de cette adénopathie est variable : elle peut être molle, ferme ou dure (Yersiniose). Dans tous les cas les lymphadénites abdominales sont le plus souvent de découverte opératoire et leur diagnostic doit être confirmé par l'histologie, la culture des ganglions ainsi que par certaines réactions sérologiques spécifiques.

Le traitement est médical par une antibiothérapie adaptée au germe en cause. Parfois, un traitement chirurgical peut être associé et consistera en l'ablation des adénopathies.

I.2.2.2/ Affections gynécologiques [27, 53,66,70]

I.2.2.2.1/ Kystes de l'ovaire droit

Ce sont des formations ovariennes constituées par une membrane propre enfermant un contenu liquidien ou partiellement liquidien. Les kystes représentent plus de 80% des tumeurs de l'ovaire. En général bénins ces kystes se voient à tout âge mais surtout en période d'activité génitale. Ces kystes exposent à de nombreuses complications.

I.2.2.2.1.1/ Variétés anatomiques

les kystes fonctionnels

Ils sont la conséquence de l'hyper stimulation de l'ovaire. Parmi les kystes fonctionnels on distingue :

- Les kystes lutéaux dus à une distension du corps jaune pouvant donner soit un corps jaune fonctionnel hémorragique soit un kyste lutéal gravidique qui régresse par la suite.
- Les luthéomes de la grossesse qui résultent de la transformation de la thèque des follicules ovariens et sont rencontrés au cours de la grossesse gémellaire.
- Les kystes folliculaires qui sont la conséquence de l'importance de la stimulation par la FSH que l'on rencontre dans les dystrophies ovariennes.

Les kystes organiques

Ils sont représentés par :

- Les kystes séreux ou cystadénomes séreux ; en général uniloculaires et de volume très variable.
- Les kystes mucoïdes ou cystadénomes muqueux ; beaucoup plus rares, en général unilatéraux, multiloculaires et contenant une substance filante visqueuse plus ou moins épaisse.
- Les kystes dermoïdes ou dysembryomes bénins, ou tératomes bénins. Ils sont uni ou bilatéraux et proviennent du développement anormal de la lignée germinale. On trouve dans ces kystes des tissus qui ont une constitution adulte parfaite (cheveux, poils, dents, cartilage, muqueuse intestinale...). Ces kystes sont toujours bénins.

I.2.2.2.1.2/ Signes cliniques

La découverte est fortuite le plus souvent. Parfois il s'agit d'une douleur pelvienne, d'une métrorragie, d'un retard de règle, d'une augmentation du volume de l'abdomen ou d'une complication.

A l'examen physique ; l'inspection abdominale note ,parfois une voussure au niveau de la fosse iliaque droite lorsque le kyste est de grande taille. Au spéculum , le col est dévié à droite ou surélevé. Au toucher vaginal couplé au palper abdominal, l'utérus est de taille normale parfois dévié par une masse latéro-utérine droite indolore, arrondie et régulière, mobile rénitente ou ferme, indépendante de l'utérus et séparée de l'utérus par un sillon. Parfois le diagnostic peut être plus difficile lorsque le kyste est immobilisé par des adhérences ou enclavé dans le cul-de-sac de Douglas.

I.2.2.2.1.3/ Examens paracliniques

- *L'échographie.*

L'échographie pelvienne est capitale pour le diagnostic de l'origine de la masse, de sa structure et de sa taille. La distinction entre kystes organiques et kystes fonctionnels est souvent difficile. Un aspect anéchogène

et une taille peuvent orienter vers un caractère fonctionnel ou organique du kyste. Ainsi un KOD anéchogène de moins de 6 centimètres est à priori considéré comme fonctionnel). Par contre une hétérogénéité oriente vers une origine organique.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation

La radiographie de l'abdomen sans préparation peut objectiver des calcifications (cheveux, dents ...) dans les kystes dermoïdes.

- La coelioscopie

Outre la confirmation diagnostique, la coelioscopie permet souvent l'ablation coelio-chirurgicale du kyste.

1.2.2.2.1.4/ Complications

Les complications sont nombreuses.

La torsion se traduit par une douleur pelvienne brutale avec nausées, vomissements, quelque fois troubles du transit sans syndrome infectieux. La masse ovarienne est difficilement perçue du fait de la douleur. Les hémorragies intra-kystiques ou intra-péritonéales sont en règle générale secondaires à une torsion subaiguë.

La rupture est souvent secondaire à une torsion parfois à un traumatisme. Elle se traduit par une douleur aiguë, un arrêt du transit, un syndrome péritonéal.

La transformation cancéreuse est très redoutée et plus fréquente dans les cystadénomes séreux

1.2.2.2.1.5/ Principes thérapeutiques

Les kystes organiques sont traités chirurgicalement, de même que les kystes fonctionnels compliqués. L'acte chirurgical est une kystectomie, une ovariectomie voire une annexectomie dans certains cas.

Le traitement médical concerne les kystes fonctionnels non compliqués de petite taille (inférieure à 6 centimètres). Le plus souvent, il consiste en la mise au repos des ovaires pendant trois à six cycles à l'aide

d'oestrogostatifs. De nos jours certains autres préconisent la surveillance du kyste.

I.2.2.2.2/ Salpingites droites

La salpingite droite est une infection de la trompe droite. Les salpingites atteignent les femmes de plus en plus jeunes (60% avant 25 ans).

La symptomatologie actuelle est profondément modifiée, ce qui retarde le diagnostic. Trois risques majeurs sont à redouter : la salpingite chronique, la stérilité, les grossesses extra-utérines.

I.2.2.2.2.1/ Diagnostic positif

I.2.2.2.2.1.1/type de description : salpingites aiguës

Signes cliniques

L'interrogatoire recherche :

- une circonstance déclenchante : rapports sexuels suspects suivis d'apparition d'une vulvo-vaginite ; leucorrhées purulentes, manœuvres abortives, explorations gynécologiques telles qu'une hystérosalpingographie, une biopsie de l'endomètre, pose de stérilet.....
- des antécédents de crises aiguës similaires

Les signes fonctionnels sont dominés par une douleur hypogastrique plus marquée à droite, violente, continue à renforcements paroxystiques. Elle peut s'accompagner de signes d'irritation péritonéale (nausées, vomissements, troubles du transit), de signes urinaires (pollakiurie , dysurie, rétention d'urine), de signes rectaux (épreintes, ténésmes).

L'examen physique révèle un discret météorisme, une douleur et une défense hypogastrique mais sans contracture franche. La température est à 38,5°C ou plus. Le spéculum peut mettre en évidence les leucorrhées et permet surtout de faire des prélèvements vaginaux ou endocervicaux. Le toucher vaginal est très douloureux surtout au niveau du cul-de-sac latéral droit qui est empâté.

Examens paracliniques

- *La numération formule sanguine.*

La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose

- *La vitesse de sédimentation*

La vitesse de sédimentation est accélérée.

- *La coelioscopie.*

La coelioscopie est capitale. Elle permet de voir les trompes, les pavillons et de prélever du liquide pour la bactériologie et elle élimine une appendicite.

- *L'échographie.*

L'échographie note peu de signes puisque la trompe n'est pas individualisée.

I.2.2.2.1.2/ Formes cliniques

- *Formes symptomatiques*

- Les formes frustes sont les plus fréquentes et de diagnostic plus difficile : la douleur est atténuée, les métrorragies sont fréquentes (40 à 50% des cas), la fièvre manque dans 50% des cas. La vitesse de sédimentation peut être normale.

- Les salpingites chroniques. A la suite d'un certain nombre de poussées, il persiste un état lésionnel séquellaire que l'on peut qualifier de salpingite chronique. La trompe peut être épaissie et augmentée de volume entourée d'adhérences (forme hypertrophique). Dans la forme atrophie qui est plus rare, la trompe est réduite à un cordon fibreux de consistance dure. Dans l'hydrosalpinx ou salpingite chronique kystique les franges du pavillon ont disparues et l'extrémité externe de la trompe est renflée en massue sans orifice visible. Le contenu de la trompe est séreux plus ou moins clair généralement aseptique.

Sur le plan clinique les salpingites chroniques peuvent rester latentes et seront de découverte fortuite mais le plus souvent la douleur est au premier plan de la symptomatologie. Elle est de siège pelvien unilatéral droit ou bilatéral à type de pesanteur ou de tiraillement et irradie vers le sacrum, les lombes ou les cuisses. Elle entraîne une gêne fonctionnelle importante et est calmée par le décubitus et le repos. Elle peut s'accompagner de troubles menstruels, de dysménorrhées ou de dyspareunie profonde.

L'état général peut être altéré avec asthénie et amaigrissement. Le toucher vaginal note une douleur ou une masse au niveau des culs-de-sac.

L'hystérosalpingographie révèle une obstruction tubaire uni ou bilatérale avec une distension de la portion ampulaire de la trompe dans l'hydrosalpinx et parfois des calcifications tubaires.

• Formes compliquées

Le pyosalpinx, la pyo-ovarite, l'ovarite, l'abcès du Douglas, exceptionnellement un phlegmon du ligament large sont des complications qui surviennent par suppuration de la salpingite aiguë.

La suppuration est annoncée par une altération de l'état général avec une asthénie, un amaigrissement, une pâleur conjonctivale, des sueurs et une fièvre oscillante. La douleur persiste et devient pulsatile ; une dysurie et un ténésme rectal peuvent apparaître.

Sur le plan paraclinique, il existe une hyper leucocytose et une accélération de la vitesse de sédimentation.

La diffusion réalise un tableau de péritonite aiguë généralisée.

L'échographie dans le pyosalpinx note une trompe à contenu hétérogène, et un épanchement intra péritonéal. Un point sémiologique important est l'aspect serpigneux de la trompe dilatée que l'on peut suivre avec la sonde. Ce caractère permet le diagnostic différentiel avec les lésions liquidiennes ovariennes.

I.2.2.2.2/ Principes thérapeutiques

Le traitement de la salpingite aiguë est d'abord médical, il comprend un repos absolu au lit, une vessie de glace sur l'hypogastre, une antibiothérapie et une corticothérapie. L'antibiothérapie doit être instaurée d'emblée et associer au moins deux antibiotiques puis elle sera adoptée aux résultats de l'antibiogramme.

Le traitement chirurgical est nécessaire en cas de suppuration (pyosalpinx, pyo-ovarite, abcès du douglas) pour drainer le pus. Dans l'abcès de l'ovaire, une annexectomie est indiquée.

I.2.2.2.3/ Grossesse extra-utérine droite

La grossesse extra-utérine droite est définie par la localisation ectopique en dehors de la cavité utérine et dans la région pelvienne droite de l'œuf fécondé . Cette localisation se fait le plus souvent dans la trompe droite. La localisation ovarienne droite est rare. Le trophoblaste en érodant la paroi tubaire entraîne un saignement intra-tubaire (hématosalpinx) puis extra-tubaire (hémopéritoine) voire une rupture complète de la trompe. La grossesse extra-utérine ne saurait évoluer normalement. Elle aboutit à plus ou moins court terme à des accidents hémorragiques parfois dramatiques. Son traitement est très souvent une annexectomie droite ; seul un diagnostic précoce dont il ne faut pas méconnaître les difficultés cliniques permettrait d'être conservateur au maximum.

On observe ces dernières années une augmentation de la fréquence des grossesses extra-utérines en rapport avec une augmentation des maladies sexuellement transmissibles.

I.2.2.2.3.1/ Etiopathogénie

L'explication de cette localisation ectopique de l'œuf fécondé peut être :

- un retard de la captation de l'ovule
- un arrêt ou un ralentissement dans la migration de l'œuf qui peuvent être dus à des lésions anatomiques tubaires (infectieuses, malformatives, rarement des compressions extrinsèques, des lésions cicatricielles après

une chirurgie conservatrice sur une trompe déjà malade), plus rarement à des facteurs hormonaux (surtout les progestatifs mini dosés), un spasme tubaire, une endométriose.

- une anomalie de l'œuf lui-même

I.2.2.2.3.2/ Diagnostic positif

I.2.2.2.3.2.1/ Type de description : La grossesse extra-utérine non rompue ou hématosalpinx.

C'est une hémorragie enkystée dans la trompe qu'elle distend. L'œuf peut être vivant ou non.

Signes cliniques

La patiente consulte pour une douleur pelvienne (80 à 95% des cas) intermittente, unilatérale droite à type de colique salpingienne.

Le retard de règles est parfois net, souvent il est difficile à mettre en évidence car masqué par des métrorragies qui sont habituellement noirâtres (saepia) peu abondantes distillantes. Parfois, elles peuvent simuler des règles normales, ou un avortement lorsqu'il y'a une expulsion de caduques.

L'examen abdominal révèle une douleur provoquée unilatérale droite, une absence de contracture. Au spéculum, le col est violacé et le saignement est endo-utérin. Au toucher vaginal, on note une masse latéro-utérine droite, molasse douloureuse indépendante de l'utérus, mobile. L'utérus est ramolli et plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse. Dans certains cas, l'utérus est de taille normale.

Examens paracliniques

- *La numération formule sanguine.*

La numération formule sanguine révèle une anémie.

- *La réaction immunologique urinaire de la grossesse et le dosage des bêta H.C.G.*

La réaction immunologique urinaire de la grossesse peut être négative. Elle doit alors être complétée par le dosage des bêta H.C.G dont l'absence permet d'éliminer une grossesse extra-utérine évolutive et dangereuse. Son taux faible ou descendant correspond à une grossesse en involution.

- *L'hystéroggraphie.*

Elle peut être employée lorsque le taux de bêta H.C.G est faible ou stationnaire . Elle a l'avantage de montrer la trompe controlatérale.

- *La ponction du cul-de-sac de Douglas.*

La ponction du cul-de-sac de Douglas n'a d'intérêt que si l'on soupçonne un hémopéritoine ou si l'échographie montre une collection péritonéale. Elle a une valeur diagnostique que si elle ramène du sang incoagulable.

- *La cœlioscopie.*

La cœlioscopie est le procédé le plus sûr . Elle montre un nodule bleuté sur le trajet tubaire parfois déjà un peu de sang s'écoulant du pavillon et gagnant le fond du cul-de-sac de Douglas.

- *L'échographie.*

Elle évoque la grossesse extra-utérine devant des signes indirects ou des signes directs.

Les signes directs des grossesses extra-utérines correspondent à la visualisation directe du sac gestationnel en dehors de la cavité utérine (5% des cas) avec une activité cardiaque positive.

Les signes indirects de la grossesse extra-utérine sont :

→ *Hémopéritoine.* La mise en évidence de liquide dans le cul-de-sac de Douglas est un élément d'orientation important.. Son absence n'élimine pas le diagnostic.

→ *Hématosalpinx.* Masse échogène volontiers hétérogène latéro ou rétro-utérine correspondant à la trompe dilatée contenant des débris de trophoblaste. Il est électivement douloureux au passage de la sonde

→ *Corps jaune gravidique*. Couronne d'hypervascularisation en codage couleur, sa recherche est importante car dans plus de 80% des cas, il siège du côté de la grossesse extra-utérine.

→ *Les signes endométriaux*. L'épaississement endométrial : hyperéchogène, homogène, épais (10-15 millimètres) correspond à la décidualisation de l'endomètre sous l'influence des hormones de la grossesse. Néanmoins, si un endomètre fin ou hypoéchogène n'est pas en faveur d'une grossesse, il ne permet pas d'exclure une grossesse extra-utérine. Le pseudo sac gestationnel est une image liquidienne intracavitaire, allongée, médiane, comportant une seule couronne fine hyperéchogène sans trophoblaste. Il correspond à un saignement endométrial associé à une grossesse arrêtée.

1.2.2.3.2.2/ Formes cliniques

Plusieurs formes cliniques ont été décrites.

- **La grossesse extra-utérine rompue** est la plus fréquente dans les pays en développement.

Il s'agit d'une rupture cataclysmique. Son diagnostic se fait devant une douleur pelvienne spontanée, syncopale.

L'examen physique note une pâleur des conjonctives avec les signes d'anémie aiguë (soif, pouls petit et filant, tension artérielle très basse). L'abdomen est ballonné avec une matité déclive des flancs, une douleur scapulaire. Au toucher vaginal, on note une douleur provoquée très vive au niveau du cul-de-sac de Douglas (cri du Douglas) ; le doigtier revient souillé de sang.

La culdocentèse ramène du sang noirâtre incoagulable ; mais une ponction blanche est sans signification car le Douglas peut-être cloisonné.

- **Les formes trompeuses** sont représentées par les formes pseudo-salpingitiques, les formes pseudo-abortives, les formes pseudo-appendiculaires.

- **Les formes topographiques** comprennent l'hématocèle pré-utérin, l'hématocèle rétro-utérin ...

I.2.2.2.3.3/ Principes thérapeutiques

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée en urgence. Dans les formes compliquées d'accidents hémorragiques, l'intervention doit s'accompagner d'une réanimation importante qui consistera surtout à compenser les pertes sanguines.

L'acte chirurgical est soit radical (salpingectomie, annexectomie) soit conservateur. La méthode conservatrice la plus utilisée est la césarienne tubaire : incision longitudinale de la trompe, extraction du trophoblaste puis suture des berges. Les autres méthodes conservatrices sont l'aspiration per cœlioscopie et la microchirurgie conservatrice.

Par ailleurs, un traitement médical de la grossesse extra-utérine par injection in situ de méthotrexate semble être prometteur de même que l'utilisation du R U 486 qui a pour rôle d'arrêter le développement du trophoblaste.

I.2.2.2.4/ Cancers de l'ovaire droit

Ce sont les tumeurs malignes de l'ovaire droit. Ils représentent 15% des tumeurs de l'ovaire. Son diagnostic est anatomo-pathologique.

I.2.2.2.4.1/ Signes

Signes cliniques

Les circonstances de découverte sont variables. une douleur abdomino-pelvienne, un trouble du cycle (surtout métrorragie), des signes de compression (dysurie), des troubles digestifs (constipation), une altération de l'état général avec amaigrissement important et rapide, une masse abdomino-pelvienne ou une ascite....

L'examen physique retrouve : au spéculum un col latéro-dévié et au toucher vaginal un utérus refoulé par une masse latéro-utérine droite irrégulière, dure, indépendante de l'utérus, fixée.

L'évolution est insidieuse ; c'est un cancer qui a une dissémination le plus souvent péritonéale et/ou hépatique.

Examens paracliniques

- L'échographie.

L'échographie objective la tumeur. La difficulté du diagnostic tient au polymorphisme échographique des cancers ovariens qui peuvent revêtir l'aspect d'une image anéchogène (5%), d'une structure mixte (cas le plus fréquent) ou d'une structure solide. Si le critère taille pris isolément n'est pas significatif, l'existence de parois épaisses, de cloisons irrégulières, de végétations intrakystiques, d'une ascite, ont une meilleure valeur discriminative. Les végétations exokystiques ne sont pas détectées par échographie en l'absence d'épanchement péritonéal. Il semble que plus la composante solide est prédominante, plus le risque de malignité augmente.

- La ponction d'ascite.

La ponction d'ascite ramène un liquide hématique contenant des cellules cancéreuses.

- L'hystérosalpingographie.

L'hystérosalpingographie montre une cavité utérine normale. Le produit de contraste cerne la tumeur et on peut noter l'étirement de la trompe.

- La coelioscopie

La coelioscopie permet de faire un bilan lésionnel et de rechercher des végétations ou des adhérences avec les organes voisins. Dans tous les cas, le diagnostic de certitude est apporté par la cytologie.

- L'anatomie pathologie.

L'anatomie pathologie apporte le diagnostic.

Après avoir fait un bilan d'extension (urographie intraveineuse, lavement baryté, cystoscopie, anatomo-pathologie....) parfois une laparotomie, on stadifie le cancer de l'ovaire:

I.2.2.2.4.2/ Principes du traitement

Le traitement est le plus souvent chirurgical parfois associé à une chimiothérapie et/ ou une radiothérapie.

L'indication du traitement dépend du stade de la tumeur :

I.2.2.3/ Lithiases urinaires droites [29,31,60,63]

Elles peuvent entraîner une obstruction des voies urinaires. Elles se révèlent le plus souvent par une colique néphrétique. Lorsque l'obstruction concerne le bas uretère droit, la symptomatologie prédomine au niveau de la fosse iliaque droite.

Dans nos pays la lithiase vésicale est la plus fréquente des lithiases urinaires . Les professions sédentaires et les routiers sont les plus exposés ; l'homme est plus atteint que la femme.

I.2.2.3.1/ Etiopathogénie

Les calculs urinaires sont constitués par une matrice protéique (protéine de Tamm et Horsfall) associée à des sels minéraux ou des composantes organiques. Par ordre de fréquence décroissante on a : les calculs d'oxalate de calcium sombres (73%), de phosphate de calcium et de magnésium gris ou crayeux(17,5%), d'urate ou d'acide urique bruns rougeâtres (7,6%), de cystine (6,9%), de fibrine (0,6%), et des calculs de médicaments.

La lithiase urinaire peut se former de deux façons : la lithiase d'organe qui se forme dans les voies urinaires a la faveur d'un obstacle local (malformatif ou acquis) et la lithiase d'organisme qui se forme à l'occasion de troubles métaboliques ou d'une maladie générale.

I.2.2.3.2/ Signes

Signes cliniques

La circonstance de découverte est en général une colique néphrétique. C'est une douleur unilatérale lombaire droite extrêmement intense entraînant une anxiété et une agitation. Son début est souvent brutal précédé de prodromes à type de pollakiurie, de pesanteur lombaire et de miction impérieuse. Cette douleur irradie vers la fosse iliaque droite et dans la région inguinale ou plus bas vers les organes génitaux externes. Elle peut s'accompagner d'un syndrome occlusif ou sub-occlusif, d'une hématurie, d'une anurie. La fièvre traduit une surinfection. La sédation de la douleur est suivie parfois d'une débâcle urinaire avec émission de sable ou de boue urinaire.

Les autres circonstances de découverte sont soit une découverte fortuite (surtout lors d'une autopsie), soit une protéinurie avec une hématurie, soit enfin une anurie calculuse.

L'examen physique est pauvre : hyperesthésie lombaire, parfois défense mais jamais de contracture.

Examens paracliniques

- La radiographie de l'abdomen sans préparation.

La radiographie de l'abdomen sans préparation ne montre que les calculs radio-opaques qui représentent 90 à 95% des calculs urinaires. Typiquement ovalaire, le calcul urétéral est allongé dans l'axe de l'uretère, homogène, parfois spiculé.

