



LE SITUS INVERSUS COMPLET REVELE PAR UNE PERITONITE PAR PERFORATION ILEALE TYPHIQUE

IBRAHIM MAMADOU Abdoul Kadir 1, MOUNKAILA Souleymane 2,
AMADOU Oumarou 1, HAROUNA AMADOU Mahaman Laouali 3, HABOU Oumarou 4
1 Service de Médecine et spécialités médicales Centre Hospitalier Régional de Tahoua, Niger
2 Service de Chirurgie Centre Hospitalier Régional de Tahoua, Niger

3 Service d'infectiologie, Centre Hospitalier Régional de Maradi, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Maradi, Niger.

4 Service de Chirurgie pédiatrique, Hôpital National de Zinder, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Zinder, Niger.

Auteur correspondant : Abdoul Kadir Ibrahim Mamadou, médecin interniste au CHR de Tahoua. Téléphone 0022796068744 E. mail : kader.ibrahim@yahoo.fr

RESUME

Le situs inversus complet est une anomalie congénitale rare caractérisée par une transposition complète des organes abdominaux et thoraciques. Le situs inversus peut passer inaperçu sans aucune traduction clinique ou être révélé par une pathologie quelconque comme c'est le cas de notre patient. Ainsi nous rapportons le cas rare d'une péritonite par perforation iléale typhique associée à un situs inversus complet.

Mots-clés : situs inversus, anomalie congénitale, péritonite typhique, Tahoua, Niger

ABSTRACT

Situs inversus totalis is a rare congenital anomaly characterized by complete transposition of the abdominal and thoracic organs. Situs inversus may go unnoticed without any clinical translation or be revealed by any pathology as it is the case of our patient. Thus we report the rare case of peritonitis by ileal typhic perforation associated with a situs inversus totalis.

Keywords : situs inversus, congenital anomaly, typhic peritonitis, Tahoua, Niger

INTRODUCTION

Le situs inversus est une anomalie congénitale caractérisée par la transposition des viscères abdominaux. Cette anomalie peut être associée à la dextrocardie, et est ainsi connue sous le terme de situs inversus complet [1, 2]. Beaucoup de personnes avec situs inversus méconnaissent leur anomalie inhabituelle jusqu'à ce qu'elles soient évaluées médicalement pour des circonstances non liées [3]. Nous décrivons d'abord le cas d'une péritonite par perforation iléale typhique associée à un situs inversus complet, ensuite nous discutons brièvement les données pertinentes de la littérature et enfin nous adoptons des mesures visant à empêcher une issue ultérieure défavorable.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers connus, référé de l'hôpital de district de Keita pour des douleurs abdominales diffuses, un arrêt du transit intestinal depuis 72 heures et une fièvre prolongée depuis une quinzaine de jours.

L'examen général note un patient conscient avec le score de Glasgow à 15, une température à 38.5 C, une tension artérielle à 120/80 mm Hg, un pouls à 120 pulsations par minute, une fréquence respiratoire à 25 cycles par minute.

L'examen physique révèle un abdomen distendu, très douloureux avec cri de l'ombilic ; un

toucher rectal objectivant le cul de sac de Douglas bombant et très douloureux. L'examen cardiovasculaire note des bruits du cœur plus accentués à droite. Au total il présente un syndrome péritonéal.

Les investigations biologiques notent un taux d'hémoglobine à 12,3 g/dl ; un taux d'hématocrite à 35,6% ; une kaliémie à 3,38 mmol/l ; une natrémie à 127,9 mmol/l.

La radiographie de l'abdomen sans préparation met en évidence : Des niveaux hydro-aériques mixtes et une grisaille diffuse (Figure 1).



Figure 1: images hydro-aériques mixtes plus grisailles diffuses

Après des mesures de réanimation intensive, le patient est opéré sous anesthésie générale et intubation orotrachéale, l'on procède par laparotomie médiane sus et sous ombilicale (LMSSO) à l'ouverture de la cavité abdominale, on aspire deux litres du liquide digestif mélangé à des selles avec de nombreuses fausses membranes.

L'exploration met en évidence le foie (Figure 2a), le caecum, l'appendice (Figure 2b) à gauche alors que la rate (Figure 2c) et le sigmoïde sont situés à droite (Figure 1).



