



SITUS INVERSUS COMPLET : A PROPOS D'UN CAS REVELE PAR UNE OCCLUSION INTESTINALE AIGUE PAR VOLVULUS DU COLON SIGMOÏDE AU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO

SITUS INVERSUS TOTALIS : ABOUT A CASE REVELATED BY ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION BY SIGMOID COLON VOLVULS AT THE GABRIEL TOURE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF BAMAKO

Konaté M, Traore A, Pamateck S, Sidibe BY, Diarra A, Tounkara I, Karembe B, Kone T, Saye Z, Doumbia AA, Maiga A, Diakite I, Ganmenon M, Bouaré Y, Dembele BT, Traore A, Kanté L, Togo A.

Correspondant : Madiassa KONATE Konate8@gmail.com

RESUME :

Introduction : Le situs inversus est une anomalie anatomique, de découverte souvent fortuite.

Objectif : Rapporter un cas de situs inversus associé à un volvulus du colon sigmoïde.

Observation : Il s'agissait d'un adulte de 22 ans qui a consulté aux urgences pour des signes d'occlusion intestinale. La tomodensitométrie a montré un volvulus du colon sigmoïde et situs invertus. Après avoir retenu le diagnostic de volvulus du colon sigmoïde avec situs inversus, nous avons réalisé la sigmoïdectomie, le rétablissement de la continuité digestive par anastomose colo-colique termino-terminale. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion : Le situs inversus est de découverte fortuite. Le volvulus colique peut en être le révélateur. Son pronostic est lié à l'association morbide.

Mots clés : Situs inversus, Volvulus, Colon sigmoïde, Chirurgie Gabriel Touré

ABSTRACT:

Introduction: The Situs inversus is an anatomical anomaly, often fortuitous discovery.

Objective: Report a case of situs inversus associated with sigmoid colon volvulus.

Observation: This was a 22-year-old adult who consulted in the emergency room for signs of intestinal obstruction. Computed tomography showed sigmoid colon volvulus and Situs invertus. After retaining the diagnosis of sigmoid colon volvulus with Situs inversus, we performed sigmoidectomy, the restoration of digestive continuity by termino-terminal colocolic anastomosis. The postoperative course was simple.

Conclusion: The Situs Inversus is fortuitous discovery. The colic volvulus may be the revealer. Its prognosis is linked to the morbid association.

Keywords: Situs inversus, volvulus, sigmoid colon, Gabriel Toure surgery

INTRODUCTION

Le *situs inversus complet* est une anomalie morphologique rare où les organes abdominaux et thoraciques présentent une disposition inversée. Son incidence est estimée entre 0,2% et 0,5% de la population générale [1]. Il est parfois associé à une autre malformation telle que le *situs inversus abdominal*. Pour Ruben et al [2], l'occurrence de ce défaut congénital est estimée à un cas pour 22.000 habitants.

Cette condition, généralement asymptomatique, peut devenir un défi clinique lorsqu'elle s'associe à des pathologies aiguës, notamment en situation d'urgence.

Parmi ces pathologies, le volvulus du côlon sigmoïde, bien que rare, représente une cause non négligeable d'occlusion intestinale aiguë, pouvant entraîner une ischémie ou une perforation si le diagnostic est retardé. Ce travail présente un cas exceptionnel de *situs inversus complet* découvert lors de la prise en charge chirurgicale d'une occlusion intestinale aiguë par volvulus du côlon sigmoïde. À travers cette observation, nous analysons les particularités cliniques, les implications diagnostiques et les stratégies thérapeutiques dans un contexte anatomique inhabituel.

Observation clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 22ans sans antécédents médico - chirurgical ou familiaux particulier, admis aux urgences chirurgicales, pour des douleurs abdominales aiguës, à point de départ l'hypochondre droit, à type piqure, d'intensité modérée irradiant vers le flanc droit sans facteurs déclenchants et calmé par la prise d'antalgique évoluant depuis 7 jours. A cette douleur était associée une notion d'arrêt de matière et de gaz.