- L'échographie.

L'échographie peut parfois donner le diagnostic topographique de la lithiase, sa taille, son retentissement anatomique en amont. Cependant dans le cadre des pathologies aiguës de l'arbre urinaire, il faut garder en mémoire certaines limites de l'examen échographique. Durant les premières heures du syndrome obstructif, les cavités ne sont pas dilatées, mais seulement

tendues. Le diagnostic peut être ainsi méconnu si l'obstacle n'est pas mis en évidence.

A l'échographie, tous les calculs sont théoriquement visibles, indépendamment de leur nature chimique, pour peu que leur taille soit suffisante. En réalité, le taux de visibilité des calculs obstructifs n'atteint que 60% au maximum. Ce taux est fonction de la taille du calcul et de sa localisation. Les calculs situés dans l'uretère lombaire sont plus difficiles à démontrer par échographie.

- *L'urographie intraveineuse*

L'urographie intraveineuse permet de poser le diagnostic dans les cas où la radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie sont imprécises, de plus elle apprécie la fonction rénale. Cependant les tumeurs obstructives de l'uretère peuvent souvent prêter à confusion.

- *L'uretéroscopie.*

L'uretéroscopie pose le diagnostic dans tous les cas en visualisant directement le calcul.

Un bilan métabolique doit être fait pour déterminer les troubles à l'origine de la formation du calcul de même, un bilan de retentissement appréciera la fonction rénale et recherchera une infection associée.

L'évolution est variable selon le type de lithiase. Elle peut être favorable, récidivante ou se compliquer d'infection (pyélonéphrite, pyonéphrose) ou d'hydronéphrose. L'évolution vers l'insuffisance rénale est imprévisible en fonction des épisodes infectieux et des récidives.

I.2.2.3.3/ Principes du traitement

Le traitement consiste à calmer la douleur et à éliminer le calcul par diverses méthodes: chirurgie classique, lithotritie extra-corporelle, néphrostomie percutanée, urétéroscopie....

Les calculs d'acide urique peuvent être dissous par l'alcalisation des urines.

II/ NOTRE ETUDE

II.1/ Objectifs

II.1.1/ OBJECTIF GENERAL

Contribuer à la connaissance des principales affections de la fosse iliaque droite afin d'améliorer leur prise en charge dans notre contexte de travail.

II.1.2/ – OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier les affections de la fosse iliaque droite fréquemment rencontrées chez l'homme et chez la femme
- Relever les éléments cliniques les plus fréquemment exprimées dans notre contexte au cours des principales des affections de la fosse iliaque droite.
- Hiérarchiser les examens paracliniques à prescrire pour le diagnostic étiologique d'une affection donnée de la fosse iliaque droite.
- Préciser la place de la laparotomie exploratrice dans le diagnostic des affections de la fosse iliaque droite.

II.2/ Méthodologie

II.2.1 / CADRE D'ETUDE

Le pays : le Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays du tiers monde situé en Afrique occidentale. Il s'agit d'un pays sahélien dont la population était estimée en 1996 à 10 332 798 habitants [45]. Cinquante et un pour cent de cette population est de sexe féminin.

Sur le plan économique, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés (PMA). C'est un pays enclavé et essentiellement agricole. L'agriculture occupe 85% de la population . Classé 172^{ième} sur 175 dans le rapport 1997 du Programme des Nations Unies pour le Développement humain (PNUD), le Burkina Faso a un produit intérieur brut de 300 dollars US par habitants [44]. Selon le rapport annuel 1996 du ministère de la santé, de l'action sociale et de la famille, 40% de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté et 28% au-dessous du seuil de l'extrême pauvreté.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso compte environ 950 formations sanitaires publiques dont 2 Centres Hospitaliers Nationaux (CHN) et 922 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Environ 200 structures sanitaires privées sont établies dans le pays. Six pour cent du budget de l'état est alloué à la santé. Le pays compte 420 médecins (spécialistes et généralistes confondus). On note une faible fréquentation des services de santé avec un chiffre moyen de 0,2 consultation par habitant et par an. La fréquentation des centres hospitaliers est de 26,5% , celle des dispensaires et des structures sanitaires privés respectivement de 48,5% et de 3,7% [65].

La ville d'étude : Ouagadougou

C'est la capitale du Burkina Faso. Elle est divisée en 30 secteurs répartis en 5 communes. Sa population était de 650 000 habitants en 1996.

Le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
(CHNYO)

Il est l'un des deux hôpitaux de référence du pays. Il reçoit des malades (par admission directe ou par référence) de la ville de Ouagadougou, des provinces voisines ou même distantes. Il a été construit en 1961. Depuis 1991 il fonctionne sous un régime d'autonomie de gestion. Il comprend 19 services spécialisés.

Notre étude a été menée dans les services de chirurgie générale et digestive, de maternité, de gastro-entérologie, et d'urologie. Ces services hospitalisent des patients provenant des services d'urgence ou admis directement après consultation d'un médecin du service. Leurs capacités d'hospitalisation (nombre de lits), et les effectifs du personnel soignant se présentaient comme suit [73]:

- Le service de chirurgie générale et digestive avait une capacité de 36 lits et comptait 5 chirurgiens, 3 médecins généralistes et 11 infirmiers.
- Le service de gastro-entérologie avait une capacité de 36 lits et comptait 4 gastro-entérologues et 16 infirmiers.
- Le service de maternité avait une capacité de 85 lits et comptait 7 gynéco-obstétriciens, 4 médecins généralistes, 13 sages-femmes et 10 infirmiers.
- Le service d'urologie avait une capacité de 46 lits et comptait 3 urologues et 8 infirmiers.

Le service des urgences chirurgicales comptait 10 lits, 1 chirurgien, 3 médecins généralistes et 27 infirmiers. Le service des urgences médicales comprenait 13 lits et il y avait 3 médecins généralistes et 21 infirmiers.

Dans tous ces services, des étudiants de l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS) et de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) effectuent leurs stages.

La Clinique Notre Dame de la Paix

C'est une formation sanitaire privée qui a ouvert ses portes le 14 mai 1992. Elle dispose de 5 unités (maternité, médecine générale et infantile, chirurgie, laboratoire et radiologie) et a une capacité totale de 22 lits. Les

patients vus en ambulatoire sont les plus nombreux. Le personnel soignant permanent est constitué d'un pédiatre, d'un chirurgien, d'un médecin généraliste, de 2 sages-femmes et de 4 infirmiers. La majorité du personnel soignant est vacataire et les prestations sont fournies dans 11 spécialités.

II.2.2/ MOYENS ET METHODES

Notre étude a été rétrospective. Elle couvre une période de 4 ans allant du 01 janvier 1996 au 31 décembre 1999. Elle a porté sur les affections de la fosse iliaque droite.

Les données ont été collectées à la Clinique Notre Dame de la Paix et au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo où notre étude a été menée dans les services de chirurgie générale et digestive, de maternité, de gastro-entérologie, et d'urologie. Ces services hospitalisent des patients provenant des services d'urgences (médicales ou chirurgicales). Les données ont été colligé à, partir des supports suivants :

- dossiers cliniques des patients,
- registres d'entrée et/ou de sortie des patients,

Les variables collectées ont été consignées sur un questionnaire (voir fiche de collecte).

Ont été retenus, les dossiers remplissant un ou plusieurs des critères suivants :

- le motif de consultation (douleur, masse...) était en rapport avec une affection de la fosse iliaque droite.
- l'examen physique avait révélé un signe (douleur, gargouillement, masse, défense...) en rapport avec la fosse iliaque droite.
- la para clinique ou la laparotomie exploratrice avaient conclu à une affection de la fosse iliaque droite.

Ont été rejetés les dossiers mal tenus ou rédigés de façon incomplète. Notre étude porte uniquement sur les parties des appareils digestif, urinaire, et génital situées dans la fosse iliaque droite ou ayant des rapports très étroits avec celle-ci de telle sorte que leur pathologie se manifeste au niveau de la fosse iliaque droite. Les affections pariétales, rhumatismales... avec un

retentissement de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite ont été exclues de l'étude.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur un micro-ordinateur avec le logiciel Epi Info version 6.04 fr.

II.3/ Résultats

II.3.1 / RESULTATS GLOBAUX

II.3.1.1 / Aspects épidémiologiques

Notre échantillonnage a porté sur les dossiers des patients admis entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 1999. Nous avons retenu 250 dossiers exploitables, 95 à la Clinique Notre Dame de la Paix et 155 au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Les dossiers du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo ont été colligés dans les services suivants : chirurgie générale et digestive 105 dossiers, gynécologie et d'obstétrique 40 dossiers, urologie 08 dossiers et gastro-entérologie 2 dossiers.

II.3.1.1.1/ Fréquence des affections de la FID

Durant notre période d'étude :

- A la Clinique Notre Dame de la Paix 3402 patients ont été admis dont 121 (3,6%) pour une affection de la fosse iliaque droite.
- Au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, l'effectif des patients hospitalisés et celui des cas d'affections de la fosse iliaque droite étaient respectivement de 2134 et 155 (7,3%) en chirurgie générale et digestive, de 22352 et 123 (0,6%) en gynéco-obstétrique, de 1257 et 11 (0,9%) en urologie, de 3794 et 5 (0,1%) en gastro-entérologie.

Aux urgences chirurgicales, 44746 patients ont été reçus dont 3168 (7,1%) pour une affection de la fosse iliaque droite ; tandis qu'aux urgences médicales 2460 patients ont été reçus dont 216 (0,8%) pour une affection de la fosse iliaque droite

Fréquence des affections de la FID selon le type de traitement

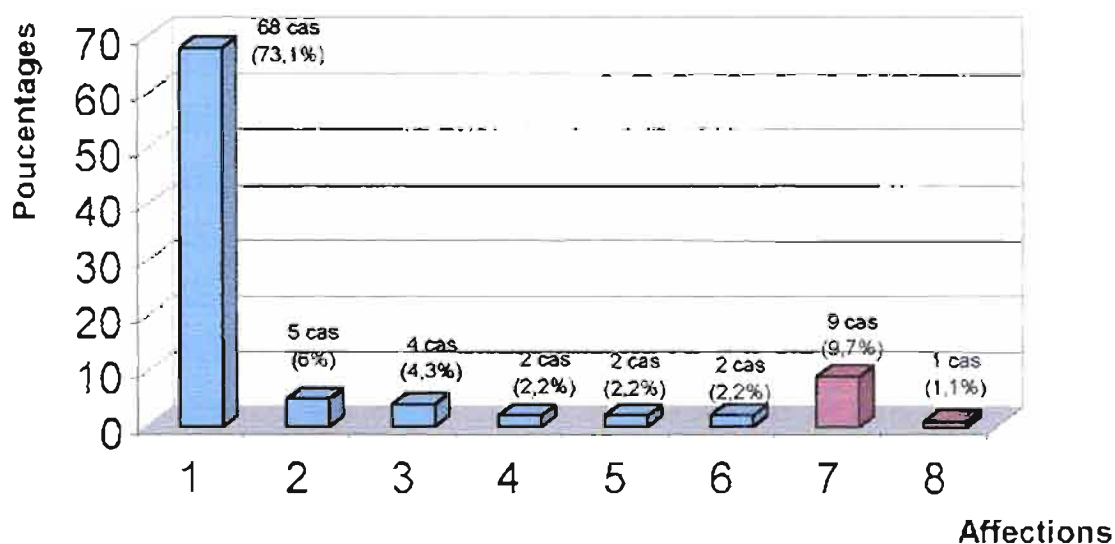
Dans l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite, la pathologie chirurgicale était la plus fréquente pour les deux sexes avec 89,2% des cas dans le sexe masculin et 60,5% dans le sexe féminin (Tableau I).

Tableau I : Répartition des affections chirurgicales et médicales de la FID.

Sexe \ Affections	masculin		féminin		Total	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Chirurgicales	83	(89,2)	95	(60,5)	178	(71,2)
Médicales	10	(10,8)	62	(39,5)	72	(28,8)
Total	93	(100,0)	157	(100,0)	250	(100,0)

Fréquence des affections de la FID chez l'homme

Chez l'homme 8 affections ont été notées. Les appendicites (73,1%) représentaient l'affection chirurgicale la plus fréquente tandis que les affections médicales étaient dominées par les colopathies fonctionnelles (Figure 1).



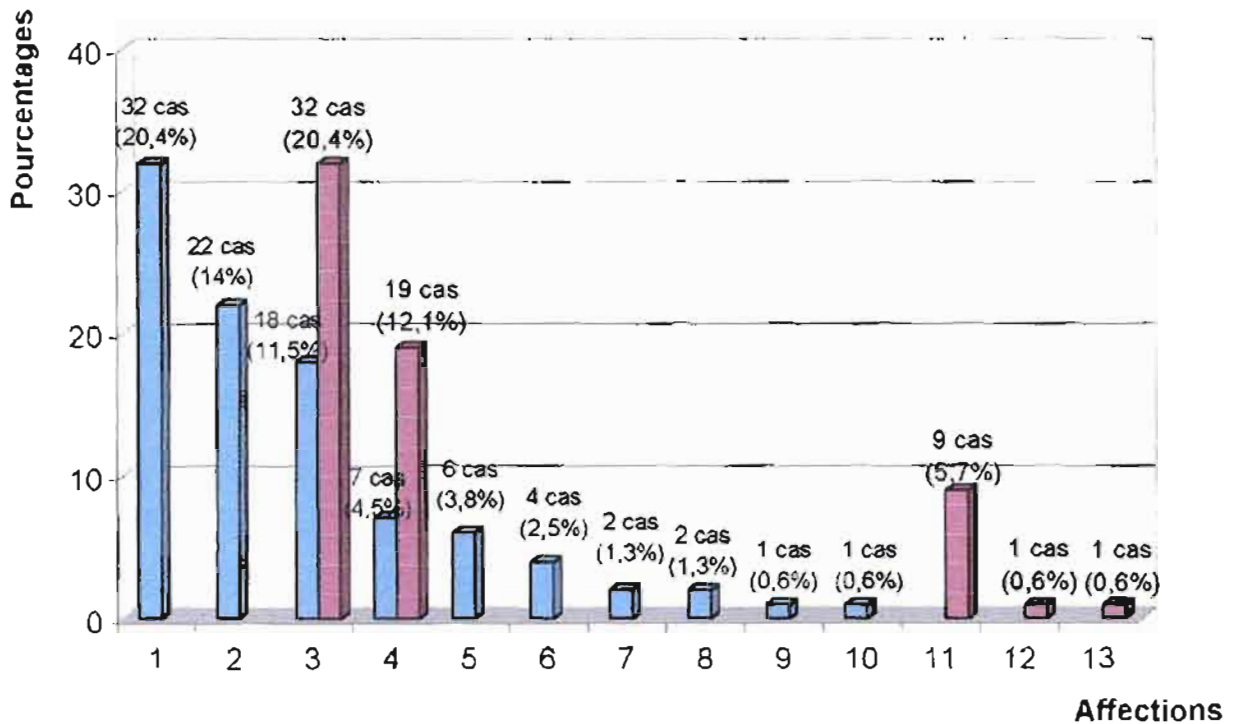
Légende

- Affections chirurgicales
- Affections médicales
- 1 = appendicites
- 2 = perforations de l'iléon terminal
- 3 = lymphadénites
- 4 = lithiases de l'uretère droit
- 5 = occlusions intestinales aiguës
- 6 = tumeurs du cæcum
- 7 = colopathies fonctionnelles
- 8 = amibiase

Figure n°1: Répartition des affections de la FID chez l'homme.

Fréquence des affections de la FID chez la femme

Chez l'homme 13 affections ont été colligées. Les appendicites (20,4%) et les GEUD (14%) représentaient les affections chirurgicales les plus fréquentes tandis que les affections médicales étaient dominées par les KOD et les annexites droites (Figure 2).



Légende

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ■ Affections chirurgicales | 7 = tumeurs du cæcum |
| ■ Affections médicales | 8 = tumeurs de l'ovaire droit |
| 1 = appendicites | 9 = perforations de l'iléon terminal |
| 2 = grossesses extra-utérines | 10 = maladie de Crohn |
| 3 = kystes de l'ovaire droit | 11 = colopathies fonctionnelles |
| 4 = annexites droites | 12 = amibiase intestinale |
| 5 = lithiases de l'uretère droit | 13 = tuberculose iléo-cæcale |
| 6 = occlusions intestinales aiguës | |

Figure n°2 : Répartition des affections de la fosse iliaque droite chez la femme.

II.3.1.1.2/ Age et Sexe

Les tranches d'âge la plus touchées étaient celles de 20 à 40 ans avec 67,2% des cas (Tableau II). La moyenne d'âge était de 29,6 ans avec des extrêmes de 5 et 73 ans.

Il y avait 157 femmes . Le sex-ratio était de 0,59.

Tableau II Répartition des affections de la FID selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge (années)	Nbre	(%)
[0-9]	5	(2,0)
[10-19]	33	(13,2)
[20-29]	93	(37,2)
[30-39]	76	(30,4)
[40-49]	23	(9,2)
[50-59]	15	(6,0)
[60-69]	3	(1,2)
[70-79]	2	(0,8)
Total	250	(100,0)

II.3.1.2 / Aspects cliniques

II.3.1.2.1/ Circonstances de découverte

Le motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur : 98,9% des cas chez l'homme(92 cas)et 76,4% des cas chez la femme (120 cas).

Chez l'homme, il s'agissait d'une douleur de la fosse iliaque droite dans 71 cas (soit 76,3%), d'une douleur abdominale diffuse dans 21 cas (22,6%). Dans 1 cas, le patient a consulté pour une masse de la fosse iliaque droite.

Chez la femme, le motif de consultation était une douleur de la fosse iliaque droite dans 72 cas (soit 45,9%), une douleur pelvienne diffuse dans

36 cas (22.9%) une douleur abdominale diffuse dans 12 cas (7,6%). Les motifs de consultation autres que la douleur étaient : une masse de la fosse iliaque droite dans 7 cas (4,5%), un trouble du cycle dans 11 cas (7,0%), une découverte fortuite à l'occasion d'un bilan de stérilité dans 13 cas (8,2%), une métrorragie dans 3 cas (1,9%), une augmentation du volume abdominal dans un cas (0,6%) et une leucorrhée dans 2 (1,3%).

Cette symptomatologie a évolué le plus souvent sur un mode aiguë dans les affections chirurgicales tandis que le mode chronique prédominait dans les affections médicales (Tableau III).

Tableau III Circonstances de découverte des affections de la FID .

Circonstances de découverte	Affections chirurgicales		Affections médicales	
	Douleur	Autre que la douleur	Douleur	Autre que la douleur
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Aiguës	137 (80,6)	2 (25,0)	3 (7,1)	3 (10,0)
Subaiguës	26 (15,3)	2 (25,0)	6 (14,3)	0 (0,0)
Chroniques	7 (4,1)	4 (50,0)	33 (78,6)	27 (90,0)
Total	170 (100,0)	8 (100,0)	42 (100,0)	30 (100,0)

Notion de prise d'un traitement médical antérieur

La notion de prise ou non d'un traitement médical antérieur figurait sur 80 dossiers. Dans 6 cas (soit 7,5%) le patient n'avait pris aucun traitement ; dans les autres cas (74 cas soit 92,5%) une notion de prise médicamenteuses existait. Il s'agissait d'une automédication dans 67,6% des cas (figure n°3).

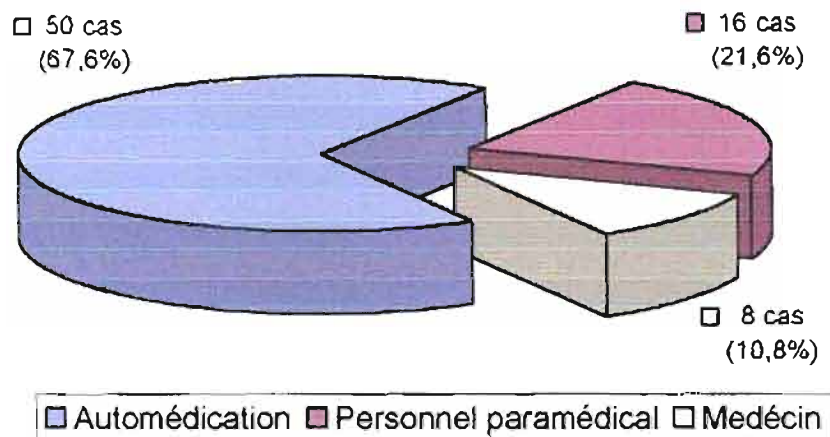


Figure n°3 Répartition des prescripteurs du traitement initial

Délai de consultation

Les patients ont consulté pour la majorité (49.2%) dans les trois premiers jours qui ont suivi le début des symptômes (Tableau IV)

Tableau IV Délai de consultation des patients.

Délai de consultation	Nbre	(%)
[0-3] jours	123	(49,2)
[4-7] jours	49	(19,6)
[1-2] semaines	20	(7,8)
[2-3] semaines	8	(3,4)
[3-4] semaines	10	(3,9)
[1-2] mois	7	(2,8)
[2-3] mois	1	(0,6)
[3-4] mois	4	(1,7)
[4-5] mois	1	(0,6)
[1-5] ans	25	(10,1)
[6-10] ans	1	(0,6)
[16-20] ans	1	(0,6)
Total	250	(100,0)

II.3.1.2.2/ Examen physique

Il a permis d'évoquer le diagnostic dans 239 cas (95,6%).

Il était normal dans 7 cas (2,8%) : 2 dystrophies ovariennes droites, 2 kystes folliculaires de l'ovaire droit et 3 hydrosalpinx.

Il n'a pas été concluant dans les 4 cas (1,6%) de lymphadénite.

II.3.1.3/ Aspects paracliniques

Les principaux examens paracliniques à visée diagnostique ont été l'échographie, la coloscopie, l'hystérosalpingographie et l'urographie intraveineuse. (Tableau V)

Par ailleurs 138 hémogrammes ont été faits donnant des résultats normaux dans 41 cas soit 29,7%, une hyperleucocytoses dans 85 cas soit 61,6% et une anémie dans 12 cas soit 8,7.

Un examen histologique a été fait dans 3 cas : 1 amœbome, 1 maladie de Crohn et 1 lymphadénite.

Tableau V Résultat des principaux examens paracliniques réalisés.

