



## PÉRITONITE APPENDICULAIRE SUR MÉSENTÈRE COMMUN INCOMPLET : A PROPOS D'UN CAS DANS LE CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE BLA

### APPENDICULAR PERITONITIS ON INCOMPLETE COMMON MESENTERY : A CASE REPORT FROM THE BLA REFERRAL HEALTH CENTER

DEMBÉLÉ K.S<sup>1\*</sup>, DIARRA I<sup>2</sup>, KONATE S<sup>3</sup>, MALLE K<sup>4</sup>, KEITA M<sup>5</sup>, , COULIBALY M<sup>6</sup>, FOMBA D<sup>7</sup>, KANTHE D<sup>7</sup>, DIARRA M A<sup>1</sup>, CAMARA S<sup>1</sup>, KANE F<sup>1</sup>

1. Centre de santé de référence de Bla
2. Centre de santé de référence de la commune I
3. Centre de santé de référence de Kolondiéba
4. Direction Régionale de Ségou
5. Hôpital Nianakoro Fomba de Ségou
6. Centre de Santé de Référence de Koutiala
7. Centre de santé de référence de Markala

\*Auteur correspondant : **Kléligui Samuel DEMBELE**, Csref de Bla

Email : [samdembele@yahoo.fr](mailto:samdembele@yahoo.fr) Tél : 00223 66867128/78366388 ; Bamako Mali

### Introduction :

Les anomalies congénitales du tractus gastro-intestinal sont une cause importante de morbidité chez les enfants, et moins fréquemment chez les adultes [1].

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendante de la position du cæcum. Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas) ; cette migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous hépatique. [2]

Les pièges fréquents sont illustrés en particulier avec un carrefour iléo-cæcal en position ectopique par défaut d'accolement

du fascia de Toldt ou anomalie de rotation de l'anse intestinale primitive notamment les appendicites mésocœliaque et sous hépatiques. [3]

La malrotation intestinale est une anomalie congénitale, peu fréquentes, se traduisant le plus souvent par un tableau d'urgence chirurgicale néonatale, infanto-juvénile et parfois chez l'adulte. Son diagnostic est clinique et paraclinique. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. [4]

La péritonite aigue est une pathologie très fréquente parmi les abdomens aigus chirurgicaux ; grave dans les pays en développement. La cause appendiculaire reste de loin la plus fréquentes et la

principale complication de l'appendicite aiguë négligée ; avec une fréquence estimée à 3% en France par rapport à l'ensemble des abdomens chirurgicaux aigus, 13,6% à Oman, 20% au Mali et 28,8% au Niger [5 ; 6, 7].

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale la plus fréquente d'une douleur de la fosse iliaque droite chez l'enfant, son siège à gauche suite à une malrotation intestinale est extrêmement rare et donc souvent responsable d'un retard diagnostique [8].

La péritonite appendiculaire sous hépatique pose un double problème de prise en charge et diagnostique ; d'une part le traitement de la péritonite et d'autre part celui de l'appendicite en position inhabituelle. Nous rapportons un cas traité dans l'unité de Chirurgie du centre de santé de référence de Bla.

L'objectif était de démontrer les difficultés diagnostiques de cette pathologie dans une structure à moyen limité.

### **Patient et Observation :**

Il s'agissait d'un patient de 17ans admis dans un tableau de douleur abdominale diffuse, de vomissements alimentaires post prandiaux tardif alimentaire et une fièvre. L'interrogatoire révèle qu'il avait présenté 6 jours plutôt des épisodes d'épisgastralgie

intermittente persistante irradiant vers le flanc droit, une fièvre à répétition non quantifiée intermittente sans troubles de transit, ayant motivé un traitement traditionnel et un traitement médicamenteux non spécifié. Cela avait légèrement amélioré les symptômes pendant 2 jours. Devant la reprise progressive des symptômes associé à des vomissements, une distension abdominale et un arrêt de matière et de gaz ; il avait consulté dans une clinique de la place où une échographie abdominale fut réalisée puis nous l'adresse pour prise en charge.