A l'examen général, il était OMS II, les conjonctives étaient normo colorées, la tension artérielle était à 120/60mmHg, la température corporelle était à 37,8°C, le

pouls à 104 pulsations/min et la fréquence respiratoire à 27 cycles/min et le pould filant.

L'examen physique a retrouvé à l'inspection un abdomen immobile, une voussure épigastrique et une distension abdominale. A la palpation, l'abdomen était rénitant, il n'y avait pas de masse ni d'organomégalie palpable et les aires herniaires étaient libres. Un tympanisme à la percussion et un silence abdominal à l'auscultation. Au toucher rectal, le sphincter était tonique, pas de masse intra canalaire à la limite des doigts. Le cul de sac de Dooglas n'était pas bombé ni douloureux. L'examen des autres appareils étaient sans particularités. Le diagnostic d'occlusion intestinale était posé.

La tomodensitométrie (TDM) réalisée a montré une distension aérique du colon avec double jambage donnant un aspect en grain de café associée à un aplatissement du rectum en faveur d'un syndrome occlusif par volvulus du sigmoïde. Il n'y avait pas d'ascite ni d'adénopathies profondes. Inversion topographique en miroir des organes abdominaux et thoracique en faveur d'un *situs investis complet*. La vessie et l'espace pelvien sont sans particularités (Figure 1).

L'ionogramme sanguin a montré une hyponatrémie légère à 133 mmol/l. A la numération Formule Sanguine, le taux d'hémoglobine était à 12g/dl, hyperleucocytose à 14.000/mm³. La glycémie était à 5,41 mmol/l et la créatininémie à 61,1 umol/l.

Le diagnostic préopératoire était une occlusion intestinale aiguë par volvulus du colon sigmoïde (image en double jambage avec des niveaux hydro-aériques). La laparotomie exploratrice était alors indiquée.

Le patient a bénéficié d'une brève réanimation par la mise en place d'une voie veineuse gros calibre avec remplissage

hydro-électrolytique, d'un sondage urinaire et nasogastrique.

Le patient était installé en décubitus dorsal, sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale et antibioprophylaxie par l'association du métronidazole et du ceftriaxone. La voie d'abord a été une laparotomie médiane xypho-pubienne. Elle a permis de trouver un situs inversus (foie à gauche, la rate à droite, coecum à gauche, le sigmoïde à droite) le reste de l'examen était sans particularité (Figure 2).

Nous avons procédé à une sigmoïdectomie suivie du rétablissement de la continuité digestive par anastomose colocolique termino-terminale. L'appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire, la toilette de la cavité abdominale avec des compresses sèches.

Les suites opératoires immédiates ont été simples. L'évolution a été simple avec une cicatrisation complète de la plaie cutanée au bout de 15 jours. Nous avons noté globalement une nette amélioration de l'état clinique.

Discussion

Le situs inversus est rare. Son étiologie n'est pas bien connue. Le mécanisme de survenue de situs inversus abdominal n'est pas facile à imaginer mais les anomalies cardiaques fréquemment associées représentent à un moindre degré le même type d'inducteur de l'inversion. La particularité de notre observation réside dans l'association d'une anomalie abdominale, le situs inversus abdominal avec volvulus du sigmoïde.

Au niveau abdominal, à partir du 33ème jour de gestation, l'anse intestinale primitive va subir une première rotation (stade 90°) dans le sens inverse des aiguilles d'une montre [4]. Au 40° jour de développement l'extension de l'anse intestinale atteint son apogée avec une nouvelle rotation (stade 180°) présentant à ce moment une hernie ombilicale physiologique. Autour du 50ème jour de