Examens paracliniques	Echographie		Coloscopie		ASP.		HSG		UIV	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Résultats très évocateurs	92	(80,0)	18	(90,0)	23	(41,1)	7	(70,0)	8	(100,0)
Résultats normaux	9	(7,8)	0	(0,0)	21	(37,5)	3	(30,0)	0	(0,0)
Résultats douteux	14	(12,2)	2	(10,0)	12	(21,4)	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	115	(100,0)	20	(100,0)	56	(100,0)	10	(100,0)	8	(100,0)

II.3.1.4/ Diagnostics per-opérateurs

Une laparotomie a été faite dans 178 cas. Dans 5 cas il s'agissait d'une laparotomie exploratrice. Dans les autres cas, la laparotomie était faite dans un but thérapeutique. Elle a permis de noter 12 erreurs diagnostiques dont 4 laparotomies blanches. Il s'agissait de 4 KOD fonctionnels non compliqués opérés par erreur (Tableau VI).

Tableau VI Indications opératoires et diagnostics per-opérateurs

Indications opératoires	Diagnostics per-opérateurs	Nbre (%)
Appendicites	Appendicites	83 (96,5)
	Lymphadénites	2 (2,3)
	Pyosalpinx	1 (1,5)
	Total	86 (100,0)
Kystes de l'ovaire droit (KOD)	KOD organiques	8 (42,1)
	KOD fonctionnels compliqués	4 (21,1)
	KOD fonctionnels non compliqués	4 (21,1)
	Pyo-ovarites	3 (15,8)
	Total	19 (100,0)
Tumeurs du cæcum	Tumeurs du cæcum	4 (100,0)
Lithiases urinaires	Lithiases urinaires	8 (100,0)
Grossesses extra-utérines	Grossesses extra-utérines	20 (90,9)
	Kyste de l'ovaire droit	1 (4,5)
	Ovarite droite	1 (4,5)
	Total	22 (100,0)
Syndrome occlusif	invaginations iléo-cæcales	2 (33,3)
	Occlusion par bride post-opératoire	1 (16,7)
	Volvulus iléo-cæcal	3 (50,0)
	Total	6 (100,0)
Syndrome péritonéal	Péritonites appendiculaires	17 (60,7)
	Perforations de l'iléon terminal	6 (21,4)
	Ovarites droites	2 (7,1)
	Grossesses extra-utérines	2 (7,1)
	Torsion de kyste de l'ovaire droit	1 (3,6)
	Total	28 (100,0)
Laparotomie exploratrice	Maladie de Crohn	1 (20,0)
	Lymphadénites	2 (40,0)
	Tumeurs de l'ovaire	2 (40,0)
	Total	5 (100,0)

II.3.2/ RESULTATS ANALYTIQUES

II.3.2.1/ Pathologies digestives de la FID

► Neuf affections différentes ont été retrouvées dont la plus fréquente était l'appendicite. (Tableau VII)

Tableau VII Répartition des affections digestives de la FID.

Diagnostics	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Appendicites	68 (74,7)	32 (62,7)	100 (70.4)
Dolichocôlons	9 (9,9)	9 (17,6)	18 (12.7)
Occlusions intestinales aiguës	2 (2,2)	4 (7,8)	6 (4.2)
Perforations de l'iléon terminal	5 (6,0)	1 (2,0)	6 (4.2)
Lymphadénites	4 (4,4)	0 (0,0)	4 (2.8)
Tumeurs du cæcum	2 (5,5)	2 (3,9)	4 (2.8)
Amibiases intestinales	1 (1,1)	1 (2,0)	2 (1.4)
Tuberculose iléo-cæcale	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (0.7)
Maladie de Crohn	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (0.7)
Total	81 (100,0)	41 (100,0)	142 (100.0)

► Les étiologies digestives des masses de la FID étaient représentées chez l'homme par les plastrons appendiculaires, les TAM du cæcum, les lymphadénites, et les abcès appendiculaires qui représentaient chacun 2 cas. Chez la femme, il s'agissait de 4 plastrons appendiculaires, de 2 TAM du cæcum, de 2 invaginations iléo-cæcales et d'un amœbome.

L'appendicite était l'étiologie digestive la plus fréquente des douleurs de la FID dans les deux sexes (Tableau VIII)

Tableau VIII Etiologies digestives des douleurs de la FID.

Etiologies	Sexe féminin	Sexe masculin
	Nbre (%)	Nbre (%)
Appendicites aiguës simples	22 (62,9)	52 (71,2)
Plastrons appendiculaires	4 (11,4)	2 (2,7)
Colopathies fonctionnelles	9 (25,7)	9 (12,3)
Tumeurs du cæcum	1 (2,9)	2 (2,7)
Lymphadénites	0 (0,0)	4 (5,5)
Abcès appendiculaires	0 (0,0)	3 (4,1)
Amibiase intestinale	0 (0,0)	1 (1,4)
Maladie de Crohn	1 (2,9)	0 (0,0)
Total	35 (100,0)	73 (100,0)

II.3.2.1.1/ Appendicites aiguës

II.3.2.1.1.1/ Aspects épidémiologiques

Fréquence

Cent cas ont été notés.

Chez l'homme, les appendicites représentaient 73,1% (68 cas/93) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite et occupaient la première place.

Dans le sexe féminin, elles représentaient 20,4% (32 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la deuxième place après les kystes de l'ovaire droit) et 33,7% (32 cas/95) des affections chirurgicales (où elles occupaient la première place).

La forme clinique la plus fréquente était l'appendicite aiguë simple avec 74% des cas. Les autres formes étaient des formes compliquées. La complication la plus fréquente était la péritonite appendiculaire généralisée. (Tableau IX)

Tableau IX Formes anatomo-cliniques des appendicites.

Formes cliniques	Nbre	(%)
Appendicites aiguës simples	74	(74,0)
Péritonites appendiculaires généralisées	17	(17,0)
Plastrons appendiculaires	6	(6,0)
Abcès appendiculaires	3	(3,0)
Total	100	(100,0)

Age et Sexe

Les tranches d'âge la plus touchées étaient celles de 20 à 40 ans (62,4%). Les extrêmes d'âge étaient 7 et 60 ans ; la moyenne était de 30,3 ans. (Tableau X). Il y'avait 68 hommes soit un sex-ratio de 2, 13.

Tableau X Répartition des appendicites selon les tranches d'âge

Tranches d'âge (années)	Nbre	(%)
[0-9]	2	(2.2)
[10-19]	19	(19.4)
[20-29]	32	(32.3)
[30-39]	30	(30.1)
[40-49]	8	(7.5)
[50-59]	8	(7.5)
[60-69]	1	(1.1)
Total	100	(100.0)

II.3.2.1.1.2/ Aspects cliniques

II.3.2.1.1.2.1/ Signes d'appel

Les motifs de consultation étaient la douleur dans tous les cas mais le siège de cette douleur différait selon la forme clinique.

Dans l'accès appendiculaire simple, cette douleur siégeait presque exclusivement dans la fosse iliaque droite. Dans les formes compliquées le siège de la douleur variait selon le type de complication. Ainsi dans les abcès et les plastrons appendiculaires, la douleur siégeait dans la fosse iliaque droite, tandis que dans les péritonites appendiculaires généralisées, il s'agissait d'une douleur abdominale diffuse mais plus marquée dans la fosse iliaque droite (Tableau XI).

La douleur était aiguë dans 80 cas (80%) et subaiguë dans 20 cas (20%). Dans 17 cas (17%) un ou plusieurs épisodes identiques antérieurs ont été signalés.

Le motif de consultation était rarement isolé. Dans l'appendicite aiguë simple, il s'associait dans 56 cas (soit 75,7%) à un ou plusieurs des signes suivants : une constipation (40 cas soit 71,4%), des nausées ou des vomissements (5 cas soit 8,9%), une hyperthermie (4 cas soit 7,1%), une diarrhée (1, cas soit 1,7%). Dans l'abcès appendiculaire le motif de consultation s'associait dans 2 cas à une hyperthermie. Dans les péritonites appendiculaires diffuses, il s'associait dans 13 cas à un ou plusieurs des signes suivants : vomissements (8 cas), arrêt des matières et gaz (8 cas), hyperthermie (3 cas). Enfin dans le plastron appendiculaire le motif de consultation s'associait dans 2 cas à des nausées/vomissements et dans 1 cas à une constipation.

Tableau XI Motifs de consultation dans les affections appendiculaires.

Motif de consultation	appendicites aiguës simples	plastrons ou abcès appendiculaires	péritonites appendiculaires diffuses	Total
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
douleur de la F.I.D	69 (93,2)	9 (100,0)	6 (35,3)	84 (84.0)
Douleur abdominale diffuse	5 (6,8)	0 (0,0)	11 (64,7)	16 (16.0)
Total	74 (100,0)	9 (100,0)	17 (100,0)	100 (100.0)

II.3.2.1.1.2.2./ Examen physique

L'appendicite aiguë simple (74 cas)

Dans 53 dossiers les résultats de l'examen général étaient mentionnés. On notait un état général conservé dans 30 cas soit 56,6%, une langue saburrale dans 14 cas soit 26,4%, une hyperthermie (37,8° à 39° C) dans 24 cas soit 45,3%.

Les résultats de l'examen des appareils figuraient sur tous les dossiers. Cet examen révélait un psöitis dans 14 cas soit 18,9%, une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite dans 42 cas soit 64,9%, une défense de la fosse droite dans 22 cas soit 29,7% des cas, (Tableau XII). Par ailleurs six touchers pelviens ont été faits et on notait une douleur à droite dans 4 cas

Tableau XII Principaux signes de l'examen physique dans les appendicites aiguës simples.

Signes	Nbre (%)
Etat général conservé	30 (56,6)
Langue saburrale	14 (26,4)
Psoïtis	14 (18,9)
Hyperthermie	12 (22,6)
Douleur à la palpation de la FID	48 (64,9)
Défense de la FID	22 (29,7)

Les appendicites compliquées

Elles étaient au nombre de 26 : 3 abcès, 6 plastrons et 17 péritonites.

Dans les abcès appendiculaires, l'état général était altéré dans tous les cas avec une hyperthermie dans 2 cas et il existait une masse fluctuante mal limitée de la fosse iliaque droite dans 2 cas également.

Dans les péritonites appendiculaires généralisées les résultats de l'examen général figuraient sur 13 dossiers (76,5%). Ces résultats révélèrent une altération de l'état général dans tous les cas avec une langue saburrale dans 11 cas. Quant aux résultats de l'examen des appareils, ils figuraient sur 16 dossiers (94,1%) montrant un syndrome péritonéal avec un cri de l'ombilic (10 cas), une contracture généralisée (4 cas), une défense généralisée (3 cas). Par ailleurs on notait une douleur plus marquée à la palpation de la fosse iliaque droite dans 9 cas.

Dans les plastrons appendiculaires, les résultats de l'examen clinique figuraient sur 4 dossiers. Ils révélèrent dans tous les cas une altération de l'état général et une masse douloureuse, ferme, fixe et mal limitée de la fosse iliaque droite.

II.3.2.1.1.3/ Aspects paracliniques

II.3.2.1.1.3.1 / L'appendicite aiguë simple

- Echographie.

Une échographie a été faite dans 12 cas : Dans 9 cas (75,0%), elle a évoqué une appendicite, dans les 3 (25%) autres cas, elle était normale alors que l'intervention a révélé une appendicite. Le diagnostic d'appendicite était retenu à l'échographie devant la visualisation dans la fosse iliaque droite d'une masse digestive, tissulaire peu mobile ou figée. Cette masse représente l'appendice inflammatoire, tuméfié. En coupe transversale, elle avait un aspect en cocarde tandis que sur une coupe longitudinale, elle était allongée en « doigt de gant ». Sa lumière était hétérogène et sa paroi épaissie était hypoéchogène ou hétérogène. Certains signes pouvaient s'y associer tels un épanchement péritonéal ou un stercolithe.

- Radiographie de l'abdomen sans préparation.

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été faite dans 18 cas. Dans 8 cas (44,4%), elle montrait une simple aérocolie droite. Dans les 10 autres (55,6%) cas, elle était normale.

- Numération formule sanguine.

Une numération formule sanguine a été faite dans 53 cas. Dans 21 cas (39,6%), elle était normale dans 32 cas (60,4%), elle révélait une hyperleucocytose comprise entre 10100 et 31 133 globules blancs par millimètre cube. Dans plus de la moitié des cas (57,7%) , la leucocytose était inférieure ou égale à 13000 globules blancs par millimètre cube. (Tableau XIII). La neutrophilie était donnée dans 9 cas ; elle était élevée dans tous ces cas, et comprise entre 80 et 90% dans 8 cas.

Tableau XIII Répartition des hyperleucocytoses dans les appendicites aiguës

Leucocytose ($10^3/\text{mm}^3$)	Nbre (%)
]10 - 13]	16 (50,0)
]13 - 16]	6 (18,8)
]16 -19]	3 (9,4)
]19 - 22]	4 (12,5)
]28- 31]	2 (6,3)
Total	32 (100,0)

II.3.2.1.1.3.2/ Les formes compliquées

- L'abcès appendiculaire

- Echographie.

Une échographie a été faite dans 2 cas. Dans 1 cas, elle a évoqué une appendicite aiguë simple. Dans l'autre cas, elle concluait à un abcès appendiculaire.

- Numération formule sanguine.

Une numération formule sanguine a été faite dans tous les 3 cas. On notait une hyperleucocytose dans deux cas (13 640 et 15 000 globules blancs par millimètre cube).

- Les péritonites appendiculaires généralisées

- Echographie.

Une seule échographie a été faite. Elle montrait une agglutination d'anses intestinales dans la fosse iliaque droite associée à un épanchement péritonéal.

- Radiographie de l'abdomen sans préparation.

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été effectuée dans 13 cas. Elle montrait une grisaille abdominale dans 9 cas (69,2%), un pneumopéritoine dans 6 cas (46,2%), des niveaux hydroaériques dans 3 cas (23,1%).

- Numération formule sanguine.

L'hémogramme pratiqué dans 14 cas a montré dans tous les cas une hyperleucocytose comprise entre 10300 et 39900 globules blancs par millimètre cube.

- Les plastrons appendiculaires

- Echographie.

Une échographie a été faite dans tous les cas. Dans un cas, elle notait la présence dans la fosse iliaque droite d'une masse digestive, hétérogène, figée dont l'aspect global était mal défini et a évoqué une appendicite aiguë. Les 5 autres échographies évoquaient un plastron devant une agglutination mal limitée des anses de la fosse iliaque droite avec une échostructure hétérogène.

- Numération formule sanguine.

Un hémogramme a été fait dans 5 cas. La leucocytose était normale dans 2 cas contre 3 hyperleucocytoses (10000, 11800 et 19300 globules blancs par millimètre cube)

II.3.2.1.1.4/ Aspects per-opératoires

- Les appendicites aiguës simples

L'intervention chirurgicale a confirmé le diagnostic évoqué par la clinique seule dans 35 cas ou par la clinique et la paraclinique (échographie et/ou hémogramme) dans 39 cas.

L'aspect macroscopique de l'appendice a été mentionné dans 50 cas. Il s'agissait d'appendicites catarrhales (22 cas soit 44%), d'appendicites suppurées (4 cas soit 8%), d'appendicites phlegmoneuses (18 cas soit 36%), et d'appendicites nécrosées (6 cas soit 12%). La position de l'appendice a été notée dans 17 cas repartis comme suit:

- appendice rétrocaecal (12 cas),
- appendice pelvien (2 cas),
- appendice latérocaecal droit (2 cas) et
- appendice mésocœliaque (1 cas).

- Les appendicites compliquées

Les péritonites aiguës généralisées ont toutes été suspectées fortement par la clinique , la numération formule sanguine et la radiographie de l'abdomen sans préparation et ont été confirmées par la laparotomie. Deux abcès ont été confirmés par laparotomie dont un après un échec diagnostique par l'échographie et l'autre après une forte suspicion clinique. Un seul plastron a été diagnostiqué par la laparotomie après un échec diagnostique par l'échographie. Les cinq autres ont été diagnostiqués par l'échographie et l'intervention chirurgicale a été différée .

II.3.2.1.2/ Colopathies fonctionnelles

II.3.2.1.2.1 / Aspects épidémiologiques

Fréquence

Nous avons colligé 18 cas.

Dans le sexe masculin , les colopathies fonctionnelles représentaient 9,7% (9cas/93) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la deuxième place) et 90% (9 cas/10) des affections médicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la première place).

Dans le sexe féminin, elles représentaient 15,8% (9 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 5^{ème} place) et 14 ,5% (9 cas/62) des affections médicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 3^{ème} place).

Age et Sexe

La colopathie fonctionnelle a été diagnostiquée chez 9 femmes et chez 9 hommes.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 30 à 40 ans (Tableau XIV). Les extrêmes d'âge étaient de 24 et 45 ans, la moyenne de 34,5 ans.

Tableau XIV Répartition des colopathies fonctionnelles selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge(années)	Nbre (%)
[20-29]	5 (27,8)
[30-39]	9 (50,0)
[40-49]	4 (22,2)
Total	18 (100,0)

II.3.2.1.2.2/ Aspects cliniques

II.3.2.1.2.2.1/ Signes d'appel

Dans tous les cas le patient a consulté pour une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite (12 cas soit 66,7%) ou dans tout l'abdomen (6 cas soit 33,3%) associée à une constipation (13 cas soit 72,2%), des éructations et/ou des émissions basses de gaz (13 cas soit 72,2%), des borborygmes (13 cas soit 72,2%), un ballonnement (6 cas soit 33,3%), rarement une diarrhée (3 cas soit 16,7%) ou des nausées/vomissements (2 cas soit 11,1%). On notait une alternance de diarrhée et de constipation dans 10 cas soit 55,6%. Cette symptomatologie évoluait dans la quasi totalité (15 cas soit 83,3%) des cas depuis plus d'une année.

II.3.2.1.2.2.2/ Examen physique

L'état général était conservé dans tous les cas.

Une sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite a été trouvée dans tous les cas, associée parfois à une sensibilité du flanc droit (33,3%) ou à un gargouillement de la fosse iliaque droite (16,7%). L'abdomen était météorisé dans 55,6% des cas (voir tableau XV)

Tableau XV Principaux signes de l'examen physique dans les colopathies fonctionnelles

Signes	Nbre (%)
Etat général conservé	18 (100,0)
Sensibilité de la fosse iliaque droite	18 (100,0)
Sensibilité du flanc droit	6 (33,3)
Gargouillement de la fosse iliaque droite	3 (16,7)
Météorisme abdominal	10 (55,6)

II.3.2.1.2.3/ Aspects paracliniques

- *Coloscopie.*

Une coloscopie a été pratiquée dans tous les cas ; elle a posé le diagnostic de dolichocôlon dans tous les cas dont 10 cas avec spasmes. Une inflammation non spécifique de la muqueuse colique a été objectivée dans 4 cas.

- *Examen parasitologique des selles.*

Un examen parasitologique des selles a été fait dans 9 cas. Dans 5 cas, il était normal. Dans 3 cas il a isolé *Trichomonas intestinalis* et dans 1 cas des kystes d'amibe.

II.3.2.1.3/ Occlusions intestinales aiguës

Nous avons relevé 6 occlusions intestinales aiguës qui se sont manifestées par une symptomatologie (douleur ou masse) plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite. Ces cas étaient représentés par 3 volvulus du cæcum, 1 occlusions sur brides post-opératoires et 2 invaginations iléo-cæcales.

II.3.2.1.3.1/ Aspects épidémiologiques

Fréquence:

Dans le sexe masculin , les occlusions intestinales représentaient 2,2% (2 cas/93)de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 5^{ième} place) et 2,4% (2 cas/83) des affections chirurgicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 4^o place).

Dans le sexe féminin, elles représentaient 2,5% (4 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 6^{ième} place) et 4,2% (4 cas/95) des affections chirurgicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 5^{ième} place).

Age et Sexe:

L'âge était très variable avec des extrêmes de 12 ans et 56 ans et une moyenne de 36 ans. Il y'avait 2 hommes et 4 femmes.

II.3.2.1.3.2/ Aspects cliniques

II.3.2.1.3.2.1/ Signes d'appels

Cinq patients ont consulté pour une douleur abdominale aiguë diffuse ayant débuté dans la fosse iliaque droite. Un seul a consulté pour une douleur aiguë de la fosse iliaque droite. la douleur était associée à des vomissements et à un arrêt des matières et des gaz dans 5 cas, à des rectorragies dans 1 cas.

II.3.2.1.3.2.2/ Examen physique

L'état général était altéré dans tous les cas. Le météorisme abdominal était constant. L'abdomen était douloureux dans son ensemble à la palpation. Cette douleur était plus prononcée au niveau de la fosse iliaque droite.

Une masse de la fosse iliaque droite a été palpée dans 1 cas d'invagination iléo-cæcale.

II.3.2.1.3.3/ Aspects paracliniques

- *Echographie.*

Une échographie réalisée dans 1 cas d'invagination a mise en évidence le boudin d'invagination.

- *Radiographie de l'abdomen sans préparation.*

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été effectuée dans tous les cas et a révélé des niveaux hydro-aériques dans 5 cas.

II.3.2.1.3.4/ Aspects per-opératoires

Ce n'est qu'en per-opératoire que le mécanisme de l'occlusion a été définitivement identifié : deux invaginations iléo-cæcales, une occlusion sur brides post-opératoire et trois volvulus du cæcum.

II.3.2.1.4/ Perforations de l'iléon terminal

II.3.2.1.4.1/ Aspects épidémiologiques

Fréquence

Nous avons noté 6 cas.

Dans le sexe masculin, les perforations de l'iléon terminal représentaient 5,3% (5 cas/93) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 3^{ième} place) et 6% (5 cas/83) des

affections chirurgicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la dernière place).

Dans le sexe féminin, elles représentaient 0,6% (1 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la dernière place).

Age et sexe

Six patients ont été recensés. Leur âge variait entre 5 ans et 31 ans. Cinq patients sur 6 étaient de sexe masculin.

II.3.2.1.4.2/ Aspects cliniques

Les patients ont consulté pour une douleur abdominale aiguë diffuse à point de départ iliaque droit. Cette douleur s'accompagnait de vomissements dans 2 cas et d'un arrêt des matières et des gaz dans 2 cas.

L'anamnèse a relevé une notion d'hyperthermie au long cours (plus de deux semaines) traitée sans succès par les antipaludéens dans 4 cas.