L'examen à l'admission avait trouvé une température à 38°8 C, les conjonctives normo colorées, une tension artérielle à 11/7cmHg, les yeux enfoncés et des lèvres sèches. L'examen physique avait permis de noter un abdomen distendu, une diminution de la respiration abdominale, une contracture abdominale généralisée, un cri de l'ombilic et une matité diffuse et une absence de bruit intestinaux. Le cul de sac de Douglas était bombé et douloureux. Devant cette symptomatologie, une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) était réalisée et avait permis de mettre en évidence de grisaille diffuse et quelques niveaux hydro-aérique type grélique, la numération formule sanguine était revenu avec un taux d'hémoglobine à 9g/dl, une hyperleucocytose à 13,2

$10^3/\text{mm}^3$  a polynucléaire neutrophile. Ce tableau clinique avait permis d'évoquer l'hypothèse d'une péritonite Aigue généralisée par perforation gastrique. Une laparotomie médiane d'urgence fut réalisée. L'exploration chirurgicale avait permis d'objectiver un épanchement sero-purulent d'environ 900cc, des adhérences greliques, l'estomac était sans particularité, le carrefour iléo-caecal était situé dans la région sous hépatique [Fig.1] permettant de confirmer le diagnostic d'un mésentère commun incomplet, la présence de multiples adénopathies mésentériques et un appendice volumineux perforé à sa base [Fig.2, 3]. Nous avons procédé à l'aspiration de l'épanchement purulent puis appendicectomie sans enfouissement du moignon, toilette de la cavité péritonéale avec du sérum salé isotonique (4litres), drainage externe du cul de sac de Douglas et de la région sous hépatique.

Les suites opératoires ont été émaillées d'une suppuration pariétale à j4 post opératoire traité par des soins locaux et une antibiothérapie. Le patient a été libéré au 11ème jour post opératoire et revu 10 jours après [Fig.4]. L'Examen Cytobactériologique du pus avec antibiogramme et l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire n'ont pas été réalisés.

## Discussion :

L'interruption de la rotation intestinale à  $180^\circ$  aboutit à une position où la jonction iléocæcale vient se fixer dans la région sous-hépatique [9] comme constaté dans notre observation.

Dans cette position, la racine du mésentère est extrêmement courte et l'ensemble de l'intestin grêle se trouve « pédiculé » sur son axe vasculaire mésentérique supérieur. Cette position, dite en « **mésentère commun incomplet** », à haut risque de volvulus total du grêle du fait de la brièveté de la racine du mésentère et de son absence d'accolement [10].

Le diagnostic de mésentère commun incomplet avait été confirmé en per opératoire chez notre patient du moment où les 2/3 de l'anse grêle était situé à droite et le colon à gauche, le coecum et l'appendice en région sous hépatique avec un appendice phlegmoneux perforé à sa base.

Le diagnostic de l'appendicite aigue peut se faire dans des circonstances très variées, c'est pourquoi il est essentiel d'y penser devant un tableau de douleurs abdominales répétées plus ou moins associées à des troubles de transit [10].

Certes, le volvulus total du grêle sur mésentère commun incomplet est la plus fréquente mais il est essentiel de penser à évoquer et précocement les pathologies

infectieuses intra péritonéale notamment l'appendicite aigue ayant une symptomatologie peu spécifique et pouvant être confondu aux pathologies gastriques. Cela pourra permettre de le confirmer idéalement en préopératoire et plutôt par un examen tomodensitométrique.

L'observation que nous rapportons révèle un autre mode de découverte de cette anomalie ; une complication de l'appendicite aigue avec un tableau de péritonite aigue dont le diagnostic a été essentiellement per opératoire en position atypique. Cela est très rarement observé dans la littérature où c'est plutôt l'appendicite gauche qui est fréquemment observé dans les séries [11].

Le diagnostic de la péritonite était évident alors que l'étiologie et la forme topographique de l'appendice était difficile sans scanner.

Chez notre patient, le diagnostic de péritonite était fait en pré opératoire et l'origine appendiculaire per opératoire.

La prise en charge des péritonites consiste à la réalisation d'une laparotomie d'urgence après une réanimation en pré, per et post opératoire. Cette conduite était identique à celle de l'étude congolaise [3].

Le traitement de la cause était laborieux avec la présence de nombreux dépôt de fibrine avec sa localisation inhabituelle sous

hépatique. Il avait consisté à la réalisation d'une appendicectomie rétrograde sans enfouissement du moignon.