Figure 2a : foie latéralisé à gauche

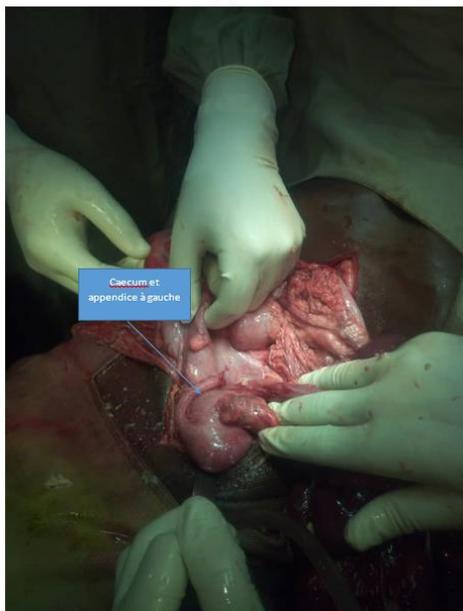


Figure 2b : Caecum et appendice à gauche

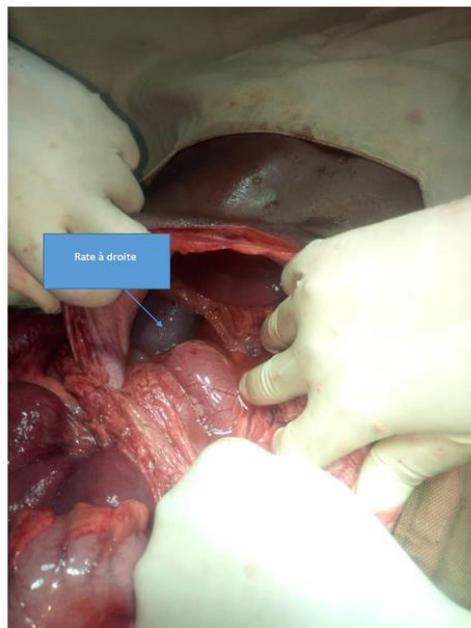


Figure 2c : Rate complètement à droite

Une perforation iléale a été retrouvée à 20 cm de la jonction iléo-caecale (JIC).

Les gestes réalisés : ablation des fausses membranes, vidange intestinale à travers la perforation iléale, lavage abondant de la cavité abdominale au sérum salé et abouchement de la perforation iléale à la peau réalisant une iléostomie droite ; une appendicectomie de principe a été réalisée, mise en place de deux drains (dans l'espace de Morrison et dans le cul de sac de Douglas) et fermeture de la paroi plan par plan (FPPP) puis pansement final. Les suites opératoires ont été simples et le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé avec succès deux (02) mois après la première intervention d'urgence.

DISCUSSION

Le situs inversus complet est une anomalie congénitale caractérisée par la transposition complète des organes abdominaux et thoraciques [4]. C'est une anomalie congénitale rare avec une incidence dans la population de seulement 0.001% à 0.01% et un sexe ratio de 3 : 2. Le mode de transmission est autosomique récessif mais le mécanisme génétique n'est pas identifié [1]. Les patients avec situs inversus vivent asymptomatiquement avec une espérance de vie normale [5]. Cependant, certaines anomalies graves peuvent survenir telles que des anomalies respiratoires (bronchiectasie, absence congénitale d'un poumon), anomalies cardiovasculaires (anomalies interventriculaires septales et interatriales, tétralogie de Fallot, sténose artérielle pulmonaire ou transposition des grandes artères), anomalies du système digestif (atrésie ou sténose du duodénum) et des affections oto-rhino-laryngologiques telle que la

sinusite [6]. Différents examens complémentaires telles que l'électrocardiogramme, les radiographies standards, la tomodensitométrie, les ultrasons peuvent être utilisés pour diagnostiquer le situs inversus [7]. Le situs inversus peut être asymptomatique et être retrouvé accidentellement lors d'une laparotomie pour une pathologie différente ou lors d'une autopsie. Mais lorsqu'il est associé à une autre anomalie qui conduit précocement à une situation d'urgence, il est souvent détecté tôt dans la période néonatale [8].

Le diagnostic de situs inversus chez notre patient aurait dû être posé au moment de la visite pré anesthésique quand l'anesthésiste a mis en évidence des bruits du cœur complètement à droite, mais il a fallu l'intervention chirurgicale pour redresser le diagnostic. Le cas de péritonite par perforation iléale typhique associée à un situs inversus complet n'a jusque-là pas été rapporté. Bien que l'hémoculture, la coproculture et l'examen du liquide digestif soient difficiles à réaliser dans notre contexte de précarité des moyens financiers et techniques, le diagnostic de péritonite par perforation iléale typhique est fortement suspecté devant le contexte fébrile ayant précédé le syndrome péritonéal, la forte prévalence des salmonelloses sévissant de manière endemo-épidémique dans les pays en voie du développement [9], la survenue d'une perforation sur les cinquante derniers mètres du grêle qui est pathognomonique [10], et l'antibiothérapie probabiliste à base de ceftriaxone et de métronidazole ayant bien répondu. Dans la littérature nous n'avons pas retrouvé des cas de péritonite par perforation iléale typhique associée à un situs inversus, cependant le situs inversus est associé à plusieurs pathologies chirurgicales : appendicite aigüe, péritonite appendiculaire, cholécystite, péritonite dû à un corps étranger, atrésie duodénale, ulcère duodénal perforé etc. [1,2,7,8,11-14].