L'examen physique notait une altération de l'état général, une langue saburrale et une hyperthermie dans tous les cas. Les conjonctives étaient pâles dans 3 cas. L'abdomen était peu augmenté de volume dans 5 cas, tympanique dans tous les cas. Dans 5 cas il y avait un cri de l'ombilic, dans 3 cas une contracture. Une douleur plus prononcée à la palpation de la fosse iliaque droite a été retrouvée dans tous les cas.

II.3.2.1.4.3/ Aspects paracliniques

- *Radiographie de l'abdomen sans préparation.*

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été pratiquée dans 5 cas. Elle montrait un pneumopéritoine dans 4 cas, une grisaille dans 3 cas, une aérocolie dans 1 cas.

- *Examens biologiques.*

→ Un sérodiagnostic de Widal et Félix a été effectué dans cinq cas. Il était positif dans trois cas et les perforations ont été rattachées à une fièvre typhoïde.

→ Une numération formule sanguine a été faite dans 4 cas. Dans tous ces cas la leucocytose était élevée (16 000; 18500, 21 800 et 23 000 globules blancs par millimètre cube).

→ Un examen bactériologique du pus prélevé en per-opératoire a été réalisé dans 1 cas ; il a été isolé *Providencia stertii*.

II.3.2.1.4.4/ Constatations per-opératoires

Les perforations rattachées à une fièvre typhoïde étaient moins nombreuses et plus proches de la jonction iléo-cæcale que les autres. Il s'agissait d'une perforation unique dans deux cas (une située à 10 et l'autre à 12 centimètres de la jonction iléo-cæcale) et double dans un cas (située à 4 et 5 centimètres de la jonction iléo-cæcale).

Dans les cas qui n'ont pas été formellement rattachés à la fièvre typhoïde, les perforations étaient plus nombreuses. Dans ces 3 cas, on a noté respectivement 2, 4, et 5 perforations situées entre 5 et 20 centimètres de la jonction iléo-cæcale.

II.3.2.1.5/ Tumeurs d'allure maligne du cæcum

II.3.2.1.5.1/ Aspects épidémiologiques

Fréquence

Quatre cas ont été dénombrés.

Dans le sexe masculin , les tumeurs du cæcum représentaient 2,2% (2 cas/93) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles

occupaient la 5^{ème} place) et 2,4% (2 cas/83) des affections chirurgicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 4^{ème} place).

Dans le sexe féminin, elles représentaient 1,3% (2 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite (où elles occupaient la 8^{ème} place) et 2,1% (2 cas/95) des affections chirurgicales de la fosse iliaque droite (où elles occupaient l'avant dernière place).

Age et le sexe

Il y avait deux hommes et deux femmes. L'âge d'un patient était inconnu, les autres trois autres patients avaient respectivement 27, 36 et 56 ans.

II.3.2.1.5.2/ Aspects cliniques

Tous les patients ont consulté pour une masse peu ou pas douloureuse de la fosse iliaque droite d'évolution chronique sur au moins un mois. Ces masses étaient de taille variable, fermes, ovalaires, fixées au plan profond et mobiles par rapport au plan superficiel. On notait une altération de l'état général dans tous les cas.

II.3.2.1.5.3/ Aspects paracliniques

- Echographie.

Une échographie a été réalisée dans 3 cas. Elle a évoqué dans 2 cas une tumeur cæcale devant une masse d'allure tissulaire, hétérogène.

- Lavement baryté.

Un lavement baryté fait dans un cas a évoqué une tumeur maligne du cæcum devant une lacune irrégulière du bas-fond cæcal.

II.3.2.1.5.4/ Aspects per-opératoires

Dans tous les cas on a trouvé une masse irrégulière et bourgeonnante, envahissant déjà les structures du voisinage.

L'examen histologique des pièces opératoires n'a jamais été pratiqué.

II.3.2.1.6/ Lymphadénites

Quatre cas ont été notés. Ils concernaient tous des hommes et représentaient 4,3% de l'ensemble des affections digestives de la fosse iliaque droite (où ils occupaient la 4^{ème} place) et 4,8% des affections chirurgicales de la fosse iliaque droite (où ils occupaient la 3^{ème} place).

Le diagnostic n'a été retenu qu'à la laparotomie.

Premier cas

Il s'agissait d'un patient de 14 ans qui a consulté pour une douleur abdominale ayant eu pour point de départ la fosse iliaque droite et évoluant depuis 5 jours. Cette douleur s'associait à des vomissements et à un arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique notait un état général conservé, une hyperthermie non chiffrée, un météorisme abdominal, et une douleur provoquée au point de Mac Burney. Le toucher rectal était douloureux.

La numération blanche est revenue à 11000 globules blancs par millimètre cube.

L'indication d'une laparotomie pour appendicite aiguë a été posée. En per-opératoire, l'appendice était normal. Une adénite mésentérique suppurée a été retrouvée.

Deuxième cas

Le patient de 11 ans a consulté pour une douleur de la fosse iliaque droite qui évoluait depuis 2 jours .

Son état général était conservé. L'abdomen était douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque droite. il existait un cri de l'ombilic.

Une laparotomie exploratrice a été faite en urgence pour suspicion de péritonite appendiculaire et en per-opératoire l'appendice était sain. Par contre on a découvert des adénopathies multiples suppurées et fistulisées dans la cavité abdominale.

Troisième cas

Le patient de 21ans a consulté pour une douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis 3 ans associée à une masse abdomino-pelvienne droite d'apparition progressive.

L'examen physique notait une masse abdomino-pelvienne droite de consistance liquidienne peu mobile et peu douloureuse à la palpation.

L'échographie a révélé une masse liquidienne à parois fines refoulant la vessie. A la numération formule sanguine, on avait une leucocytose à 4000 globules blancs par millimètre cube avec 45% de lymphocytes, 50% de neutrophiles, 3% de monocytes, 2% d'éosinophiles et 0% de basophiles.

Une laparotomie exploratrice a permis l'exérèse de la masse. L'histologie a montré une lymphadénite sans caractères de spécificité.

Quatrième cas

Il s'agit d'un patient de 66 ans qui a consulté pour une masse abdomino-pelvienne droite. Cette masse était isolée et évoluait depuis un mois.

L'examen physique retrouvait une masse d'environ 5 centimètres de diamètre, peu douloureuse, mobile et ferme.

La numération blanche était à 9200 globules blancs par millimètres cube, la vitesse de sédimentation à 122 millimètres à la première heure. Une échographie a montré une masse tissulaire hétérogène en avant de la bifurcation aortique faisant évoquer une masse ganglionnaire.

La laparotomie, a révélé une masse inflammatoire, de siège rétro-péritonéal à hauteur de la bifurcation aortique, à parois épaisses et à contenu caséux.

II.3.2.1.7/ Autres affections digestives

II.3.2.1.7.1/ Amibiase intestinales

Deux cas ont été notés.

Premier cas

Il s'agissait d'une patiente de 71 ans qui a consulté pour une masse de la fosse iliaque droite évoluant depuis quatre ans, associée à une constipation chronique et à une douleur abdominale modérée.

L'examen physique notait un état général conservé, un abdomen augmenté de volume, avec une masse dans la fosse iliaque droite.

L'échographie a retrouvé une formation d'allure digestive; la coloscopie a noté à l'entrée du cæcum une tumeur ulcéro-bourgeonnante circonférencielle et peu hémorragique évocatrice d'une tumeur bénigne: type amœbome. L'examen histologique a confirmé l'amœbome. Elle a décrit une muqueuse de type colique recouverte par un exsudat fibrino-leucocytaire avec des glandes immatures, le chorion tantôt fibreux, tantôt infiltré de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires éosinophiles sans caractère de malignité. L'évolution a été favorable sous amœbicides.

Deuxième cas

Il s'agissait d'un patient de 28 ans qui a consulté pour une douleur de la fosse iliaque droite irradiant dans le flanc droit et évoluant depuis deux semaines associée à une diarrhée glairo-sanguinolente d'apparition récente (depuis une journée).

L'état général était conservé et la palpation abdominale notait une sensibilité de la fosse iliaque droite.

L'hémogramme était normal de même que l'échographie. L'examen parasitologique des selles a mis en évidence des amibes hématophages (formes histolytica). Il s'agissait d'une amibiase cæcale ou à prédominance cæcale

II.3.2.1.7.2/ Tuberculose intestinale

Un seul cas a été noté. Il concernait une patiente de 35 ans qui a consulté pour une douleur aiguë de la fosse iliaque droite à type de torsion évoluant depuis quatre jours et accompagnée d'un fébricule, de vomissements et d'une diarrhée peu abondante.

La patiente était sous traitement antituberculeux (mal suivi) depuis deux mois pour une tuberculose pulmonaire confirmée.

L'état général était peu altéré et la température était à 37,8°C. L'examen abdominal notait un cri de l'ombilic, une défense de la fosse iliaque droite et une matité déclive des flancs qui a motivé une ponction ramenant du liquide citrin.

L'hémogramme montrait une leucocytose à 3340 globules blancs par millimètre cube. Dans le liquide d'ascite, on retrouvait 42 globules blancs par millimètre cube avec une prédominance lymphocytaire (86% de lymphocytes contre 14% de polynucléaires neutrophiles). La culture était négative. La fibroscopie digestive haute était normale. L'échographie notait une infiltration iléo-cæcale associée à un épanchement péritonéal de moyenne abondance.

Ce tableau a eu une évolution favorable avec la poursuite du traitement antituberculeux. Le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale a été retenu.

II.3.2.1.7.3/ Maladie de Crohn

Nous avons retrouvé un seul cas. Il s'agissait d'une patiente de 50 ans qui souffrait d'une douleur abdominale à type de torsion évoluant depuis quatre jours et accompagnée d'un fébricule .

A l'examen physique, l'état général était passable, la température était à 37,8°C. Il existait une sensibilité de la fosse iliaque droite et une douleur du cul-de-sac latéral droit au toucher vaginal.

La numération formule sanguine notait une leucocytose à 13000 globules blancs par millimètre cube. L'échographie a objectivé un épaississement des parois du côlon droit et de l'iléon terminal. La coloscopie

a évoqué une colite droite et la fibroscopie digestive haute a trouvé un ulcère de l'œsophage et du bulbe duodénal

La laparotomie exploratrice a révélé un cæcum très inflammatoire fixé, d'aspect marécageux et perforé par endroit ; le processus inflammatoire atteignait l'angle colique droit et l'iléon terminal. Une hémicolectomie droite associée à une résection de l'iléon terminal et une anastomose iléo-transverse ont été pratiquées. L'anatomie pathologique a permis de conclure à une maladie de Crohn .

II.3.2.2/ Pathologie gynécologique de la FID

► Chez la femme certaines affections annexielles se sont manifestées au niveau de la fosse iliaque droite : kystes de l'ovaire droit, salpingites droites, grossesses extra-utérines droites et tumeurs de l'ovaire droit (Tableau XVI).

Tableau XVI Affections gynécologiques de la fosse iliaque droite.

Diagnostics	Nbre (%)
Kystes et TAM de l'ovaire droit	52 (52.0)
Annexites droites	26 (26,0)
Grossesses extra-utérines droites	22 (22.0)
Total	100 (100.0)

► Les étiologies gynécologiques des douleurs de la fosse iliaque droite étaient dominées par les GEU droite et celles masses par les KOD (Tableau XVII).

Tableau XVII Etiologies gynécologiques des affections de la FID

Principal signe clinique	Douleur FID		Masse FID		Douleur abdominale diffuse		Trouble du cycle		Examen clinique normal	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Etiologies										
Grossesses extra-utérines	22	(32,4)	8	(22,9)	1	(33,3)	5	(71,4)	0	(0,0)
Dystrophies ovariennes droites	11	(16,2)	7	(20,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(22,2)
Annexites aiguës droites	13	(19,1)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(22,2)
KOD fonctionnels	9	(13,2)	10	(28,6)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(22,2)
KOD organiques	3	(4,4)	5	(14,3)	0	(0,0)	2	(28,6)	0	(0,0)
Ovarites droites	5	(7,4)	2	(5,7)	2	(66,7)	0	(0,0)	0	(0,0)
TAM de l'ovaire droit	1	(1,5)	2	(5,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Hydrosalpinx droits	2	(2,9)	1	(2,9)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(33,3)
Salpingites chroniques droites	2	(2,9)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(0,0)
Total	68	(100,0)	35	(100,0)	3	(100,0)	7	(100,0)	9	(100,0)

II.3.2.2.1/ Kystes et TAM de l'ovaire droit

II.3.2.2.1.1/ Kystes de l'ovaire droit (KOD)

II.3.2.2.1.1.1/ Aspects épidémiologiques

Fréquence

Cinquante cas ont été colligés.

Les kystes de l'ovaire représentaient 31,8% (50 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite chez la femme (où ils occupaient la première place) et 50% (50 cas/100) des affections gynécologiques de la fosse iliaque droite (où ils occupent également la première place).

Avec 18 cas (36% soit 18 cas/50) ayant nécessité un traitement chirurgical, les kystes de l'ovaire droit occupaient la troisième place (18,9% soit 18 cas/95) de l'ensemble des affections traitées chirurgicalement chez la femme et la première place (51,6% soit 32 cas/62) des affections traitées médicalement.

Quatre vingt deux pour cent (soit 41 cas/50) des kystes de l'ovaire étaient des kystes fonctionnels et 18% (soit 9 cas/50) des kystes organiques. Les kystes fonctionnels étaient compliqués dans 14,6% des cas contre 22,2% pour les kystes organiques (Tableau XVIII).

Tableau XVIII Répartition des KOD selon la présence ou non de complications.

Kystes de l'ovaire droit	Fonctionnels		Organiques	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Simple	35	(85,4)	7	(77,8)
Compliqués	6	(14,6)	2	(22,2)
Total	41	(100,0)	9	(100,0)

Age et parité

► L'âge des patientes était compris entre 18 et 53 ans avec une moyenne de 31,4 ans (Tableau XIX).

Tableau XIX Répartition des KOD selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge(années)	Nbre	(%)
[10-19]	3	(6.7)
[20-29]	23	(46.0)
[30-39]	14	(28.9)
[40-49]	7	(13.3)
[50-59]	3	(6.7)
Total	50	(100.0)

► La parité de 22 patientes n'a pas été précisée sur leurs dossiers. Parmi les parités qui figuraient sur les dossiers, on a noté une parité comprise entre 1 et 2 dans 50% des cas (Tableau XX).

Tableau XX Parité des patientes ayant présenté un KOD.

Parité	Nbre (%)
0	9 (31.1)
[1-2]	14 (50,0)
[3-4]	5 (17,8)
Total	28 (100,0)

II.3.2.2.1.1.2/ Aspects cliniques

II.3.2.2.1.1.2.1/ Circonstances de découverte

Vingt-sept cas (54%) ont été découverts à l'occasion d'une douleur (22 kystes fonctionnels et 5 kystes organiques) contre 23 cas (46%) découverts dans d'autres circonstances (19 kystes fonctionnels et 4 kystes organiques).

Formes douloureuses

La douleur était pelvienne dans 12 cas soit 44,4% et elle siégeait à la fosse iliaque droite dans 15 cas soit 55,6%. Dans les kystes fonctionnels la douleur était pelvienne dans 12 cas soit 54,5% et elle siégeait dans la fosse iliaque droite dans 10 cas soit 45,5% tandis que pour les kystes organiques on notait une douleur de la fosse iliaque droite dans 4 cas et une douleur pelvienne dans 1 cas.

Dans les kystes fonctionnels la douleur était chronique dans 16 cas soit 72,7% et aiguë dans 6 cas soit 27,3%. Par contre dans les kystes organiques la douleur était aiguë dans 4 cas et chronique dans 1 cas.

La douleur était isolée dans 16 cas (72,7%) de kystes fonctionnels ; elle était toujours associée à d'autres signes dans les kystes organiques : masse (3 cas soit 10,7%), troubles du cycle (6 cas soit 21,4%), nausées/vomissements (5 cas soit 17,86%), leucorrhées (2 cas soit 7,14%), arrêt des matières et des gaz (1 cas soit 3,57%).

Formes non douloureuses

Parmi les circonstances de découverte autres que la douleur, on notait des découvertes fortuite à l'occasion d'un bilan de stérilité (30,4%) ou d'une consultation prénatale (4,4%), une aménorrhée (13%), des troubles du cycle (30,5%), une métrorragie (4,4%), une masse indolore de la fosse iliaque droite (Tableau XXI).

Tableau XXI Répartition des circonstances de découverte non douloureuses

Circonstances de découverte	Nbre (%)
Consultation prénatale	1 (4,3)
Aménorrhée	3 (13,0)
Irrégularité du cycle	7 (30,4)
Bilan de stérilité	7 (30,4)
Masse de la fosse iliaque droite	4 (17,4)
Métrorragies	1 (4,3)
Total	23 (100,0)

II.3.2.2.1.1.2.2/ Examen physique

L'examen physique était normal dans trois cas de dystrophies ovariennes (6%). Dans les autres cas, le toucher vaginal couplé au palper abdominal notait une sensibilité à la fosse iliaque droite (cul-de-sac latéral droit) dans 56% des cas; une masse latéro-utérine droite dans 14% des cas. Le doigtier a ramené du sang dans 6% des cas. des leucorrhées fétides dans 16% des cas. Enfin dans 4% des cas on a noté un cri de l'ombilic. (Tableau XXII).

Tableau XXII Principaux signes de l'examen physique dans les KOD.

<u>Signes</u>	Nbre (%)
Etat général conservé	42 (84,0)
Douleur à la palpation de la FID	28 (56,0)
Masse de la fosse iliaque droite	7 (14,0)
Métrorragies	3 (6,0)
Leucorrhées	8 (16,0)

II.3.2.2.1.1.3/ Aspects paracliniques

L'échographie était le principal examen qui a permis de poser le diagnostic. elle a été pratiquée dans 43 cas . Un seul résultat était imprécis, les autres (97,7%) étaient en concordance avec le diagnostic final. Il s'agissait de 28 dystrophies ovariennes dont 14 bilatérales, de 11 kystes folliculaires uni cavitaires dont 2 bilatéraux, de 3 kystes organiques dont un kyste dermoïde (avec des végétations intra-kystiques) et 2 kystes mucoïdes (à contenu inhomogène avec une échostructure hétérogène).

II.3.2.2.1.1.4/ Aspects per-opératoires

Dix-huit kystes de l'ovaire ont été opérés incluant tous les kystes organiques (8 cas), tous les kystes fonctionnels compliqués (6 cas) et certains kystes fonctionnels non compliqués (4 cas). Parmi les six kystes fonctionnels compliqués on notait quatre torsions et deux hémorragies intra kystiques. Les complications des kystes organiques étaient une torsion et une fissuration.

II.3.2.2.1.2/ Tumeurs d'allure maligne de l'ovaire droit

Deux cas ont été notés. Ils représentaient 1,3% de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite chez la femme et 2% des affections gynécologiques de la fosse iliaque droite.

Premier cas

Il s'agissait d'une patiente de 40 ans qui a consulté pour une augmentation progressive du volume de l'abdomen sur 5 mois puis la survenue d'une douleur modérée au niveau de l'abdomen.

L'examen a noté un état général altéré, une température à 36,9°C, une tension artérielle à 9/8. L'abdomen était mate à la percussion, tendu, hypocinétique, douloureux au niveau de la fosse iliaque droite et du flanc droit sans possibilité de palper une masse. La ponction d'ascite a ramené environ un litre de liquide dont l'aspect macroscopique n'était pas précisé.

La laparotomie exploratrice a retrouvé une tumeur ovarienne droite polylobée adhérent aux organes voisins faisant évoquer un cancer de l'ovaire droit.

L'examen anatomo-pathologique n'a pas pu être fait.

Deuxième cas

Il s'agissait d'une patiente de 50 ans qui a consulté pour une masse de la fosse iliaque droite évoluant depuis 6 mois, accompagnée de douleurs minimes.

L'examen physique a noté un état général altéré, une masse du flanc droit et de la fosse iliaque droite indolore, rénitente et mobile. Au spéculum, on notait un col ulcéro-nécrotique saignant au contact.

La laparotomie exploratrice a retrouvé une volumineuse tumeur de l'ovaire droit mesurant environ 25 centimètres de diamètre adhérent aux anses intestinales, et ayant envahi l'utérus et le col utérin faisant évoquer un cancer de l'ovaire droit propagé au corps et au col utérin.

L'examen anatomo-pathologique n'a pas été pratiqué.

II.3.2.2.2/ Annexites droites

II.3.2.2.2.1/ Aspects épidémiologiques

Fréquence de l'affection

Les 26 cas correspondaient à 16,6% (26 cas/157) de l'ensemble des affections de la fosse iliaque droite chez la femme (où ils occupaient la troisième place) et 26% (26 cas/100) des affections gynécologiques de la fosse iliaque droite (où ils occupaient la deuxième place).

Avec sept cas (26,9% soit 7 cas /26) ayant nécessité un traitement chirurgical du fait de complications, les annexites droites occupaient la quatrième place (7,3% soit 7 cas /95) de l'ensemble des affections traitées chirurgicalement chez la femme et la deuxième place (30,6% soit 19 cas /62) des affections traitées médicalement.

La répartition des annexites droites est représentée dans le tableau XXIII

Tableau XXIII Formes anatomo-cliniques des annexites droites.

Annexites droites	Nbre (%)
Hydrosalpinx	5 (19,2)
Suppurations annexielles	7 (26,9)
Salpingites aiguës	10 (38,5)
Salpingites chroniques	4 (15,4)
Total	26 (100,0)

Age et parité

► Ces affections sont survenues le plus souvent entre 20 et 30 ans (53,8%). Les âges extrêmes étaient de 15 et 60 ans (Tableau XXIV).

Tableau XXIV Répartition des annexites droites selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge(années)	Nbre (%)
[10-19]	2 (7,7)
[20-29]	14 (53,8)
[30-39]	8 (30,8)
[50-59]	2 (7,7)
Total	26 (100.0)

► La parité n'a pas été mentionnée dans 7 dossiers. Elle était comprise entre 0 et 2 dans 84,2% des cas où elle figurait sur le dossier (Tableau XXV).

Tableau XXV Parité des patientes ayant présenté une annexite droite.