Le traitement de référence des anomalies de rotation aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant reste la procédure de Ladd [12]. La mise en mésentère commun complet qui est une des étapes de cette procédure ; elle n'a pas été réalisé chez notre patient car d'une part cela augmenterait le temps opératoire dans un contexte où les moyens de réanimation sont limités et d'autre part par le défaut de croissance du côlon droit avec fixation du caecum dans la région sous hépatique.

Les suites opératoires, marqué par une suppuration pariétale chez notre patient était prise en charge par des soins locaux et généraux à base de ceftriaxone 1g toutes les 8h et de métronidazole 500mg toutes les 8h pendant 10jours.

L'Examen Cytobactériologique du pus avec antibiogramme et l'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire n'ont pas été réalisés dans notre cas car d'une part lié à la limitation du plateau technique au laboratoire et d'autre part par les moyens financiers du patient. Cette complication semble fréquente dans les structures à moyens limités en particulier les pays en développement comme observé par Kambiré [13].

Malgré la cicatrisation retardée de la plaie opératoire, l'évolution était favorable et satisfaisante. La guérison complète était constatée vers le 18ème jour par la cicatrisation de la plaie opératoire.

### Conclusion

Les appendicites sous hépatique sont rares mais mérite d'être précocement évoqué au cour d'un avis chirurgical devant un syndrome abdominale douloureux fébrile, intermittent, persistant et non systématisé.

Il est cependant important de réaliser une échographie et/ou un scanner permettant d'alerter le chirurgien sur la voie d'abord et les modalités thérapeutiques avant toute complications.

**Conflits d'intérêts.** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### Références

**1- Pinto A, Raimondo DD, Tuttolomondo A. et al.** An atypical clinical presentation of acute appendicitis in a young man with midgut malrotation. *Radiography.* 2007;13:1 64-8.

**2- Brahim DIALLO :** PPENDICITES AIGUES AU SERVICE DE CHIRURGIE « A » DE L HOPITAL FOUSSEINI

DAOU DE KAYES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES (à propos de 120 cas). Thèse de Medecine 2009 / keneya.net

**3- D. Régent, V. Laurent, C. Barbary-Lefevre, F. Orlandini, H. Boccaccini , C. Bazin :** Incidence en pathologie des variations anatomiques de l'étage sous-mesocolique. *Journal de Radiologie Volume 85, Issue 9, September 2004, Page 1491*

**4- Marisa E. Schwab. ;** Un problème à tout âge: un rapport de cas de malrotation congénitale avec ischémie intestinale chez un homme de 84 ans ; *Chirurgie BMC volume 22, Numéro d'article: 35 (2022).*

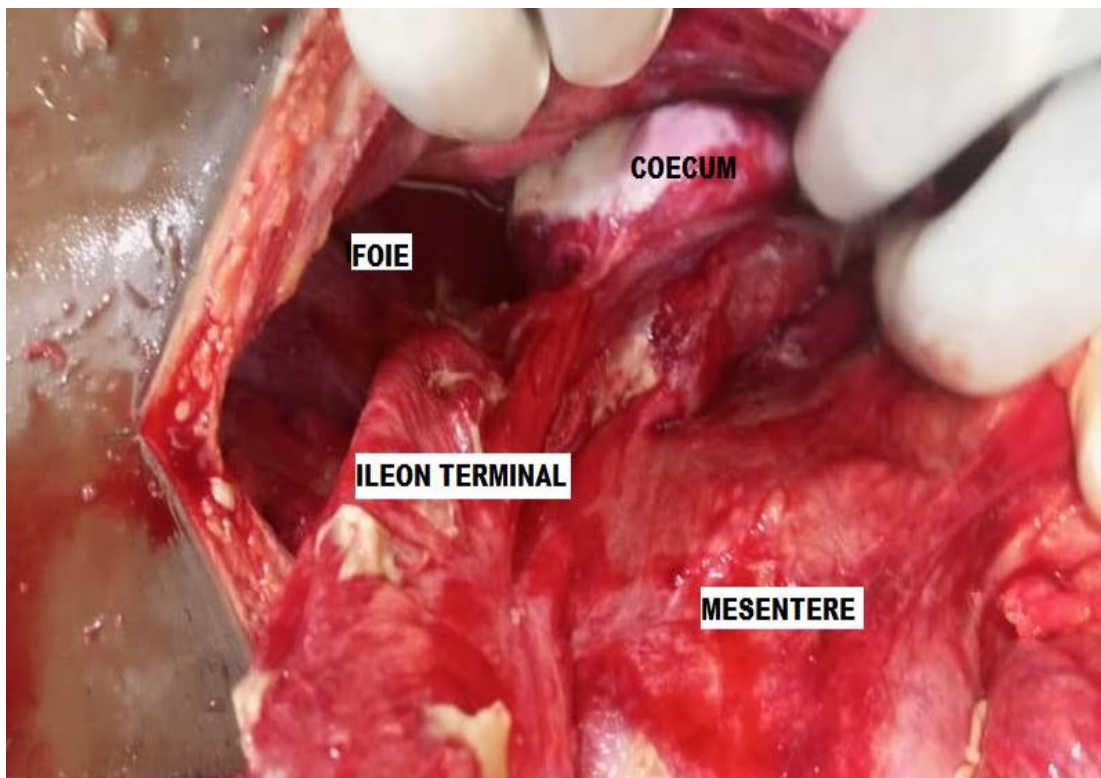
**5- Katungu sifa nganza, muhindo valimungighe moise ;** prise en charge de la péritonite aigue généralisée a butembo, est de la république démocratique du Congo ; *Revue Médicale des Grands Lacs Vol11, N°2, Juin 2020*