développement se produit le retour des anses intestinales dans la cavité abdominale. La rotation se poursuit (stade 270°), le coecum se déplace en position caudale pour venir se positionner dans la fosse iliaque droite. Le mésentère qui a participé et accompagné cette rotation croise le duodenum au niveau de sa racine. C'est sur l'absence de rotation et donc du croisement duodenal des vaisseaux mésentériques avec une veine qui restera à gauche de l'artère que se base le diagnostic des mal rotations digestives en général [3]. L'embryologie rend compte des malpositions ou mal rotations avec leurs complications possibles quand le déroulement embryologique s'arrête à un stade. Le mésentère commun correspond au stade 90° et se caractérise par le colon qui se positionne à gauche avec un appendice à gauche, une possible bride de Ladd pariéto-colique responsable d'une occlusion duodénale extrinsèque et un intestin grêle à droite avec un risque majeur de volvulus.

L'association d'un mésentère commun à un situs inversus abdominal est une observation exceptionnelle. Ruben et al [2] ont relevé 16 cas dans la littérature avec sept survivants.

Dans notre observation, il s'agissait d'un mésentère commun incomplet. Cette anomalie est présente chez 0,2 à 0,5 % de la population [1]. Ces anomalies congénitales peuvent ou non. Quand elles sont asymptomatiques, les circonstances de découverte sont fortuites. Il s'agissait d'une péritonite aigue généralisée chez Jean LK et al [4] au Burkina Faso en 2023, pour une appendicite aigue chez Traoré AA [5] et al . Le volvulus du colon sigmoïde était le mode de révélation du situs inversus abdominal et du mésentère commun de notre observation.

Selon la littérature, 75 % des sujets porteurs d'anomalies de malformation intestinale, présentent des symptômes cliniques aigu, subaigu ou chronique durant leur période néonatale [6].

Chez le sujet adulte, le mésentère commun est bien toléré, mais peut être responsable d'un volvulus colique comme dans notre cas.

En ce qui concerne le situs inversus, sa description princeps était l'œuvre de Fabricius en 1600 [6]. Il s'agissait d'une anomalie congénitale rare, à transmission autosomique récessive. Selon Uchenna et al [7] au Niger en 2012, il n'existe aucune prédominance raciale ni sexuelle ; pour Huang et al [8], le sex ratio serait de 1,5. Notre patient était de sexe masculin. Son incidence serait estimée à 1 cas/22.000 habitants [2]. Le situs inversus abdominal avec dextrocardie est associé à une faible incidence de malformations congénitales cardiaques, d'environ 10%. Par contre, s'il était avec levocardie, les malformations congénitales cardiaques peuvent atteindre 90% [9], assombrissant alors le pronostic d'environ 5 à 13 % de survivants au-delà de 5 ans [10]. Alors, moins de cas de situs inversus abdominal avec lévocardie chez l'adulte, apparaissent dans la littérature. Dans l'étude de Fulcher AS [11] sur les 10 cas de situs inversus, un seul cas de lévocardie était noté.

Dans notre observation, nous avons réalisé une sigmoïdectomie suivi du rétablissement de la continuité digestive par anastomose colorectale termino-terminale. L'appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire, la toilette de la cavité abdominale avec des compresses sèches. Les suites opératoires ont été simple. La mortalité liée au volvulus reste élevée. Elle est de 11 à 19 % en l'absence de nécrose et de perforation. Elle pourrait atteindre 33 à 35 % en présence de nécrose [12]. Le pronostic du mésentère commun avec situs inversus abdominal asymptomatique reste tributaire de la pathologie associée.

Conclusion

Le situs inversus est la transposition en image miroir des organes. Il s'agit d'une maladie rare. En raison de sa rareté et de sa