Parité	Nbre (%)
0	8 (42,1)
[1-2]	8 (42,1)%
[3-4]	2 (10,5)
[7-8]	1 (5,3)
Total	19 (100.0)

II.3.2.2.2.2/ Aspects cliniques

II.3.2.2.2.2.1/ Circonstances de découverte

Les salpingites aiguës (10 cas)

Elles ont toutes été découvertes à l'occasion d'une douleur aiguë qui siégeait dans la fosse iliaque droite dans 6 cas et dans le pelvis dans 4 cas. Cette douleur était accompagnée de leucorrhées (3 cas), de nausées/vomissements (2 cas) ou de dysurie (2 cas).

Les suppurations annexielles : pyo-ovarites, pyosalpinx (7 cas)

Elles se sont manifestées par une douleur abdominale dans 5 cas, une masse de la fosse iliaque droite dans 2 cas. La douleur était diffuse dans 2 cas ; elle siégeait dans la fosse iliaque droite dans 3 cas. Elle était aiguë (3 cas) ou subaiguë (2 cas).

Le motif de consultation (douleur ou masse) a évolué pendant au moins un mois dans tous les cas. Il était isolé dans 5 cas. Dans 2 cas, il était associé soit à des vomissements soit à une hyperthermie et des leucorrhées striées de sang.

Les hydrosalpinx (5 cas)

Ils ont été révélés par une douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis 8 semaines au moins et d'intensité modérée dans 2 cas. Dans 3 cas, il s'agissait d'une découverte fortuite à l'occasion d'un bilan de stérilité.

Les salpingites chroniques (4 cas)

Leur découverte s'est faite soit à l'occasion d'une leucorrhée associée à un prurit vulvaire (2 cas), soit lors d'un bilan de stérilité (2 cas).

II.3.2.2.2.2/ Examen physique

Les salpingites aiguës

L'état général de la patiente était conservé dans 9 cas. Une fièvre à 38°-39,1°C a été relevée dans 4 cas. La fosse iliaque droite était douloureuse dans 6 cas. Il existait un empâtement douloureux du cul-de-sac vaginal droit dans 8 cas et le doigtier revenait souillé de leucorrhées fétides (8 cas) et/ou de sang (3 cas).

Les suppurations annexielles (pyo-ovarite, pyosalpinx)

A l'examen physique, l'état général était conservé (3 cas) ou altéré (4 cas). Au niveau de l'abdomen, on notait une contracture et un cri de l'ombilic (2 cas). Le toucher vaginal combiné au palper abdominal a noté dans tous les cas une douleur au niveau du cul-de-sac latéral droit. Une masse latéro-utérine droite ferme, régulière et douloureuse a été constatée dans 2 cas.

Les hydrosalpinx

L'examen physique était normal dans les cas découverts fortuitement. Dans les 2 cas où les patientes ont consulté pour une douleur de la fosse iliaque droite, l'examen révélait un bon état général. Le toucher vaginal couplé au palper abdominal notait une simple sensibilité du cul-de-sac latéral droit dans un cas et dans l'autre une masse latéro-utérine droite sensible.

Les salpingites chroniques

L'état général était conservé dans tous les cas. L'examen était normal dans deux cas. Dans les 2 autres cas, une sensibilité de la fosse iliaque droite et des leucorrhées fétides ont été relevées.

II.3.2.2.2.3/ Aspects paracliniques

Les salpingites aiguës

- Hémogramme.

L'hémogramme pratiqué dans 2 cas a montré une hyperleucocytose (13290 et 14000 globules blancs par millimètre cube).

- Prélèvement vaginal.

Un prélèvement vaginal a mis en évidence *Candida albicans*.

- *Echographie.*

Une échographie (faite dans 2 cas) était en faveur d'une salpingite devant une douleur élective de la FID au passage de la sonde associée à une absence de signes d'inflammation appendiculaires.

Les suppurations annexielles (pyo-ovarite, pyosalpinx)

- *Hémogramme.*

Une numération blanche a été faite dans 5 cas. Elle notait une hyperleucocytose dans trois cas et elle était normale dans les deux autres cas.

- *Echographie.*

Une échographie a été réalisée dans 4 cas. Dans un cas, elle a évoqué un kyste ; dans les 3 autres cas, une ovarite droite.

- *Radiographie de l'abdomen sans préparation.*

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été pratiquée dans 2 cas. Dans un cas, elle était normale et dans l'autre, elle montrait des niveaux hydro-aériques.

Les hydrosalpinx

- *Hystérosalpingographie.*

Une hystérosalpingographie a été faite dans tous les cas. Elle a objectivé un hydrosalpinx devant une image d'obstruction et de dilatation tubaire avec absence de passage tubo-péritonéal. Cet hydrosalpinx était bilatéral dans 3 cas et unilatéral droit dans 2 cas.

- *Echographie.*

Une échographie a été réalisée dans 3 cas. Dans un cas, elle a évoqué un hydrosalpinx devant une trompe distendue et à contenu hypoéchogène. Dans les autres cas les résultats semblaient normaux.

- *Urographie intraveineuse.*

Une urographie intraveineuse a été réalisée dans 7 cas permettant de confirmer le diagnostic et de visualiser l'urétéro-hydronephrose droite en amont du calcul.

- *Echographie.*

Une échographie a été faite dans 6 cas montrant une urétéro-hydronephrose droite sans calcul visible dans 5 cas et un calcul coralliforme dans un cas.

- *Numération formule sanguine.*

Une numération formule sanguine a été effectuée dans 7 cas. Elle était normale dans 6 cas et il existait une hyper leucocytose à 11 300 globules blancs par millimètre cube dans un cas.

II.4/ Commentaires et discussions

II.4/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La fosse iliaque droite est le siège d'une variété d'affections qui diffèrent selon le sexe. Nous en avons trouvé 8 chez l'homme et 13 chez la femme. Leur fréquence était importante surtout en milieu chirurgical ; elles ont représenté 7% des diagnostics retenus au service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou ; dans ce service, en moyenne 2 cas étaient diagnostiqués par jour.

Un très grand nombre de patients (92,5%) avait reçu un traitement médical avant de se rendre à une formation sanitaire ; 67,6% de ces patients avaient fait une automédication. Par ailleurs 31,8% des patients ont consulté au moins 3 jours après le début des symptômes. Tous ces facteurs sont de nature à rendre plus difficile le diagnostic. En outre le nombre important des affections médicales de la fosse iliaque droite (40,1% chez la femme et 10,8% chez l'homme), l'extrême fréquence des appendicites (qui fait que l'on a tendance à assimiler toute douleur de la fosse iliaque droite à une appendicite), et enfin la grande diversité des affections de la fosse iliaque droite sont les éléments qui font l'intérêt de la question du diagnostic des affections de la fosse iliaque droite.

Cependant comme toute étude rétrospective, la nôtre avait des limites qui résidaient en la mauvaise tenue des dossiers médicaux des patients et à l'archivage souvent défectueux de ceux-ci dans les services. Par ailleurs, nous pensons que les fréquences que nous avons trouvées sont en deçà de la réalité car la quasi totalité des patients traités en ambulatoire n'ont pas été comptabilisés or la majorité des affections médicales de la fosse iliaque droite bénéficie uniquement d'un traitement ambulatoire [37].

III.1/ La fréquence

L'appendicite (70,4%) était la plus fréquente des affections digestives suivie des colopathies fonctionnelles (12,7%).

Les kystes de l'ovaire droit (50%), les annexites droites (26%), et les grossesses extra-utérines droites (22%) étaient les affections gynécologiques

les plus fréquentes. La lithiase urinaire représentait la seule affection urinaire. Yves François et collaborateurs [35] situaient les appendicites en tête des affections digestives (58,2%) suivies des lymphadénites (13,4%). Pour eux [35], les affections gynécologiques les plus fréquentes étaient les annexites droites (42,3%), les kystes de l'ovaire droit (32,7%) et les grossesses extra-utérines droites (3,8%). Concernant les affections urinaires, ils [35] avaient trouvé en tête les infections urinaires (80%) suivies des lithiases (6,7%). Les différences observées entre nos résultats et les leurs [35] sont imputables aux méthodes de collecte des données. Nous avons colligé nos cas dans plusieurs services (chirurgie, gynéco-obstétrique, gastro-entérologie) ; eux [35] l'ont fait uniquement dans un service de chirurgie.

D'autres auteurs ont publié des fréquences pour les principales affections recensées dans notre série. Ces données ne sont pas comparables aux nôtres car différant par leurs modes de recrutement. Elles permettent cependant de voir la fréquence de ces affections dans des situations variables.

A Abidjan [49], Kendja a noté que plus de 50% des affections digestives étaient des appendicites. Pour Sanou à Ouagadougou [72] et Crombe en France [23], les appendicites occupaient la première place des interventions chirurgicales de l'abdomen.

Les grossesses extra-utérines représentaient 1,61% des accouchements à Bobo Dioulasso [6], 0,79% en Guinée [61] et 0,72 au Burundi [74].

Selon Abramowicz et Collaborateurs [1], en France 1 enfant sur 9 en âge scolaire présente une colopathie fonctionnelle. Geffroy [37] écrit que les colopathies fonctionnelles représentent 50 à 70% des consultations externes en gastro-entérologie.

Sanou [72] rapportait que 33.3% des interventions chirurgicales de l'abdomen à Ouagadougou étaient faites pour kystes de l'ovaire droit.

Les tumeurs du cæcum, selon Nguema-mve et collaborateurs [58] représentaient 0,006% des consultations du service de chirurgie générale et digestive de Hôpital de Melen.

Nous avons noté de façon exceptionnelle certaines affections telles que l'amœbome, la tuberculose intestinale et la maladie de Crohn qui

représentaient chacune 0,7% (1cas) des affections digestives de la fosse iliaque droite.

L'amœbome est une affection très rare selon Blanc et Siguier [11] ; sur 2 000 dossiers d'amibiens, il y avait seulement 5 cas d'amœbome soit 0,03%.

Gninafon et collaborateurs au Bénin [38], ont noté que la tuberculose intestinale avait une fréquence de 1,4% parmi les tuberculoses extra-pulmonaires qui représentaient 4,4% des tuberculoses toutes formes confondues.

La maladie de Crohn avait une incidence estimée à un pour cent mille en 1969 par Giraud et collaborateurs [40] qui rapportaient 4 cas chez des Bantous du Transvaal en Afrique du Sud. Plusieurs autres auteurs ([82], [25], [13]) avaient trouvé cette rareté de la maladie de Crohn. Elle s'expliquerait dans notre contexte par le manque de personnel et d'équipements [13].

III.2/ L'âge et le sexe

L'âge moyen de nos patients était de 29,6 ans avec des extrêmes de 5 et 73 ans. Le sex-ratio était de 0,6. Yves François et collaborateurs [35] notaient une moyenne d'âge plus basse, à 22 ans avec des extrêmes de 5 et 85 ans et un sex-ratio de 0,8.

L'âge et le sexe variaient selon les affections sans toutefois avoir une particularité locale.

Dans les appendicites, l'âge moyen des patients était de 30,4 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 20 et 40 ans. Pour Koumaré et collaborateurs [50] au Mali, la tranche d'âge la plus touchée était celle de 16 et 30 ans. De même Crombe et collaborateurs en France [23] et Mitsingon à Pointe-Noire au Congo [55] ont trouvé des moyennes d'âges inférieures à la nôtre. Celles-ci étaient respectivement de 25 et 26 ans. Le sexe masculin (68%) était le plus atteint. A Pointe-Noire au Congo [55] et à Ouagadougou au Burkina Faso [34, 72] le sexe masculin était également le plus touché avec respectivement 60.5%, 81.9% et 61,8%. Par contre en France Crombe [23] et Barrat [8] trouvaient que la femme était plus touchée avec respectivement 63% et 69% des cas. Au Mali [50] on notait une égalité

de sexe. Cette nette divergence de résultats nous amène à dire que le sexe n'est pas un facteur déterminant.

Dans les grossesses extra-utérines, l'âge des patientes était compris entre 20 et 30 ans dans 54,5% des cas. Leur âge moyen était de 28 ans. En France Treisser et collaborateurs [78] ont trouvé un âge compris entre 25 et 35 ans dans 75 % des cas. A Bobo Dioulasso [6] l'âge moyen était de 26,3 ans.

Les occlusions intestinales aiguës étaient plus fréquentes chez l'homme que la femme. Cette prédominance masculine a été également notée par plusieurs autres auteurs [5, 38, 41].

Les perforations de l'iléon terminal étaient plus fréquentes dans le sexe masculin (5 hommes contre 1 femme) comme l'avaient trouvé Kafando au Burkina Faso [46] et Nali en Centre Afrique [56] avec respectivement 64,9 et 87,5% . Tout comme ces auteurs [46. 56], nous avons trouvé une survenue très fréquente de ces perforations avant 20 ans. Tostain [77] pour expliquer la rareté des perforations typhiques après 40 ans incriminait le rôle des infections antérieures entraînant une auto vaccination.

Les tumeurs d'allure maligne du cæcum sont survenues après 25 ans dans notre série. Certains auteurs [36. 58, 79] ont noté un âge de survenue supérieur à 40 ans. Tout comme Nguema-mve et collaborateurs [58] nous avons autant d'hommes que de femmes.

Les kystes de l'ovaire droit ont été observés chez des patientes dont l'âge moyen était de 31,4 ans. A Marseille [21], Poitier [26] et Lille [66], on notait une moyenne d'âge légèrement au-dessus de la nôtre respectivement de 33,3 ans, 38,8 ans et 35,8 ans.

La tuberculose iléo-cæcale, dans notre série a été notée chez une femme de 35 ans. La femme était touchée dans 81,3% des cas rapportés par Gninafon et collaborateurs au Bénin [38]. Les patients dont l'âge était compris entre 30 à 40 ans étaient les plus fréquents (37,5%) [38].

La maladie de Crohn a été relevée chez une femme de 50 ans. Des études faites en France [67. 76] notaient une nette prédominance féminine avec un âge moyen de 31 ans pour des extrêmes de 20 et 45 ans. Zanré au Burkina [82] a noté un sex-ratio de 0,5 et un âge moyen de 43 ans. Cette affection toucherait donc avec prédominance la femme adulte.

III.3/ Le diagnostic

Le diagnostic étiologique était orienté par les données cliniques (douleur ou masse de la fosse iliaque droite) dans 95,6% des cas. Cependant dans certaines affections se manifestant classiquement par une masse (les kystes de l'ovaire), celle-ci n'a pas été perçue à la clinique. Cela pourrait s'expliquer par le caractère souvent incomplet de l'examen clinique surtout chez la femme. Le toucher vaginal est rarement fait chez une femme reçue en dehors d'un service de gynéco-obstétrique. Cette attitude mériterait d'être corrigée.

Sur le plan paraclinique, l'échographie était le principal examen qui a aidé à faire le diagnostic. Elle a évoqué le vrai diagnostic dans 80% des cas. Poncin [64] a noté que l'échographie a pu rattacher dans 86% des cas une masse abdominale à son organe. Dargent [24] trouvait lui une spécificité de 98%. Nous sommes du même avis que ces auteurs [24. 64]: l'échographie doit être l'examen prioritaire dans le diagnostic des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite avec ou sans masse palpable.

La plupart (93,8%) des diagnostics pré-opératoires ont été confirmés en per-opératoire. Les étiologies des syndromes occlusifs étaient dominées par les volvulus (50%) et les invaginations iléo-cæcales (33,3%). Les péritonites appendiculaires (60,7%) et les perforations de l'iléon terminale (21,4%) étaient les principales causes des syndromes péritonéaux. Enfin, les kystes (37,5%) ou les tumeurs d'allure maligne de l'ovaire, et les lymphadénites étaient les principales constatations opératoires au cours des laparotomies pour une masse de la fosse iliaque droite. Dans certains cas, la constatation per-opératoire différait du diagnostic pré-opératoire. Ainsi, dans 3,5% des indications opératoires pour appendicites, un diagnostic différent (lymphadénites, pyosalpinx) a été noté en per-opératoire. Henri [42] relevait 4,6% d'erreurs diagnostiques dans les appendicites. Dans notre contexte ces erreurs diagnostiques sont attribuables d'une part à la moindre disponibilité de certains examens paracliniques à visée diagnostique et d'autre part à leur moindre accessibilité en raison de la faiblesse des moyens financiers dont disposent les patients. Dans notre série comme dans celle de Henri [42] aucune appendicite n'a été constatée en per-opératoire pour un diagnostic pré-opératoire différent. Les appendicites semblent donc le plus

souvent diagnostiquées par excès devant une symptomatologie d'appel de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic lésionnel a pu être précisé dans 58,3% des affections qui ont été traitées médicalement. L'apport de l'échographie dans les dystrophies ovariennes et celui de la coloscopie dans les colopathies fonctionnelles étaient déterminants. Dans les autres cas (salpingite, amœbome, tuberculose intestinale...), c'est la régression de la symptomatologie sous traitement spécifique qui a fait retenir définitivement le diagnostic. Ces traitements spécifiques ont été orientés par la clinique parfois associée à la paraclinique. Il s'agit d'une approche qui ne garantit pas l'exactitude du diagnostic.

Dans les affections chirurgicales, la laparotomie a confirmé le diagnostic retenu par la clinique parfois appuyée par des éléments paracliniques. Dans 2,8% des cas, il s'agissait d'une laparotomie exploratrice. Celle-ci doit être le dernier recours lorsque la suspicion clinique est très forte en particulier dans le contexte de l'urgence. Cette approche entraîne parfois un taux inacceptable de laparotomies blanches. Il a été noté 14,6% de laparotomies blanches dans les suspicions d'appendicites à Bamako [50] ; 20% à Ouagadougou par Sanou [72] et 25,1% en France par Barrat [8]. Dans notre série aucune laparotomie blanche n'a été notée dans les appendicites mais nous avons trouvé 6,7% d'erreurs. Par contre 21,1% de laparotomies blanches ont été réalisées dans les kystes ovariens. Il s'agissait de kystes fonctionnels opérés par erreur. Pour éviter ou diminuer ces laparotomies blanches, certains auteurs [15, 66, 78] préconisent la coelioscopie. Dans notre contexte celle-ci étant de réalisation difficile (nécessité d'une anesthésie générale, risque infectieux important, moindre disponibilité...), la laparotomie exploratrice reste préférable, seulement en cas de stricte nécessité et après échec diagnostique par la clinique et la paraclinique. Ailleurs, Cohen [21] a trouvé que la laparotomie serait plus fiable que la coelioscopie et Andem [2] a noté que la coelioscopie serait trop lourde de conséquence pour être utilisée comme un simple moyen diagnostique.

Cette laparotomie devait être complétée par une étude histologique de la pièce opératoire lorsqu'il en existe une. Dans notre série, cela n'a pas été

fait dans 98,8% des cas . Gninafon au Bénin [38] précise qu'en l'absence d'histologie, les critères diagnostiques ne s'appuient que sur des arguments de présomption (cliniques, parfois paracliniques).

La stratégie diagnostique que nous dégagons concernant les affections de la fosse iliaque droite de façon globale est l'examen clinique minutieux que l'on répétera au besoin. La prescription des examens paracliniques ne devra se faire que lorsque les données cliniques l'exigent réellement. L'échographie et la radiographie de l'abdomen sans préparation sont les plus indiquées en première intention. La laparotomie exploratrice sera l'ultime recours qui surviendra lorsque les investigations cliniques et paracliniques se seront montrées insuffisantes au cours de la surveillance du malade. La première étape est de distinguer les affections chirurgicales des affections médicales.

III.3.1/ Les affections chirurgicales

Les affections chirurgicales étaient les plus fréquentes (71,2%). Elles se sont manifestées par une symptomatologie aiguë dans 78,1% des cas. Il y'a eu des manifestations subaiguës (15,7%) ou chronique (6,2%). Par ailleurs 8,3% des affections médicales se sont manifestées sous un mode aigu. La confusion est donc possible à tout moment. Ainsi devant une symptomatologie d'appel de la fosse iliaque droite, il faudra procéder par élimination en commençant toujours par les affections les plus graves et les plus urgentes telles que les appendicites et les grossesses extra-utérines. Cela nécessite une connaissance pour chaque affection des signes clés de son diagnostic.

III.3.11/ Les appendicites

La douleur était l'unique signe constant. L'examen clinique a permis de poser le diagnostic dans tous les cas.

Les patients ont consulté pour une douleur de la fosse iliaque droite (93,2%), aiguë dans 80% des cas. L'examen relevait une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite dans 64,9% des cas et une défense de la fosse iliaque droite dans 29,7% des cas. Dans 6,8% des cas d'appendicites aiguës simples, le patient s'est plaint d'une douleur abdominale diffuse. Cela

pourrait égarer le diagnostic. Dans ces cas il est nécessaire de faire un interrogatoire plus poussé et un examen clinique parfait qui retrouveront les principaux signes cliniques de l'appendicite aiguë: douleur localisée à la fosse iliaque droite (93,2%) avec parfois défense (29,7%). Crombe [23] à Lyon en France a noté une douleur de la fosse iliaque droite dans 93% des cas et une défense à la fosse iliaque droite dans 41% des cas. Nos résultats comparés à ceux de A Crombe [23] nous indiquent que les signes physiques dans l'appendicite peuvent se résumer à la recherche d'une douleur à la fosse iliaque.

L'hyperthermie a été trouvée dans 45,3% des cas et le psoïtis dans 18,9% des cas. Crombe [23] notait un psoïtis dans 10% des cas et une hyperthermie dans 71% des cas. Dans notre contexte l'absence de ces signes ne doit pas faire exclure le diagnostic. Il pourrait être dû à un traitement intercurrent..

Les touchers pelviens n'ont été faits que dans 6 cas et ont noté une douleur à droite dans 4 cas. Crombe [23] a trouvé un toucher rectal douloureux dans 27% des cas. Il serait intéressant de toujours compléter l'examen par les touchers pelviens car ceux-ci sont souvent déterminant pour éliminer certaines affections telle que la salpingite aiguë droite.

La constipation bien que retrouvée dans 71,4% des cas n'est qu'un signe peu évocateur.

Dans le doute on devra mettre le malade en observation pour le réexaminer. Si le doute persiste on pourra demander des examens paracliniques sinon l'appendicectomie immédiate pourra être pratiquée.