**6- Kanté L, Diakité I, Togo A et all.** Péritonite aiguës généralisées à l'hôpital Somine Dolo de Mopti : Aspect épidémiologique et thérapeutique. *Mali Médical 2013;28 (3) : 20-3*

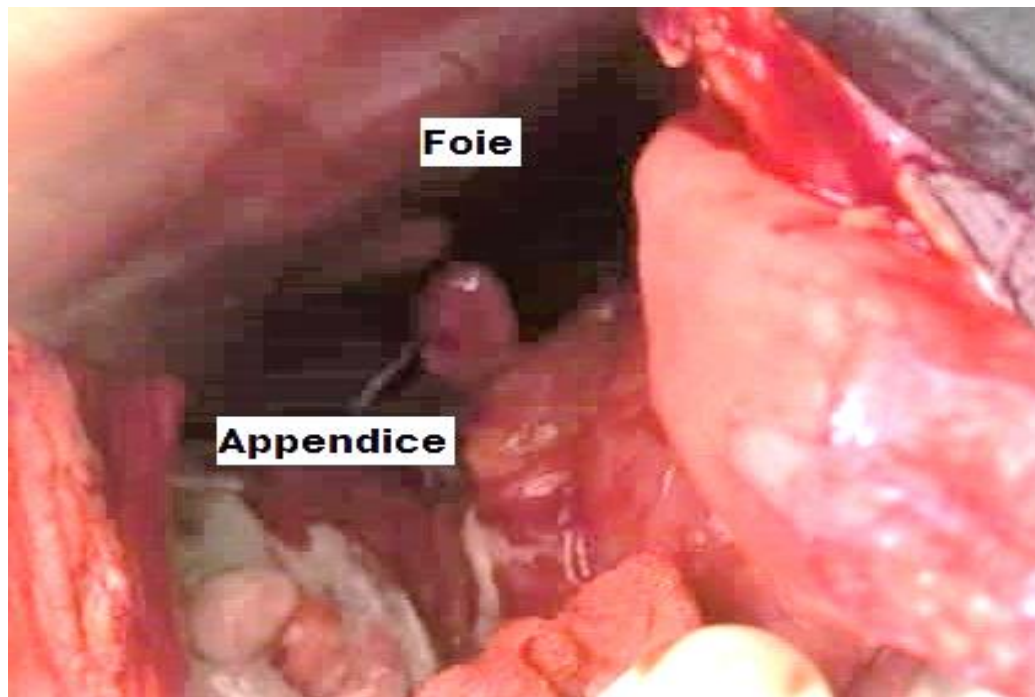
**7- Podevin G, Barussand M.** Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant.