nature particulière, les patients chirurgicaux présentant un situs inversus peuvent nécessiter plus de flexibilité et de créativité de la part de l'équipe chirurgicale. Elles sont de découvertes fortuites et le volvulus du colon sigmoïde peut être le révélateur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Randrianirina A, Rabesalama SEN, Ramananasoa MI, Rakatourijaona AH. Volvulus du caecum sur mésentère commun chez un adulte. Rev. Anesth. Réa. Méd. Urg, 2010 ; 2 (3) :7-9
- [2] Ruben GD, Templeton JM, Zieger MM. Situs inversus: the complex including neonatal intestinal obstruction Pediatr. Surg, 1983; 18 (6): 751-56
- [3] Carlioz P. Le diverticule de Meckel, de l'embryologie à la chirurgie. Sauramps medical 2007 :45-50
- [4] Jean LK et al. Volvulus colique révélant une malformation et inversus abdominal. Journal de chirurgie et spécialités au Mali, V3 (2023) p 41
- [5] Traoré AA, Mvumbi KF, Ly S et al. Découverte tomodensitométrique d'un mésentère commun complet par perforation d'une appendicite aiguë. PanAfricanMedical Journal, 2017 ;27 :3
- [6] Benjelloun EB, Zahid FE, Ousadden A et al. A case of gastric cancer associated to situs inversus totalis. Bio Med Central, 2008 ; 1 : 391-94
- [7] Uchenna DI, Jesuorobo DE, Anyalechi JI. Dextrocardia with situs inversus totalis in an adult nigerian: a case report. AJMS, 2012 ; 2 (3) :59-61

caecum. Rev. Med. Int Maghreb, 1996 ; 56 :
6-8

[8] Huang SM, Yao CC, Tsai TP, Hsu GW. Acute appendicitis in situs inversus totalis. J Am Coll Surg 2008 ;207 :954

[9] Dillip KD, Suprabha S. Situs inversus- report of twins.IOSR - JDMS, 2015 ; 14 (1) : 69-71

[10] Abdullah NL, Quek SC, Seto KY, Teo LLS. Clinics in diagnostic imaging. Singapore Med J, 2015 ; 56 (4) : 198-202

[11] Fulcher AS, Turner MA. Abdominal manifestations of situs anomalies in adults. Radio Graphics, 2002 ; 22 (6) : 1439-56