L'échographie avait évoqué le diagnostic dans 75,0% des cas d'appendicites aiguës simples. Crombe [23] a noté une sensibilité plus élevée (91,5%) et une spécificité de 94,3%. Ces données font de l'échographie l'examen le plus sensible pour le diagnostic de l'appendicite. Mais son indication doit être limitée aux cas où la clinique est défailante. Pocard [62] notait une nette suprématie du scanner sur l'échographie dans le diagnostic de l'appendicite avec une valeur prédictive positive proche de 100%. Ailleurs la laparoscopie a été évoquée comme un moyen diagnostique dans l'appendicite. Dans notre contexte, le scanner et la coelioscopie sont d'indication exceptionnelle car trop coûteux. Pour Barrat [8] même si la laparoscopie diminuait l'incidence des appendicectomies inutiles, elle admet

néanmoins un faible taux de faux négatifs (10%) surtout en cas d'endoappendicite. Pour Andem [2] la coelioscopie ne peut être utilisée comme simple instrument diagnostique car trop lourde (nécessité d'une anesthésie générale, grand risque infectieux). Ainsi à défaut de scanner, l'échographie reste le meilleur moyen pour le diagnostic de l'appendicite. Dans notre étude, le diagnostic d'appendicite était retenu à l'échographie devant la visualisation dans la fosse iliaque droite de l'appendice inflammatoire, tuméfié avec en coupe transversale, un aspect en cocarde et en coupe longitudinale, un aspect en « doigt de gant ». Pour Rioux [69] et Zielke [83], l'appendice est tuméfié (avec un diamètre supérieur à cinq millimètres) avec une diminution ou une absence de mobilité et de dépressibilité sous la sonde. M. Rioux [68] précise que l'appendice est en forme de saucisse, avec une extrémité borgne, une paroi d'une épaisseur de plus de trois millimètres. Toutes ces descriptions se rejoignent.

L'hyperleucocytose était présente dans 60,4% des cas, notre résultat est très proche de ceux trouvés par Fao [34] et par Crombe et collaborateurs [23] qui étaient respectivement de 70% et de 63%. En général il s'agissait d'une hyperleucocytose modérée comprise entre 10100/ mm³ et 31 133/ mm³. Dans plus de la moitié des cas (57,69%) elle était inférieure ou égale à 13000/ mm³ globules blancs par millimètre cube. Dans 39,6% le leucocytose était normale. L'intérêt de l'hémogramme est de mettre en évidence le syndrome infectieux lorsque la fièvre manque à la clinique. Cependant il s'agit d'un examen non spécifique qui ne permet ni d'exclure ni de retenir le diagnostic.

La radiographie de l'abdomen sans préparation était normale dans 55,6% des cas et dans 44,44% elle montrait une aérocolie. Ce résultat anormal n'influence aucunement la prise en charge de l'appendicite [83]. Cependant la radiographie de l'abdomen sans préparation peut permettre d'éliminer d'autres affections (lithiases urinaires) dont la prise en charge diffère de celle de l'appendicite, en outre c'est un examen peu coûteux et disponible dans notre contexte.

Dans notre série aucun appendice n'a bénéficié d'un examen histologique. L'aspect macroscopique des appendicites aiguës simples opérées a permis de confirmer le diagnostic. Nous avons noté des appendicites catarrhales dans 44% des cas, suppurées dans 8% des cas,

phlegmoneuses dans 36% des cas et nécrosées dans 12% des cas. D'autres auteurs ont rapporté les résultats suivant :

- A Lyon sud en France François [35] a trouvé des appendicites catarrhales dans 23% des cas, suppurées dans 54,5 des cas, gangrenées dans 5,5% des cas.
- A Abidjan en Côte D'Ivoire Kendja [49], rapportait des appendicites catarrhales dans 10% des cas, phlegmoneuses dans 43% des cas, nécrosées dans 26,67% des cas, gangrenées dans 20% des cas.
- Sanou au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou [72] notait des appendicites catarrhales dans 46,2% des cas, suppurées dans 10,56% des cas, phlegmoneuses dans 10,23% des cas et nécrosées dans 8,53% des cas.

Les différences observées entre ces séries pourraient être liées à l'absence d'examens histologiques et à la subjectivité de l'appréciation du chirurgien.

III.3.1.2/ Les grossesses extra-utérines

Elles ont été diagnostiquées chez des patientes qui avaient une parité inférieure ou égale à 2 dans 36,4% des cas. Dans 40,9 des cas, les patientes ne se savaient pas en aménorrhée gravidique. En France Treisser et collaborateurs [78] ont trouvé une nulli ou primiparité dans 75% des cas. A Bobo Dioulasso [6] la multiparité ou la primiparité étaient les plus fréquentes (53,2%).

Les grossesses extra-utérines étaient rompues dans 72,7% des cas. Cette prédominance des formes rompues a également été trouvée par Bamouni [6] et Treisser [78]. Leurs tableaux cliniques comportaient des signes de choc hypovolémique, une altération de l'état général (66,7%), une pâleur conjonctivale (70%), une défense de la fosse iliaque droite (46,7%) ou une défense abdominale généralisée (20%) avec un cri de l'ombilic (46,7%), une douleur au niveau du cul-de-sac latéral droit comblé (86,7%). La culdocentèse était positive dans 9 cas sur 10. Elle était positive dans 91% des cas à Bobo Dioulasso [6], 94% des cas au Burundi [74]. Bamouni à Ouagadougou trouvait 96% de culdocentèses positives. Devant un tel tableau clinique, le diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue ne fait

plus de doute. La laparotomie faite en urgence permettra de confirmer le diagnostic.

La difficulté est souvent rencontrée dans les grossesses extra-utérines non rompues surtout lorsque la patiente ne se sait pas en aménorrhée gravidique. Dans ce cas, il est souvent nécessaire de confirmer la grossesse. Les tests immunologiques urinaires de grossesse sont moins coûteux et plus disponibles que l'échographie dans notre contexte. Le tableau clinique comporte une défense de la fosse iliaque droite (40%), une douleur au niveau du cul-de-sac latéral droit comblé par une petite masse latéro-utérine (80%) ou une défense abdominale généralisée (20%). Les tests immunologiques urinaires peuvent être négatifs ; le dosage des bêta HCG est plus fiable mais lorsque ceux-ci sont nuls, ils n'excluent pas une grossesse car celle-ci peut être arrêtée [16. 78]. Dans notre série, les bêta HCG n'ont pas été dosés alors que les tests immunologiques urinaires étaient positifs tous dans les cas où ils ont été réalisés. Burlet [16] et Treisser [78] ont écrit que l'association d'une culdocentèse positive et d'un test de grossesse positif doit orienter vers une grossesse extra-utérine rompue. Nous sommes également de cet avis. Mais la culdocentèse étant rarement positive dans les grossesses extra-utérines non rompues (1 fois sur 4 dans notre série), nous pensons qu'une défense pelvienne avec métrorragies et un test de grossesse positif doivent faire évoquer une grossesse extra-utérine.

L'échographie devra être pratiquée lorsque la clinique demeure confuse. Elle a évoqué la grossesse extra-utérine dans tous les cas où elle a été faite le plus souvent devant des signes indirects (93,3%). Cela a également été noté par plusieurs autres auteurs [6, 16. 78]. La numération formule sanguine est importante pour confirmer une spoliation sanguine (hémopéritoine).

Dans notre contexte le diagnostic de la grossesse extra-utérine doit se baser sur l'anamnèse (aménorrhée), l'examen clinique et la culdocentèse. Lorsque ces éléments sont concluants l'indication opératoire sera posée immédiatement. L'échographie n'a d'intérêt qu'en cas de doute surtout dans les grossesses extra-utérines non rompues où un test de grossesse peut être également pratiqué.

II.3.1.3/ Les occlusions intestinales aiguës

Six occlusions intestinales aiguës ont été retenues devant un syndrome occlusif marqué cliniquement par une douleur abdominale diffuse dans 4 cas, des vomissements dans 5 cas, un arrêt des matières et des gaz dans 5 cas, un météorisme abdominal dans 4 cas. Waré [81] a trouvé une douleur abdominale diffuse dans 51,4% des cas, un arrêt des matières et des gaz dans 47,7% des cas, des vomissements dans 31,3% des cas, un météorisme abdominal dans 24,6% des cas. Ces signes cliniques ne s'associent pas toujours de la même façon, cela peut parfois rendre le diagnostic plus difficile. Dans tous les cas, ce syndrome sera confirmé par la radiographie de l'abdomen sans préparation. Cette radiographie de l'abdomen sans préparation avait une bonne sensibilité dans le diagnostic du syndrome occlusif. Dans notre étude, elle a posé ce diagnostic dans 5 cas sur 6. Ayité à Lomé [5] a trouvé une image typique dans 84,6% des cas et Waré à Ouagadougou [81] l'a relevé dans 35,8% des cas. Ce dernier a incriminé la mauvaise qualité de ses clichés.

L'échographie n'a d'intérêt que lorsqu'une masse est perçue à la palpation abdominale. Dans notre série, elle a été réalisée dans l'unique cas où la clinique a retrouvé une masse et a mis en évidence un boudin d'invagination. Heloury et collaborateurs [41] rapportaient que dans 20% de cas d'invaginations intestinales aiguës, le tableau clinique et radiologique était celui d'une occlusion intestinale aiguë, et que l'échographie réalisée dans 21 cas a toujours reconnu le boudin.

Ce qui nous semble le plus important dans le diagnostic de cette affection est la mise en évidence du syndrome occlusif par la clinique et la radiographie de l'abdomen sans préparation. La laparotomie faite en urgence donnera le mécanisme de l'occlusion.

III.1.4/ Les perforations de l'iléon terminal

Elles étaient marquées par une péritonite aiguë généralisée avec un cri de l'ombilic dans 5 cas sur 6. Une hyperthermie non chiffrée de plus de deux semaines traitée sans succès par les antipaludéens a été retrouvée dans 4 cas sur 6. Kafando [46] a retrouvé cette notion dans tous ses cas. La classique disparition de la matité préhépatique signant une perforation d'un organe creux n'a pas été notée dans notre série. Cela pourrait être dû à un examen clinique mal mené ou au fait que ce signe ait été masqué par le tympanisme abdominal retrouvé dans tous nos cas.

Dans notre série comme dans celle de Nali [56], il s'agissait uniquement de formes sthéniques. Celles-ci sont de diagnostic clinique simples car marquées par le syndrome péritonéal. Kafando [46] a noté une prédominance des formes asthéniques (78,2%) qui ont un tableau clinique plus atypique. Dans tous les cas, la radiographie de l'abdomen sans préparation doit être le prolongement de l'examen clinique dans le diagnostic de la péritonite par perforation. Elle arrive plus facilement à mettre en évidence le pneumopéritoine.

Dans notre série, la radiographie de l'abdomen sans préparation a montré un pneumopéritoine dans 4 cas sur 5. Au Viet-nam [59], le pneumopéritoine a été retrouvé dans 76,6% des cas. Kekch [47] l'a noté dans 71% des cas. Par contre Kafando [46] l'a retrouvé dans seulement 33% des cas et a incriminé la mauvaise qualité des clichés radiographiques.

Dans notre contexte, la confirmation clinique du syndrome péritonéal doit être suivi de l'intervention chirurgicale à l'issue de laquelle une recherche étiologique pourra être faite.

Selon certains auteurs [46, 61], seuls les examens bactériologiques permettent de retrouver l'étiologie de ces perforations non traumatiques de l'iléon terminal. Ils [46, 61] notent cependant qu'en per-opératoire, l'aspect des lésions est le plus souvent très évocateur. Dans notre série, les perforations rattachées à une fièvre typhoïde étaient moins nombreuses (jamais supérieures à 2) et plus proches de la jonction iléo-cæcale (entre 4 et 12 centimètres). Les autres étaient plus nombreuses (entre 2 et 5) et plus distantes de la jonction iléo-cæcale (entre 5 et 20 centimètres). Kafando [46]

a noté une perforation unique dans 75,7% des cas de perforation typiques avec 66,7% de localisations entre 2 et 25 centimètres de la jonction iléo-cæcale.

III.3.1.5/ Les lithiases urinaires

Toutes les 8 lithiases urinaires ont été diagnostiquées à l'occasion d'une douleur aiguë de la fosse iliaque droite irradiant vers la racine des cuisses, associée à une dysurie dans 3 cas et à des nausées/vomissements dans 2 cas. L'examen notait une sensibilité de la fosse iliaque droite et de la région lombaire dans tous les cas et une défense dans 2 cas. Chrétien [18] a rapporté les mêmes irradiations de la douleur et a également noté des signes d'accompagnement urinaires (pollakiurie, dysurie, hématurie) ou digestifs (nausées, vomissement, arrêt du transit, ballonnement). Ces signes peuvent égarer le diagnostic. De ce fait l'anamnèse a une place importante. Elle doit s'efforcer de bien caractériser la douleur qui dans les cas typiques est une colique néphrétique. Cependant la présence d'un calcul urinaire n'indique pas que celui-ci soit obligatoirement responsable d'une crise de colique néphrétique [18]. La notion de crise similaire qui a cédé spontanément (4 de nos cas) a également été notée par Burlet [16]. Cet antécédent peut faire évoquer un calcul qui a migré dans la vessie. Dans tous les cas l'apport des examens paracliniques s'avère nécessaire pour retenir ce diagnostic.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de voir les calculs dans 7 cas sur 8. L'échographie a noté une urétéro-hydronephrose sans calcul visible dans 5 cas sur 6 et a pu visualiser un calcul coralliforme dans le dernier cas. Chrétien [18], a rapporté que l'échographie avait peu d'intérêt car la présence d'une dilatation des voies urinaires à l'échographie n'est pas toujours témoin d'une lithiase. Par ailleurs, il [18] l'a trouvée intéressante en urgence ou en cas de contre-indication à l'urographie intraveineuse (allergie à l'iode, créatininémie élevée).

L'urographie intraveineuse a permis dans tous les cas où elle a été faite de confirmer le diagnostic et de visualiser l'urétéro-hydronephrose en amont du calcul. Selon Chrétien [18], l'urographie intraveineuse affirme ou exclu le diagnostic. L'urographie intraveineuse est donc l'examen complémentaire de choix. Elle permet non seulement de poser le diagnostic

mais aussi de prendre une décision thérapeutique en montrant le retentissement du calcul en amont et en jugeant de la valeur fonctionnelle du rein.

Nous préconisons dans notre contexte l'échographie en première intention (ou à défaut la radiographie de l'abdomen sans préparation) vu le coût élevé et la moindre disponibilité de l'urographie intraveineuse. Cette échographie peut poser le diagnostic en visualisant la lithiase. Dans le cas contraire, elle permet non seulement d'éliminer d'autres étiologies des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite mais aussi de recourir de façon plus élective à l'urographie intra-veineuse devant une urétéro-hydronephrose.

III.1.6/ Les tumeurs d'allure maligne du cæcum

Le tableau clinique dans nos 4 cas était marqué par une altération de l'état général (asthénie et amaigrissement) et une masse d'évolution chronique sur au moins un mois. La douleur a été notée dans 3 cas. Le diagnostic a été apporté par le lavement baryté dans un cas, l'échographie dans 2 cas (sur 3 échographies réalisées). Dans un cas il s'agissait d'un diagnostic opératoire après une forte suspicion clinique. Au Gabon [58] l'asthénie et l'amaigrissement étaient constants, la douleur présente dans 75% des cas. Le diagnostic a été obtenu par le lavement baryté dans deux cas, la coloscopie dans un cas, enfin il s'agissait d'une découverte opératoire dans un cas. Aucune rectorragie n'a été notée dans notre série comme dans celle de Nguema-mve [58]. Nos cas ont bénéficié d'un diagnostic tardif. Cela fait que le tableau clinique était très évocateur devant la masse chronique et sensible de la fosse iliaque droite, associée à l'altération de l'état général du patient. Le diagnostic précoce, plus avantageux pour le patient pose souvent plus de difficultés [58]. Dans tous les cas il nécessite des investigations cliniques et paracliniques plus poussées

Tous nos patients n'ont pas eu une exploration paraclinique complète. Si l'échographie ou mieux le lavement baryté montre le siège de la tumeur, la coloscopie permet la réalisation de biopsie en vue d'un examen histologique. Dans notre série aucun examen histologique n'a été fait. Ngema-mve et collaborateurs [58] notaient que la forme histologique la plus fréquente était

l'adénocarcinome. Ceci a également été notée par d'autres auteurs [36, 79]. Ngema-mve et collaborateurs [57] signalaient la relative fréquence des pseudo-tumeurs inflammatoires du cæcum (25 à 30% des tumeurs du cæcum) qui ont une prise en charge plus simple et un pronostic plus favorable que les cancers. Seule l'histologie peut différencier ces pseudo-tumeurs des cancers du cæcum.

Dans notre contexte, la suspicion clinique et échographique d'une tumeur d'allure maligne du cæcum devrait faire envisager une intervention chirurgicale à défaut de la coloscopie. La pièce opératoire pourra dans la mesure du possible faire l'objet d'une étude histologique. Une réintervention pourrait s'imposer par la suite ; toute chose qui constitue un énorme désavantage pour le patient.

II.3.2/ Les affections médicales

III.3.2.31 Les salpingites aiguës droites

Le tableau clinique des 10 salpingites aiguës droites comportait une douleur constante de siège iliaque droit dans 6 cas ou pelvien dans 4 cas, un empâtement douloureux du cul-de-sac vaginal droit et des leucorrhées dans 8 cas. L'état général était conservé dans 9 cas. La fièvre a été retrouvée dans 4 cas. Selon Brun [15] même si l'état général est conservé, la fièvre est notée dans 50% des cas ; la douleur peut manquer dans 10% des cas, la leucorrhée dans 40% des cas. Notre faible taux de cas fébriles pourrait être dû à un traitement intempestif. Tout cela dénote de la difficulté diagnostique dans la salpingite aiguë mais la présence d'une douleur aux culs-de-sac surtout associée à une leucorrhée et une hyperthermie doit faire penser à la salpingite.

Peu d'examen complémentaires sont disponibles dans notre contexte pour la confirmation de ce diagnostic. Il s'agit d'examen d'orientation diagnostique. Deux numérations blanches ont été effectuées notant une hyperleucocytose (13290 et 14000 globules blancs par millimètre cube). Deux échographies ont été réalisées et ont évoqué une salpingite. Brun et collaborateurs [15] notaient une fois sur deux l'hyperleucocytose. L'hyperleucocytose peut donc être retenue comme un élément déterminant

dans le diagnostic des salpingites [15]. L'échographie avait peu d'intérêt pour le diagnostic (car ne peut visualiser la trompe utérine) ; la coélioscopie était l'élément essentiel pour le diagnostic de la salpingite dans toutes ses formes [15]. Celle-ci permet de faire des prélèvements dans le cadre d'une recherche étiologique [15]. Dans notre étude un seul prélèvement vaginal a été effectué et a mis en évidence *Candida albicans* qui ne peut être considéré comme l'agent responsable de la salpingite. En effets les prélèvements bactériologiques pour être plus crédibles doivent être faits en intra-péritonéal (per-coélioscopique) ou à défaut en intra-cervical.

La coélioscopie étant de réalisation difficile dans notre contexte, le diagnostic de la salpingite doit reposer sur la clinique, le prélèvement endocervical (ou à défaut le prélèvement vaginal) et la numération formule sanguine.

III.3.2.2/ Les kystes de l'ovaire droit

Leur découverte s'est faite dans 54% des cas par une douleur. Parmi les circonstances de découverte non douloureuses on notait: un bilan de stérilité dans 30,4% des cas, un trouble du cycle dans 30,4% des cas, une masse à la fosse iliaque droite dans 17,4% des cas, une aménorrhée dans 13,4% des cas, un consultation prénatale dans 4,6% des cas et des métrorragies dans 4,6% des cas. A Marseille [21] on notait l'inverse avec les circonstances de découverte non douloureuses qui occupaient la première place dans 59,1% des cas et elles se répartissaient comme suit : un bilan de stérilité dans 20.4% des cas, un trouble du cycle dans 12.8% des cas, une augmentation de volume de l'abdomen dans 3.9% des cas et les découvertes fortuites lors d'un examen systématique dans 29.3% des cas. L'examen physique notait une douleur de la fosse iliaque droite (56%) avec une masse (14%) chez une patiente en bon état général (84%). La douleur était pelvienne dans 44,4% des cas et une masse n'a pas été notée dans 86% des cas. La douleur pelvienne pourrait s'expliquer par les formes bilatérales (32%) ou par un interrogatoire mal mené. L'absence de masse serait imputable aux dystrophies ovariennes (56%) mais surtout à un examen physique incomplet sans toucher vaginal. En cas de doute, l'échographie était l'examen paraclinique qui a permis d'aboutir au diagnostic.

L'échographie avait posé le diagnostic dans 97,8% des cas. D'autres études [3, 30, 43] ont également révélé l'intérêt de l'échographie dans le diagnostic des kystes de l'ovaire. Mais l'anatomo-pathologie demeure l'outil le plus fiable dans le diagnostic de la nature d'un kyste [54, 66]. Plusieurs études [21, 54, 66] ont trouvé que certains kystes liquidiens considérés comme fonctionnels à l'échographie se révèlent organiques à l'histologie. Dans notre série, aucun examen histologique n'a été fait. Selon Prolongeau [66] même si l'échographie permet de rattacher facilement une masse pelvienne à sa nature ovarienne, seules les images solides exclusives ou prédominantes sont de diagnostic facile. Cette difficulté diagnostique tient au polymorphisme échographique des cancers ovariens qui peuvent adopter plusieurs aspects (liquidien, solide ou mixte). La même étude [66] a montré la fiabilité de l'échographie dans la reconnaissance d'une tumeur bénigne ou maligne de l'ovaire avec une valeur prédictive négative de 99,4%. Le scanner offre une sensibilité comparable à celle de l'échographie dans le dépistage des tumeurs pelviennes et la ponction échoguidée est d'un apport limité car l'aspect macroscopique du liquide et la cytologie (faible densité cellulaire et la précision du contrôle cytologique) peuvent être insuffisants [66]. Prolongeau [66] propose le recours au trépied clinique-échographie-coelioscopie pour le diagnostic des kystes de l'ovaire. Dans notre contexte la coelioscopie étant de réalisation difficile, l'échographie couplée à la clinique reste le meilleur moyen diagnostique et la laparotomie exploratrice pourrait apporter sa contribution en cas de stricte nécessité.