- EMC Pédiatrie* - *Maladies infectieuses* 2005;4-018-Y-10.
- 8- Aziz Elmadil, Hanan Bouamama, Mohammed Ramil, et all.** : Appendicite aigue à manifestation clinique gauche sur mésentère commun complet : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2010; 7: 13. *Published online 2010 nov. 18. French. PMID: 21918700*
- 9- Peycelon M, Kotobi H.** Complications des anomalies embryologiques de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte. *EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif.* 2012 ;7(4):1-12.
- 10- Bodard E, Monheim P, Machiels F et all,** CT of midgut malrotation presenting in an adult. *J Comput Assist Tomogr.* 1994;18(3):501-502.
- 11- Akbulut, Ulku, Senol, Tas, et al.** Left-sided appendicitis: Review of 95 published cases and a case report. *World J Gastroenterol* 2010; 16(44):5598-602.
- 12- Israelit S, Brook OR, Nira B-R, et all,** Left-sided perforated acute appendicitis in an adult with midgut malrotation: the role of computed tomography. *Emerg Radiol.* 2009;16(3):217-218.
- JL Kambiré, S. Ouedrago, S. Ouedrago et all,** : Profil épidémiologique et clinique des complications postopératoires précoces en chirurgie abdominale ; *ISSN 1859-5138, 2021, Vol 5, Num 3 : 21-26.*

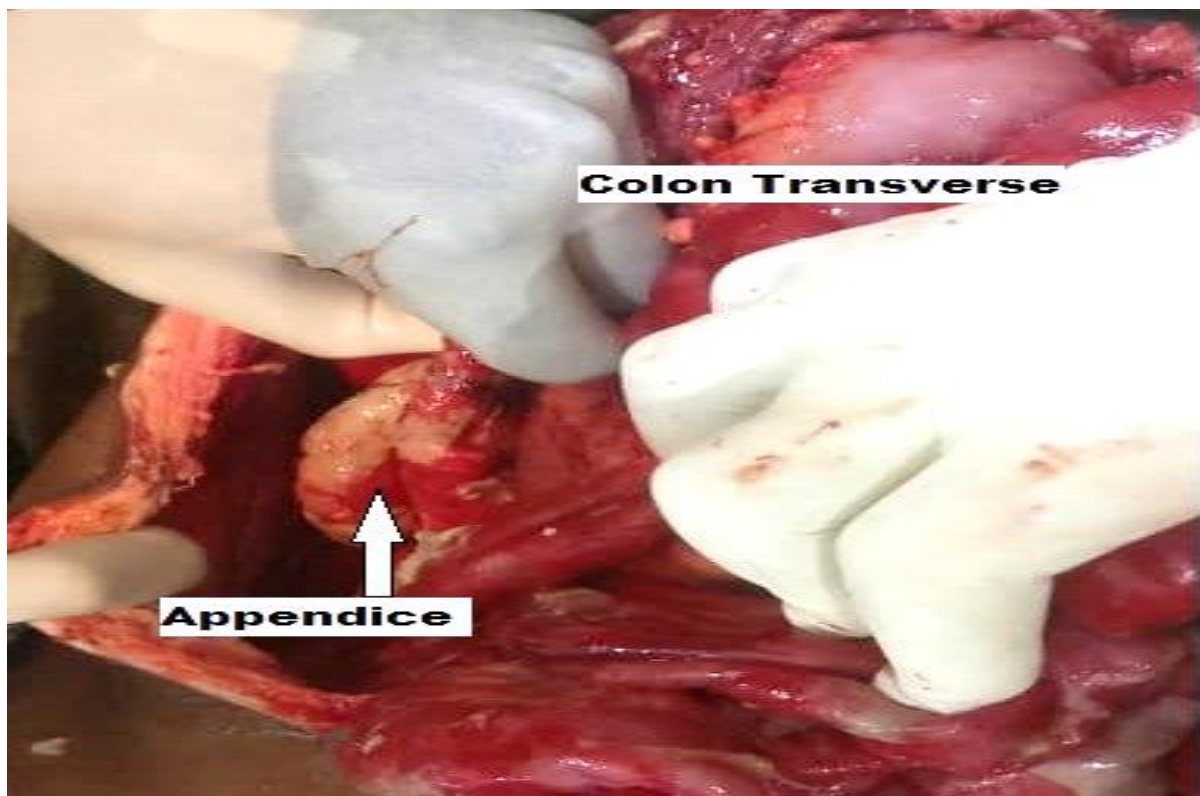
**Iconographies :**



**Fig.1** : Aspect per opératoire à l'exploration



**Fig. 2 :** En per opératoire avec sommet appendiculaire



**Fig. 3 :** Per opératoire avec Aspect phlegmoneux de l'appendice





**Fig. 4** : Cicatrice chéloïdienne à J21 post opératoire