CONCLUSION

Le situs inversus est une malformation congénitale rare, dont le diagnostic nécessite un examen clinique minutieux associé à l'Imagerie et l'Electrocardiogramme qui permettent de l'identifier dans la majorité des cas. La difficulté diagnostique de cette anomalie repose sur le fait que la plupart des personnes ne présentent aucun symptôme associé. En ce sens, le diagnostic se fait de façon inattendue. Ainsi, une identification médicale adéquate peut aider à assurer un traitement approprié particulièrement dans une situation d'urgence médico-chirurgicale.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit. Le chirurgien Dr Mounkaila a fourni les images en annexe et a rédigé l'observation. L'auteur correspondant a initié le travail, rédigé la discussion et le reste du travail. Et les autres, chacun selon sa compétence, ont apporté leur contribution quant à l'amélioration du manuscrit.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Deepak G. U, Raghuveer K Acute Appendicitis In Situs Inversus Totalis Report of two cases, J Pub Health Med Res 2014 ;2(1) :41-43
- 2 Cissé M, Touré A O, Konaté I, Dieng M, Ka O and al, Appendicular peritonitis in situs inversus totalis: a case report Journal of Medical Case Reports 2010, 4:134
- 3 Gupta R, Soni V, Valse P D, Goyal R B, Gupta A K, Mathur P Neonatal intestinal obstruction associated with situs inversus totalis: two case reports and a review of the literature, Journal of Medical Case Reports (2017) 11:264
- 4 Sökmen H M, Özdil K, Çalhan T, Şahin A, Şenates E and al, Situs inversus totalis and secondary biliary cirrhosis: a case report, Comparative Hepatology 2011 10:5
- 5 Channabasappa SM, Mohan HS, Sarma J. A patient with situs inversus totalis presenting for emergency laparoscopic appendectomy: Consideration for safe anesthetic management. Anesth Essays Res 2013 ;7 :127-9.
- 6 Catheline J M, Rosales C, Cohen R, Bihan H, Fournier J L and al, Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for a SuperSuper-Obese Patient with Situs Inversus Totalis, Obes Surg 2006 ;16 : 1092-95
- 7 Tayeb M, Khan F M, Rauf F, Situs inversus totalis with perforated duodenal ulcer: a case report, Journal of Medical Case Reports 2011, 5:279
- 8 Kassi A., Kouassi J-C, Souaga K., Koffi E., Kassanyou S. appendicite aigüe sur situs inversus : une forme topographique à ne pas méconnaître à propos d'un cas, Med Afr Noire. 2004 ;51 :429-31.
- 9 Adamou H, Habou O, Amadou-Magagi I, Douchi M, Amadou M, Halidou M. Les péritonites aiguës non traumatiques de l'enfant : étiologies et pronostic chez 226 patients à l'hôpital national de Zinder, Niger. Med Sante Trop 2017 ; 27 : 264-269. doi : 10.1684/mst.2017.0692
- 10 Nguyen VS. Perforations typhiques en milieu tropical : à propos de 83 observations. J Chir 1994 ; 131 : 90-5
- 11 Chardot C., Lecoeur J., Habineza C., Rudakubana C., Hitimana L., Hussein A, situs inversus et mésentère commun : à propos d'un cas révélé par une invagination intestinale aigüe chez un garçon de 15 ans, Méd Afr Noire : 1992, 39 (10)
- 12 Barai B, Bala S, Chakraborty P, Mandal A, Mandal R, Perforated Duodenal Ulcer in a Case of Situs Inversus Totalis in an Elderly Woman : A Rare Presentation, journal of case reports 2016 ;6(2) :218-221
- 13 Oliveira A V C, Maranhão C E C, Coelho C D S, Ferreira S L M, Tavares B N B, Barros L C, abdome agudo perfurativo por corpo estranho em paciente com situs inversus totalis, ABCD Arq Bras Cir Dig 2008 ;21(4) :215-7
- 14 Talabi AO, Sowande OA, Tanimola AG, Adejuyigbe O. Situs inversus in association with duodenal atresia. Afr J Paediatr Surg 2013 ;10 :275-8.