III.3.2.3/ Les colopathies fonctionnelles

Les colopathies fonctionnelles ont présenté le tableau clinique le plus constant de toutes les affections relevées dans notre étude : douleur abdominale plus importante à la palpation de la fosse iliaque droite dans tous les cas et associée à des troubles digestifs dans 72,2% (constipation, éructation/émission basse de gaz, borborygme). La diarrhée était présente dans 16,5% des cas. Abramowicz et collaborateurs [1] ont noté une douleur constante associée à des troubles digestifs (constipation, diarrhée, vomissement) dans 61,11% des cas. Dans notre série, ces signes évoluaient par intermittence et de façon chronique depuis au moins un an. Ces signes

sont cependant non spécifiques et ne peuvent faire retenir le diagnostic. Il en découle toute la difficulté diagnostique. Ainsi, un tel tableau clinique nécessite une surveillance clinique du malade. Une échographie pourrait être demandée devant la persistance du tableau clinique. Lorsque celle-ci n'est pas concluante ou lorsqu'elle note une simple aérocolie diffuse, le diagnostic de colopathie fonctionnelle pourrait être retenu (à défaut de la coloscopie) avec une surveillance continue du patient sous traitement. Par ailleurs la colopathie fonctionnelle est un diagnostic d'exclusion qui ne pourra être retenue après des résultats normaux de plusieurs autres examens selon les cas (ASP, examen parasitologique des selles...). La coloscopie très peu disponible et onéreuse dans notre contexte, permet le plus souvent d'éliminer une lésion organique et d'arrêter le diagnostic.

Il ne faudra cependant pas méconnaître l'association d'une colopathie fonctionnelle à une autre affection (la trichomonose intestinale dans notre série). Dans ce cas un traitement spécifique normalise les examens paracliniques de confirmation de l'affection associée sans toutefois entraîner un amendement complet de la symptomatologie initiale.

III.3.2.4/ Les autres affections médicales

Ces affections ont été exceptionnelles dans notre série. Nous ne saurons donc leur dégager une stratégie diagnostique qu'à partir de la littérature.

L'amibiase intestinale

L'amibiase intestinale a un diagnostic qui repose selon Ellison [33] sur la recherche des parasites dans les selles. Celle-ci serait positive dans 25% à 33% des cas sur un seul examen et dans 60 à 70% des cas si les examens sont répétés 3 jours de suite. Lemozy [52] rapportait que seul l'examen parasitologique peut en pratique apporter la preuve formelle, définitive, et indiscutable de l'amibiase. Les amibes peuvent être directement mises en évidence dans les prélèvements biopsiques ou de façon indirecte par les examens sérologiques [52].

L'amœbome dans notre série n'a pas bénéficié d'un examen parasitologique. Il s'agissait d'un diagnostic établi à partir de la clinique, de la coloscopie et de l'histologie. Ce diagnostic a motivé la prescription d'amœbicides qui ont entraîné une disparition des signes. L'aspect histologique d'après Lemozy [52] est une réaction inflammatoire hyperplasique parfois volumineuse mais pouvant aussi se présenter comme dans les deux cas rapportés par Voisin et collaborateurs [9] sous forme d'un « polype » de taille réduite, de surface irrégulière et saignotante. Une réaction fibreuse peut en outre être notée [69]. Dans notre série l'histologie a révélé une muqueuse de type colique recouverte par un exsudat fibrino-leucocytaire avec des glandes immatures, le chorion était tantôt fibreux, tantôt infiltré de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires éosinophiles sans caractère de malignité. Lasnier [51] précise que les différentes tuniques intestinales se confondent et que la séreuse péritonéale même dans les zones où il y'a des adhérences fibreuses est lisse et brillante.

L'amibiase intestinale dans notre série a été retenue devant la douleur de la fosse iliaque droite associée à une diarrhée glairo-sanguinolente, la mise en évidence des amibes dans les selles et l'effet positifs des amœbicides. Elle [4] se manifeste principalement par une douleur accompagnée parfois de diarrhée glairo-sanguinolente. A la coloscopie, la colite amibienne se traduit habituellement par des aspects banaux dont l'origine amibienne est authentifiée par la présence d'amibes et par l'action des traitements anti-amibiens [52].

Les aspects radiologiques de l'amibiase n'ont aucun caractère spécifique et les examens sérologiques n'ont qu'un intérêt restreint car leur positivité nécessite l'effet d'anticorps qui n'est vraiment appréciable qu'en cas d'invasion tissulaire massive telle que dans les atteintes hépatiques [52].

La tuberculose intestinale

Elle a été suspectée devant un antécédent de tuberculose confirmée, un état général peu altéré, une fébricule, un syndrome péritonéal et une ascite. Tout comme M.Gninafon et collaborateurs [38] nos critères diagnostiques étaient des arguments anamnésiques et des examens bactériologiques. En absence d'arguments de certitude (histologie), un

faisceau d'arguments présomptifs peut être utile : la numération formule sanguine, l'étude cyto bactériologique du liquide d'ascite, la recherche de bacille acido-alcool-résistant dans les crachats, et l'échographie abdominale. Par ailleurs la régression des signes sous traitement spécifique a constitué un argument de taille.

La maladie de Crohn

La maladie de Crohn a été diagnostiquée par l'étude histologique de la pièce opératoire après une laparotomie exploratrice. Le tableau clinique se résumait à un fébricule à 37,8°C, une sensibilité de la fosse iliaque droite et du cul-de-sac vaginal droit chez une patiente de 50 ans ayant un antécédent d'ulcère duodénal et de l'œsophage. L'échographie et même la coloscopie avaient été inefficaces car il n'y a pas eu de prélèvement per-coloscopique. La fibroscopie digestive haute a été d'un apport en montrant d'autres ulcérations muqueuses situées à la partie haute du tube digestif et qui pourraient être d'autres localisations de la maladie. La coloscopie est plus intéressante lorsqu'elle est couplée à une biopsie pour un examen anatomo-pathologique. Selon P. Keller [48] les manifestations cliniques de cette maladie sont le plus souvent en contradiction avec les investigations endoscopiques. Ainsi, dans tous les cas le diagnostic est histologique. Pour Tandom et collaborateurs [75] il est difficile de faire la différence entre une maladie de Crohn et une tuberculose intestinale même par leurs aspects macroscopiques alors qu'à l'histologie, la caséification est toujours présente dans la tuberculose mais l'œdème de la sous muqueuse n'est jamais aussi importante que dans la maladie de Crohn.

II.5/ Conclusion et suggestion

II.5.1/CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons retenir que les affections de la fosse iliaque droite sont fréquentes et variées avec une prédominance féminine (63%) due essentiellement aux affections gynécologiques. La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 20 et 40 ans (66,8 %).

Les étiologies trouvées étaient le plus souvent fonction du tableau clinique. Ainsi, devant une masse de la fosse iliaque droite chez l'homme, les étiologies les plus fréquentes étaient le plastron ou l'abcès appendiculaire et les lymphadénites. Chez la femme il s'agissait des kystes de l'ovaire droit (50%) et des grossesses extra-utérines (15,2%). Devant une douleur de la fosse iliaque droite chez l'homme, l'appendicite était la cause la plus fréquente (76%) suivie des colopathies fonctionnelles (12%), des lymphadénites (5,3%), des tumeurs du cæcum (2,7%) et des lithiases urinaires (2,7%). Chez la femme, l'étiologie la plus fréquente de ces douleurs était toujours l'appendicite (23,4%), suivie des grossesses extra-utérines (19,8%), des annexites droites (11,7%) et des dystrophies ovariennes (9,9%).

L'examen clinique avait une place importante dans le diagnostic des affections de la fosse iliaque droite. Il a abouti au diagnostic dans 95,6 % des cas. Cet examen tient compte des traitements intercurrents modificateurs de la symptomatologie. Les appendicites et les grossesses extra-utérines sont les principales affections urgentes. Le tableau clinique de l'appendicite aiguë était celui d'un syndrome douloureux aigu de la fosse iliaque droite avec parfois une constipation (71,4%). La grossesse extra-utérine droite doit être évoquée chez une patiente en pleine activité génitale présentant une douleur aiguë de la fosse iliaque droite (ou du pelvis) à associé ou non à une culdocentèse positive.

Les examens paracliniques n'ont eu d'utilité qu'en présence d'une clinique défailante. L'échographie a été l'examen qui a le plus contribué au diagnostic dans 80% des cas suivie de la radiographie de l'abdomen sans préparation (44,1%).

La laparotomie exploratrice était l'ultime recours dans 2,8% des cas.

II.5.2/ SUGGESTIONS

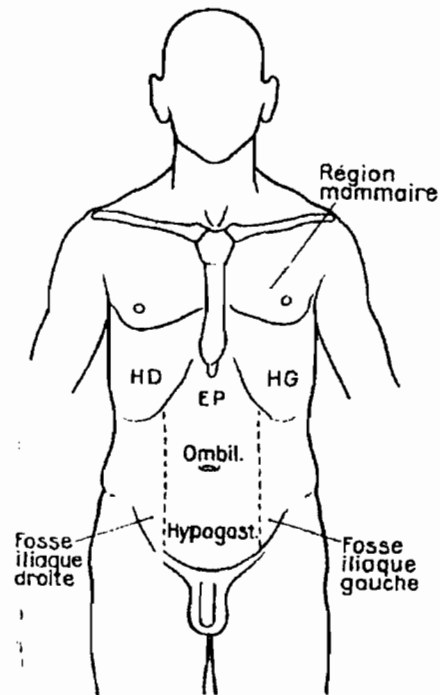
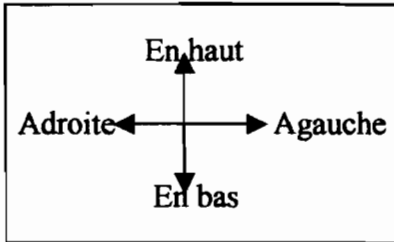
• Aux responsables politico-administratifs nous suggérons

- Une amélioration des plateaux techniques de nos formations sanitaires en général et en particulier une vulgarisation de l'échographie afin de la rendre plus disponible en urgence et plus accessible financièrement à nos populations.
- Une formation du personnel de santé pour une prise en charge correcte d'une symptomatologie d'appel de la fosse iliaque droite. L'élaboration d'un algorithme dans ce sens nous semble une solution promettante.
- Une sensibilisation et une éducation de la population afin qu'elle évite l'automédication qui tend à égarer le diagnostic et qu'elle consulte un agent de santé le plutôt possible.

• Au personnel médical nous suggérons: (Voir annexe III)

- Un examen correct et complet de tous les patients. Les appareils digestif et urogénital doivent particulièrement être examinés en intégralité. Au besoin cet examen devra être repris après une mise en observation du patient.
- Une prescription rationnelle et justifiée des examens paracliniques en tenant compte du fait que l'échographie et la radiographie de l'abdomen sans préparation se sont révélés les plus indiqués en première intention.
- Une mise sous surveillance clinique et paraclinique de toute symptomatologie d'appel de la fosse iliaque droite lorsque le bilan clinique et paraclinique initial semble normal.
- Une réservation de la laparotomie exploratrice aux abdomens chirurgicaux ou aux masses de la fosse iliaque droite dont l'étiologie n'a pu être trouvée par les examens paracliniques disponibles.

III/ ANNEXES

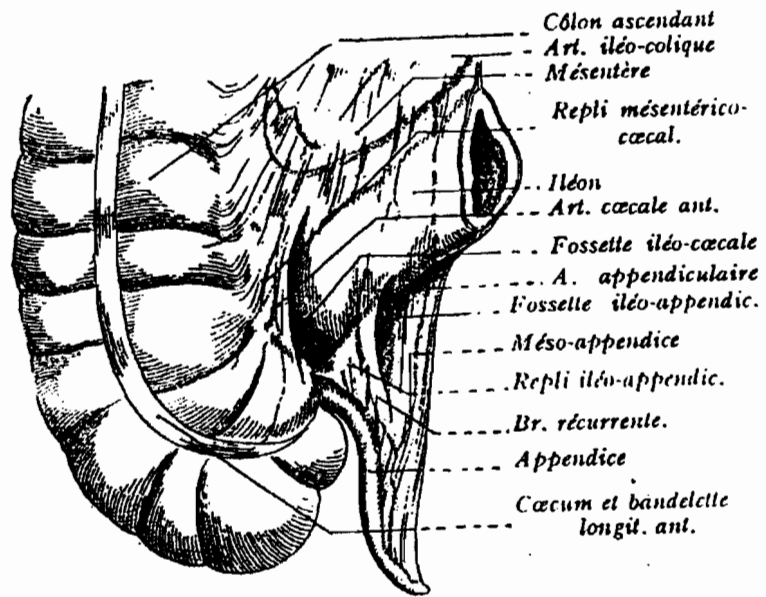
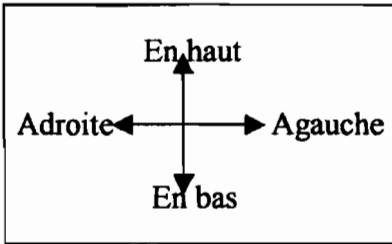


HD = Hypochondre droit
 HG = Hypochondre gauche
 EP = Epigastre

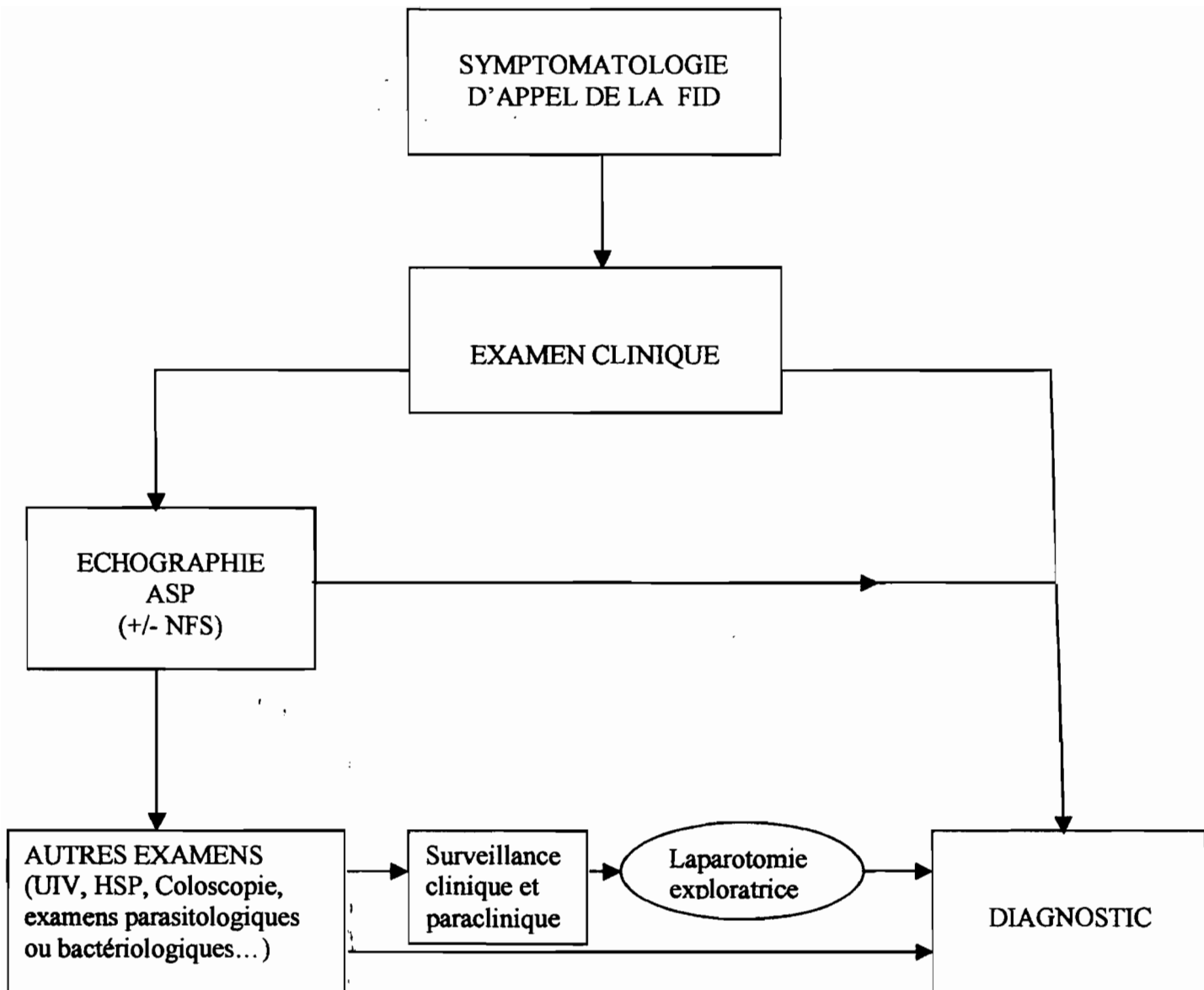
Légende

Ombil. = Région ombilicale
 Hypogast. = Hypogastre

ANNEXE I Topographie de la paroi abdominale antérieure [71]



ANNEXE II Le cæco-appendice [71]



ANNEXE III : Démarche diagnostique proposée

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - **ABRAMOWICZ C., SIMONEAU F., BURSZTEIN C., LASFARGUES G.** Douleurs abdominales de l'enfant. Essai d'interprétation psychologique. *Ann. Pédiatre*, 1986 ; 33 (1) : 45-50.
- 2 - **ANDEM.** Appendicite. Recommandations et réflexions médicales. *Feuillets de Radiologie*, 1997 ; 37: 393-415.
- 3 - **ANDOLF E., SVALENIUS E., ASTEDT B.** Ultra-sonography for early detection of ovarian carcinoma. *Br. J. Obst. Gynaecol*, 1986; 93 : 1286-1289.
- 4 - **ARISTIZABAL H., ACEVEDO J., BOTRO M.** Fulminant amebic colitis. *Word J. surg.*, 1991; 15: 216-21
- 5 - **AYITE A.E., KPOSSOU A., ETEY K.T., SENAH K., HOMAWOO K.** Volvulus du côlon pelvien au CHU de Lomé (Togo). *Médecine d'Afrique Noire* , 1995 ; 42 (1) : 15-19.
- 6 - **BAMOUNI Y. A., DAO B., BAZIE A.J., YARA J.P, TAOKO A.** Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines au Centre Hospitalier National Sourou Sanou. *Médecine d'Afrique Noire*, 1997 ; 44 (4) : 233-237.
- 7 - **BAMOUNI Y. A.** Les abdomens chirurgicaux en Haute Volta : Bilan de 7 ans d'activité d'un service de chirurgie. *Thèse de Médecine . Ouagadougou*, 1983 (340).
- 8 - **BARRAT C., CHAMPAULT G., CATHELINE J.M., RIZK N., ZIOL M., GUETTIER C.** La Laparoscopie réduit-elle l'incidence des appendicectomies inutiles? *Annales de Chirurgie*, 1998 ; 52 (10) : 965 - 968.
- 9 - **BENSAUDE A.** Apport de la rectoscopie au cours des amibiases aiguës et chroniques. *Annales Gastro-entérologie et Hepatologie.*,1976 ; 12 : 235-242.
- 10 - **BERNIER J.J.** Gastro-entérologie. *Paris, Flammarion*, 1986.
- 11 - **BLANC F., SIGUIER F.** L'amibiase. *Paris, Expansion Scientifique Française*, 1950.
- 12 - **BORY H.** . Tumeurs inflammatoires cæco-coliques droites non spécifiques. *Thèse de médecine, Plom Penh* 1970 (154).
- 13 - **BOUGMA A.** La maladie de Crohn chez le Noir africain (à propos du premier cas ivoirien et revue de la littérature). *Mémoire de CES d'hépatogastroentérologie, Abidjan* 1992.
- 14 - **BROOKS J.C, KORAZEK R. M.** Amebic colitis. Presenting morbidity and mortality from fulminate disease. *Postgrad. Med.*,1985; 78 : 267-74.

15 - BRUN G., BRUN J.L. Salpingites aiguës non tuberculeuses, étiologies diagnostic, évolution, pronostic, traitement. *Revue du Praticien*, 1993 ; 43 (15) : 2015 - 2019

16 - BURLET G., JUDLIN P. Le syndrome douloureux pelvien aigu. Approche diagnostique et thérapeutique chez la femme. Paris, *Expansion Scientifique Française*, 1994.

17 - CABROL C., KAHK W., LEOHARD H., PLASLZER W. Anatomie. France, *Flammarion*, 1990..

18 - CHRETIEN Y. Coliques néphrétiques, orientation diagnostique et traitement d'urgence. *Revue du Praticien*, 1993 ; 43 (7) : 901 - 903.

19 - CISSE R., WANDAOGO A., BANDRE E., LOUGUE C., TAPSOBA T. L., SANO D., TRAORE S.S., KIRAKOYA B., BONKOUNGOU G., SANOU A. Désinvagination intestinale par lavement au sérum salé isotonique tiédi sous contrôle échographique : résultats préliminaires à propos de deux cas. *Journal de Radiologie*, 2001 ; 82 : 1651-1654.

20 - CLARK R. M., FROST P. G. Fulminating necrotizing amebic colitis perforation. case report and review. *Can. Med. assoc. J.*, 1983 ; 128 : 1424-6.

21 - COHEN M., QUILICHINI J, BOUBLI L., ERNY R., BAUTRANT E., BLANC B. Place actuelle de la coelioscopie dans le diagnostic et le traitement des kystes ovariens. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* 1992 ; 87 (5) : 248 - 252

22 - CONTES M., BONFILS S. Gastro-entérologie. Paris, *Flammarion*, 1994.

23 - CROMBE A., WEBER F., GRUNER L., MARTINS A., FOUQUE P., BARTH X. L'échographie abdomino-pelvienne en cas de suspicion d'appendicite aiguë : évaluation prospective chez l'adulte. *Annales de Chirurgie*, 2000 ;125 : 57- 61.

24 - DARGENT J., CAILLOT J.L., NEIDHARDT J.P.H. Place de l'échotomographie abdomino-pelvienne dans l'urgence chirurgicale. Etude systématique de 200 examens consécutifs. *Annales de Chirurgie*, 1988 ; 42, (6) : 409 - 412.

25 - DAVIS R., SCHAMAN A., COSMA B. Crohn's diseases in Transvaal Blacks. *S. Afr. Med. J.*, 1974; 48 (14) : 580-586

26 - DE MEEUS J.B., MAGNIN G., BOUNAUD M.P., BADIN M. Place de la ponction échoguidée dans l'évaluation des tumeurs liquides de l'ovaire. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1993 ; 88 (3) : 142-145

27 - DE TOURRIS H., DELCOUR M., HENRION R. Abrégé de gynécologie et d'obstétrique. Paris, *Masson*, 1983.