[12] Bougtab A, Amraoui M, Benchekroun BA et al. Volvulus du

ANNEXE

Figures

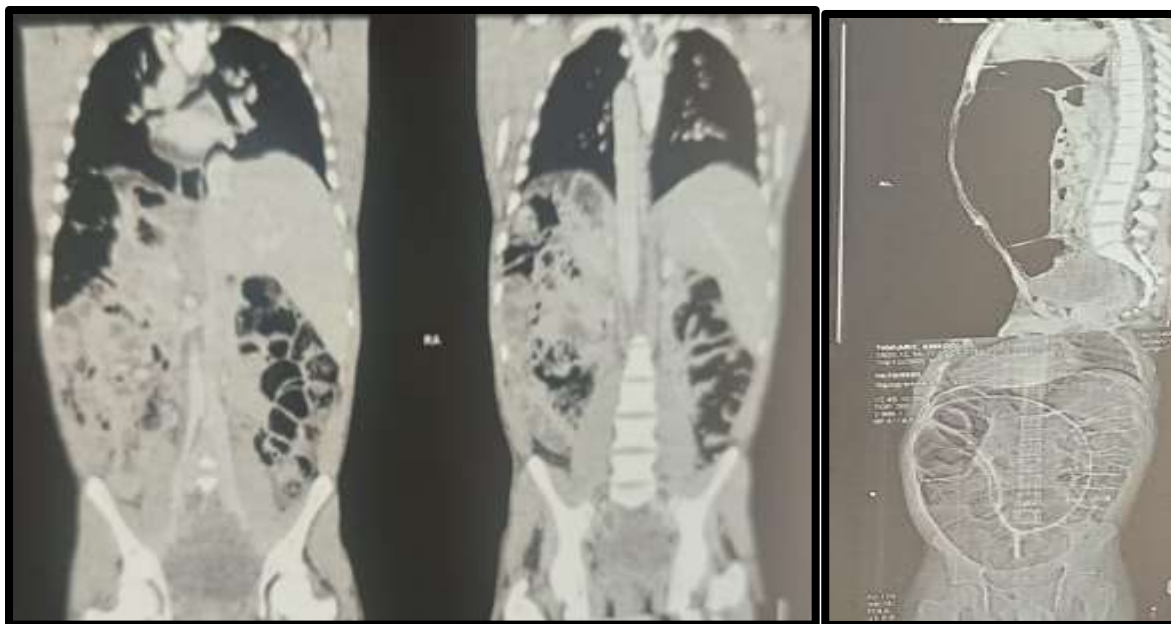


Figure 1 : Scanner abdomino-pelviennne

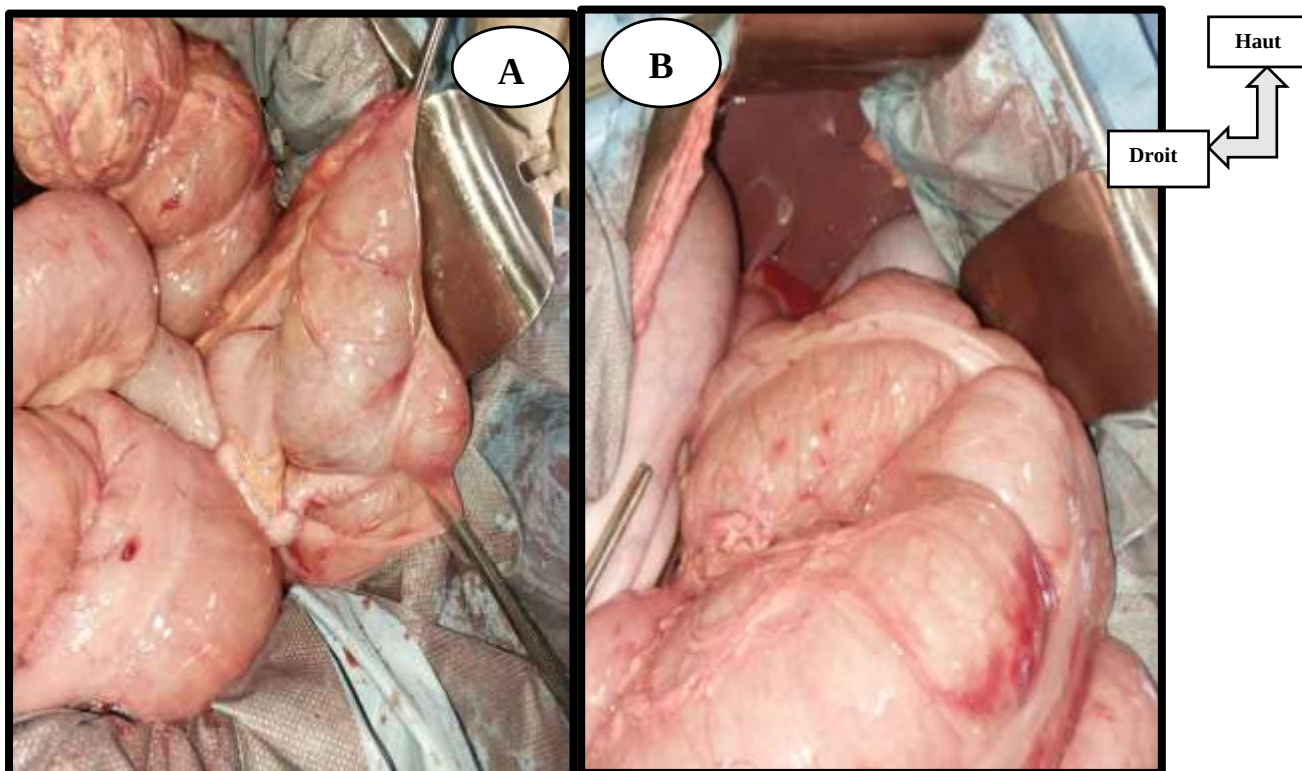


Figure 2 : A= Volvulus du colon sigmoïde B= Foie et vésicule à gauche