28 - DELMARE G. Dictionnaire des termes techniques de médecine, France, *Maloine S. A. Editeur*, 1972.

- 29 - DETRIE. P. G.** Chirurgie d'urgence. *Paris, Masson, 1985.*
- 30 - DIERNAES E., RASMUSSEN J., SOERSEN T., HASCH E.** Ovarian cysts, management by puncture. *Lancet, 1987; 1 : 1084-1085*
- 31 - DORE B., DUSSOL B.** Lithiase calcique : aspects néphrologiques et urologiques. . *Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris, 1998.*
- 32 - DUBUISSON J.B., AUBRIOT F.X., VACHER -LAVENU M.C., PICHARD C., HENRION R.** Salpingite chronique et grossesse extra-utérine. Résultats d'une étude histologique de 215 grossesses tubaires. *J. Gynécologie, Obstétrique, Biologie, Reproduction, 1987 ; 16 : 27 - 31*
- 33 - ELLISON J. H., BEZMALINOVIC Z., PARKS S.N, LEWIS F.R.** Necrotizing amebic colitis a frequently fatal complication. *Am. J. Surg., 1986 ; 152 : 21-6*
- 34 - FAO. P.** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'appendicite de l'enfant au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Thèse de Médecine, 1997 (77).
- 35 - FRANCOIS Y., BON VOISIN S., DESCOS L., VIGNAL J.** Etude prospective d'un score prédictif d'appendicite dans les douleurs de la fosse iliaque droite. *Gastroentérologie Clinique et Biologique, 1991 ; 15 : 794 - 799*
- 36 - FRANCOIS Y., VIGNAL J.** Cancer du côlon : étiologie, physiopathologie diagnostic, évolution, pronostic et principes du traitement chirurgical. *Revue du Praticien, 1991 ; 41 : 13-17*
- 37 - GEFFROY Y.** Précis des maladies du tube digestif. *Paris, Masson, 1977.*
- 38 - GNINAFON M., ANAGONOU S., KINDE-GAZARD D., TAWO L., JOSSE R.** La tuberculose extra-pulmonaire en milieu hospitalier au Bénin. *Médecine d'Afrique Noire, 1995; 42 (4) : 227-232.*
- 39 - GROEBLI Y., DERUAZ C., MERLINE M., TSCHANTZ P.** Devenir des syndromes douloureux non spécifiques de la fosse iliaque droite. *Annales de chirurgie, 1998 ; 52, (10) : 959 - 964.*
- 40 - GUIRAUD M. R. A., LUC J., SHMAN A.** Crohn diseases in Transvaal Bantou. *S. Afr. Med. J., 1969; 43 (21):610-613.*
- 41 - HELOURY Y., GUNNESS T., COHEN J.Y, QUERE M.P., MEIGNIER M., LE NEEL J.C.** Réflexion à partir d'une série de 18 invaginations intestinales aiguës. *Ann. Pédiatrie, 1988 ; 35 (6) : 377-361.*
- 42 - HENRI C., SMADJA C., VONS C., BOBOCESCU E., MANETTE D., TAHRAT M., FRACO D.** Résultats du traitement coelioscopique dans les urgences abdominales. *Annales de Chirurgie, 1998 ; 52 (3) : 223-228.*

- 43 - HIRAL T., AKAMATSU N., MAOKA H.** Computer assisted ultrasound diagnosis of ovarian malignancy. *J. Ultrasound Med.*, 1988 ; 7: 104-109.
- 44 - INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE** (Burkina Faso). Profil de la pauvreté au Burkina Faso. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. Programme : Dimension sociale de l'ajustement. Ouagadougou, Février 1996.
- 45 - INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE** (Burkina Faso). Recensement général de la population. 1996. Résultats provisoires. Ouagadougou, Avril 1997.
- 46.- KAFANDO R. J.** Perforations typhiques : aspects cliniques et thérapeutiques. *Thèse de médecine, Ouagadougou 1997 (44)*
- 47 - KEKEH K., HOMAWO K, JAMES K., MENNING G., PLESSIS J.L.** Les perforations non traumatiques du grêle. *Bordeaux Med* , 1978 ; 11 (9) : 727-731.
- 48 - KELLER P., BALDIT C., DUMAS F., AMOURETTI M., REDDE G.** Maladie de Crohn : principes d'une approche singulière. Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris, Edition techniques, 1994. .
- 49 - KENDJA R.F., N'GUESSAN C.L., COULIBALY A., KOUADIO K., KOFFI KONAN B., SISSOKO M., EHUA S.F., ECHIMANE K.A., TURQUIN M., KANGA M.** Plastrons appendiculaires en Côte d'Ivoire aspects épidémiologiques et thérapeutiques. *Publications Médicales Africaines*, 1990 , 125 : 38-43.
- 50 - KOUMARE A.K, TRAORE L., ONGOIBA N., TRAORE A.K.D., SIMPARA D., DIALLO A.** Appendicectomies à Bamako. *Annales de Chirurgie*, 1995 ; 49, (2) : 188-191.
- 51 - LASNIER E. P.** Tumeurs inflammatoires amibiennes du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1926 ; 64 : :603-617.
- 52 - LEMOZY J.** Les recto-colites parasitaires. *Annales de Gastro-entérologie et d'Hépatologie*, 1977 ; 13 (7) : 889 - 906.
- 53 - LEPAGE F., ZORN J.R.** Gynécologie du praticien. Paris, Laboratoires Searles, 1974.
- 54 - MAGE G., WATTIEZ A., CANRS M., MANHES H.,. POULY J. L, BRULLAT M. A.** Apport de la coelioscopie dans le diagnostic précoce des cancers ovariens . *Ann. Chirur.*, 1991 ; 45 (7): 525-528.
- 55 - MITSINGOU J.C., GOMA P.** Réflexion sur la pathologie appendiculaire. A propos de 48 cas colligés à la clinique chirurgicale des armées de Pointe-Noire (Congo). *Médecine d'Afrique Noire*, 1994 ; 41 (2) : 117-119

- 56 - NALI M.N., BEDAYA-NGARO S., MANDABA J.L., HILSON M., MARANDET N., LAGUERRE J.B., COLOMBA B. D.** Péritonites typhiques : étude de 43 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, de 1982 à 1986. *Médecine d'Afrique Noire* 1989 ; 36 (1) : 38 - 40.
- 57 - NGUEMA-MVE R., BITEGHE A., OWONO NGUEMA F.** Pseudo-tumeurs inflammatoires du cæcum : problèmes thérapeutiques au Gabon. *Médecine d'Afrique Noire* : 1997 ; 44 (5) : 318-321.
- 58 - NGUEMA-MVE R., GRAESSLIN O.** Le cancer du côlon à l'hôpital de Melen (Gabon): aspects cliniques, diagnostiques, histologiques et thérapeutiques. *Médecine d'Afrique Noire* : 1995 ; 42 (8) : 452-455.
- 59 - NGUEYEN V. S.** Les perforations typhiques en milieu tropical à propos de 83 observations. *Journal de Chirurgie*, 1994 ; 131 (2) : 90-95.
- 60 - PATEL J. C.** Pathologie chirurgicale. Paris, Masson, 1978.
- 61 - PICAND A., NLOMENZE A.R., OGOWET-IGUNU N.** Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines : spécificité et sensibilité (A propos de 228 grossesses extra-utérines confirmées à la laparotomie). *J. gynéco-obst. Biol. Reprod.*, 1991 ; 19 : 817-821.
- 62 - POCARD M.** Appendicite aiguë de l'adulte. Scanner pour appendicite. *Annales de Chirurgie*, 2000 ; 125 : 313 - 314
- 63 - POILLEUX F.** Séméiologie Chirurgicale. Paris, Flammarion 1979.
- 64 - PONCIN J., BOUSQUET J.C., HASSAN M.** Masse abdominale palpable de l'adulte. A propos de 92 observations. *J. Radiologique* 1984 ; 1. 65 (3) 137 - 143
- 65 - PROGRAMME DES NATIONS UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD).** Rapport sur le développement humain durable. Burkina Faso. 1998.
- 66 - PROLONGEAU J.F., VINATIER D., MONNIER J. C.** Kystes ovariens aspects diagnostiques et thérapeutiques. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1993 ; 88 (6) : 357 - 363
- 67 - REIMUND J-M., POINDRON P.** L'interleukine 8 est un médiateur inflammatoire important au cours de la recto-colite hémorragique et de la maladie de Crohn. *Gastro-entérologie Clinique et Biologique*, 1997 ; 21 : 131-137.
- 68 - RIOUX M.** Echographie digestive. L'échographie de l'appendicite normale ou anormale et ses pièges. *Feuillets de Radiologie*, 1995 ; 35 (2) : 87 - 107.
- 69 - RIOUX M.** Sonography detection of the normal and abnormal appendicitis. *Am. J. Roentgenol.*, 1992 ; 158 : 773 - 8

- 70 - ROBERT H. G., PALMER R., BOURY - HEYLER C.** Précis de gynécologie. Paris, Masson 1979.
- 71 - ROUVIERE H., DELMAS A.** Anatomie humaine : descriptive, topographique et fonctionnelle. Paris, Masson, 1992.
- 72 - SANOU J.M.** Abdomen aigu chirurgical au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Bilan de cinq années d'activités dans le service de chirurgie générale. *Thèse de médecine, Ouagadougou 1991 (162).*
- 73 - SERVICE D'INFORMATIONS MEDICALES ET DE STATISTIQUES SANITAIRES DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO.** Rapport d'activités hospitalières. Ouagadougou 1999.
- 74 - SINDAYIRWANYA J. B., HARAKEYE M.G., NINTERETSE G., RUFYIKIRI T.H.** Aspects particuliers des grossesses extra utérines au Burundi. A propos de 249 cas. *Médecine d'Afrique Noire, 1991 ; 38 (5) : 237-241.*
- 75 - TANDON H.D., PRAKASH A.** Pathology of intestinal tuberculosis and it's distribution from Crohn's diseases. *Gut 1972 ; 13: 260 -269.*
- 76 - THELOT B., BEAUGERIE L., DELHOMMEAU A., MINO J-C.** Epidémiologie de la maladie de Crohn à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Données d'hospitalisation 1981-1992. *Gastro-entérologie Clinique et Biologique, 1996 ; 20 : 237 - 242.*
- 77 - TOSTAIN J., BRUILLARD A., LE PELLETIER P.** Les perforations typhiques de l'intestin grêle. A propos de 37 observations Cambodgiennes. *Lyon Chirurgie, 1975 ; 71 (4) : 240-244.*
- 78 - TREISSER A., NAETT M.** Grossesses extra-utérines, radiologie, diagnostic, évolution, pronostic, principes du traitement. *Revue du Praticien, 1992. 42 (1) : 97-100*
- 79 - VIGNAL J., FAURE J.L.** Cancer du côlon. *Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris, 1982.*
- 80 - VOISIN R., MOREAU G., DARNAUD J., MASSABIE B.** Amœbome du cæcum et du côlon. *Arch. Fr. Mal. App. dig., 1969; 58 :194-197.*
- 81- WARE A.** Contribution à l'étude des occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie digestive et générale du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. *Thèse de médecine, Ouagadougou 1983 (54)*
- 82 - ZANRE L.** Les maladies inflammatoires cryptogénétiques. A propos de trois cas de maladies de Crohn et de trois cas de rectocolites hémorragiques. *Thèse de médecine, Ouagadougou 1999 (593).*
- 83 - ZIEIKE A., HASSE L., SEITTER H., KISKER O., ROTHMOND M.** Surgical ultrasound in suspected acute appendicitis, *Surgical Endose, 1997; 11: 362 - 5.*

FICHE DE COLLECTE

QUESTIONNAIRE

IDENTITE

Nom : _____ **Prénoms :** _____ **Age :** _____

Profession : Profession libérale I__I Fonctionnaire I__I
Cultivateur I__I Ménagère I__I
Autre I__I (Préciser) _____

Provenance : Ouagadougou I__I : Secteur I__I
Autre Localité I__I

MOTIF DE CONSULTATION

Signes fonctionnels

Douleur de la FID I__I : Aiguë I__I Subaiguë I__I Chronique I__I
Troubles du transit I__I : Vomissements I__I Diarrhée I__I
Constipation I__I Arrêt de gaz I__I
Autres I__I (préciser) _____

Signes généraux : Hyperthermie I__I Amaigrissement I__I
Asthénie I__I Autres I__I (préciser) _____

Signes physiques : Masse FID I__I Autres I__I (préciser) _____

Autres motif de consultation

Trouble du cycle I__I Désir de maternité I__I Leucorrhées I__I
Autres I__I (préciser) _____

DELAI DE CONSULTATION

Dès le début des signes I__I Entre 1 semaine et 1 mois I__I
Inférieur à 1 semaine I__I Plus d'un mois I__I
Autres I__I (Préciser) _____

ANTCEDANTS

Médicaux

→ RAS I__I

→ *Infection* : Isolée I__I A Répétition I__I
Digestive I__I ORL I__I Urinaire I__I

→ Autres I__I (Préciser) _____

Chirurgicaux : RAS I__I Laparatomie I__I Autres I__I (préciser) _____

Gynéco-obstétricales

DPR I__I

DDR I__I

Cycle : Régulier I__I Irrégulier I__I Dysménorrhée I__I

Gestité I__I Parité I__I

Contraception : Normodosée I__I Minidosée I__I Autre I__I

Infection génitale I__I Récente isolée I__I A répétition I__I

EXAMEN CLINIQUE

Examen général : Normal I__I Anormal I__I
Etat général Bon I__I Passable I__I Mauvais I__I
Amaigrissement Oui I__I Non I__I
Langue Propre I__I Peu saburrale I__I Saburrale I__I
Conjonctives Colorées I__I Peu colorées I__I
Pâles I__I
T.A (=) Diminuer I__I Normale I__I Elevée I__I
Pouls (=) Lent I__I Normal I__I Rapide I__I
Température (=) Normale I__I élevée I__I
Pli de déshydratation Présent I__I Absent I__I RAS I__I
Pli de dénutrition Présent I__I Absent I__I RAS I__I
Poids _____ *Taille* _____ *Autres* I__I (Préciser) _____

Examen de l'abdomen : Normal I__I Anormal I__I
Volume : Normal I__I Augmenté I__I
Psoïtis I__I *Douleur de la FID* I__I
Tuméfaction Visible I__I Globe vésical I__I
Abdomen Souple I__I Défense I__I Contracture I__I
Douleur à la palpation Non I__I Oui I__I (Caractériser) _____
Masse abdominale palpable Non I__I Oui I__I (Caractériser) _____
Sonorité abdominale Normale I__I Matité I__I Tympanisme I__I
Toucher rectal Normal I__I Anormal I__I (préciser) _____
Spéculum Normal I__I Anormal I__I (préciser) _____
Toucher vaginal : Normal I__I Anormal I__I (préciser) _____

Examen urogénital : Normal I__I Anormal I__I
Comblement de la fosse lombaire I__I
Douleur des points urétéraux I__I Supérieur I__I Moyen I__I Inférieur I__I
Ballotement rénal I__I
Contact lombaire I__I

Autres appareils et systèmes

Normal I__I

Anormal I__I (préciser) _____

EXAMEN PARACLINIQUES

Echographie : Absente I_I Normale I_I Anormale I_I

Masse I_I

Siège : Appendice I_I Colon I_I Ovaire I_I Utérus I_I

Forme : Ovale I_I Arrondie I_I Autre I_I

Consistance : Liquide I_I Solide I_I

Contours : Réguliers I_I Irréguliers I_I Mals définis I_I

Echostructure : Hétérogène I_I Homogène I_I

Hyperéchogène I_I Hypoéchogène I_I

Signes associés : épanchement péritonéal I_I stercolithe I_I

abolition des mouvements péristaltiques I_I

Hydronéphrose I_I Uretérohydronéphrose I_I

Autre I_I (préciser) _____

Conclusion

Appendicite I_I Image typique I_I Atypique I_I

GEU I_I Image typique I_I Atypique I_I

Kyste ovarien I_I Type _____

Uretérohydronéphrose I_I Droite I_I Bilatérale I_I

Autre I_I (préciser) _____

A S P : Absente I_I Normale I_I Anormale I_I

Niveaux hydroaériques I_I Aérocolie I_I Epanchement péritonéal I_I

Lithiase urinaire I_I

Opacité pathologique I_I Siège _____ Taille _____ Forme _____

Croissant gazeux sous diaphragmatique I_I

Autre I_I (préciser) _____

HSG Absente I_I Normale I_I Anormale (préciser) _____

N F S Absente I_I Normale I_I Anormale I_I

Taux HB () Normal I_I Anémie I_I

Leucocytose () Normale I_I Leucopénie I_I

Hyperleucocytose I_I

Formule leucocytaire : Normale I_I Anormale (préciser) _____

AUTRES

V S : Absente I__I Normale I__I Accélérée I__I
Prélèvement vaginal : Absent I__I NormaleI__I Anormale I__I__
ECBU : Absente I__I Normale I__I Anormale I__I__
KOP : Absent I__I NormalI__I Anormal I__I_____
Coproculture : Absente I__I NormaleI__I Anormale I__I__
Anatomie pathologique : Absente I__I NormaleI__I Anormale I__I__
Coloscopie : Absente I__I NormaleI__I Anormale I__I ____
Autre examen I__I (préciser) _____

DIAGNOSTIC RETENU

Appendicite Aiguë I__I Subaiguë I__I
Complicquée I__I (Préciser) _____
Kyste de l'ovaire Droite I__I Bilatéral I__I
ComplicquéI__I(Préciser) _____
Salpingite Droite I__I Bilatérale I__I
ComplicquéeI__I(Préciser) _____
GEU droite ampulaire I__I Isthmique I__ITubaire I__I Autre I__I
Complicquée I__I (Préciser) _____
Colopathie fonctionnelle I__I
Lithiase urinaire I__I Droite I__I Bilatérale I__I
Autre (préciser) _____

DELAI DIAGNOSTIQUE

Inférieur à jours I__I 1 semaine à 1 mois I__I
De 3 jrs à 1semaine I__I Plus d'1 mois I__I
Autre I__I (préciser) _____

TRAITEMENT

Médical

Antibiotique I__I

Anti-inflammatoire I__I

Antiparasitaire I__I

Antispasmodique I__I

Antalgique I__I

Autre (préciser) _____

Chirurgical

Absent I__I

Type d'intervention I__I

Diagnostic per opératoire _____ Idem I__I Autre I__I

EVOLUTION

Délai d'évolution : 1 Semaine I__I 1 Mois

2 Mois I__I 3 Mois I__I

Plus de 3 Mois I__I Autre (préciser) _____

Resultat : Recul I__I Favorable I__I Défavorable I__I

Décès I__I Complication I__I

RESUME

RESUME

Les affections de la fosse iliaque droite sont survenues le plus souvent entre 20 et 40 ans (67,2%) et le sexe féminin était le plus touché (63%). Ces affections sont fréquentes et variées. Au service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, en moyenne deux affections de la fosse iliaque droite étaient diagnostiquées par jour. Nous avons noté 8 affections différentes chez l'homme et 13 chez la femme. Les affections chirurgicales étaient les plus fréquentes avec 89,2% des cas chez l'homme et 60,5% des cas chez la femme.

Les étiologies trouvées étaient le plus souvent fonction du tableau clinique. Ainsi, devant une masse de la fosse iliaque droite chez l'homme, les étiologies les plus fréquentes étaient le plastron (25%) ou l'abcès (25%) appendiculaire et les lymphadénites (25%). Chez la femme il s'agissait des kystes de l'ovaire droit (50%) et des grossesses extra-utérines (15,2%). Devant une douleur de la fosse iliaque droite chez l'homme, l'appendicite était la cause la plus fréquente (76%) suivie des colopathies fonctionnelles (12%), des lymphadénites (5,3%), des tumeurs du cæcum (2,7%) et des lithiases urinaires (2,7%). Chez la femme, l'étiologie la plus fréquente de ces douleurs était toujours l'appendicite (23,4%), suivie des grossesses extra-utérines (19,8%), des annexites droites (11,7%) et des dystrophies ovariennes (9,9%).

L'examen clinique avait une place importante dans le diagnostic des affections de la fosse iliaque droite. Il a abouti au diagnostic dans 95,6 % des cas. Cet examen tient compte des traitements intercurrents modificateurs de la symptomatologie. Les appendicites et les grossesses extra-utérines sont les principales affections urgentes. Le tableau clinique de l'appendicite aiguë était celui d'un syndrome douloureux aigu de la fosse iliaque droite avec parfois une constipation (71,4%). La grossesse extra-utérine droite doit être évoquée chez une patiente en pleine activité génitale présentant une douleur aiguë de la fosse iliaque droite (ou du pelvis) à associé ou non à une culdocentèse positive.

Les examens paracliniques n'ont eu d'utilité qu'en présence d'une clinique défailante. L'échographie a été l'examen qui a le plus contribué au diagnostic dans 80% des cas suivie de l'ASP (44,1%). Cependant plusieurs autres examens pouvaient être demandés selon les cas (UIV, coloscopie, examen bactériologique...).

Dans les affections chirurgicales, la laparotomie exploratrice était l'ultime recours dans 2,8% des cas. Les autres laparotomies ont été faites à but thérapeutique. Celles-ci ont permis dans 6,7% des cas de rectifier le diagnostic pré-opératoire. Dans 2,2% des cas elles étaient blanches. L'aspect macroscopique de la lésion constatée en per-opératoire était le principal argument de confirmation diagnostique car l'examen histologique de la pièce opératoire n'a été fait que dans 1,2% des cas où il en existait une. Dans 41,7% des affections médicales, en absence d'examens paracliniques de certitude, le diagnostic a été arrêté à devant la disparition des signes cliniques sous un traitement spécifique prescrit à partir de la clinique et des éléments paracliniques de présomption.

Mots clés Ouagadougou, fosse iliaque droite, appendicite, colopathies fonctionnelles, tumeurs du cæcum, kystes de l'ovaire, annexites droites, grossesses extra-utérines, lithiases urinaires.

SERMENT D'HYPOCRATE.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire, au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant en vers mes maîtres, je ne rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.»

AUTEUR :
ZABSONRE Denlewende Sylvain
09 BP 88 Ouagadougou 09
Tel. : 365923
E mail szabsonre @ yahoo.fr