

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 17 ■ N° 38 (2022)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

## Directeur de publication

Namory Keita

## Rédacteur en chef

Telly Sy

## Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F Diadhio, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)

## Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar), RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

## Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

## Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et  
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de  
la SAGO 2002; 3(2):7-11  
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.  
Un état de choc en début de travail:  
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique  
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.  
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations  
obstétricales : aspects épidémiologiques et  
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique  
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry  
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être  
réduit au strict minimum nécessaire à la  
compréhension du texte. Les tableaux seront  
numérotés en chiffres romains et les figures en  
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le  
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des  
modifications mineures portant sur le style et les  
illustrations pourront être apportées par le comité  
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer  
la parution dudit article.

**Le comité de rédaction**



Les éditions L'Harmattan Guinée  
BP: 3470 Conakry  
Rue KA 028 Almamy  
tel: +224 664289196  
site web: [www.guinee-harmattan.fr](http://www.guinee-harmattan.fr)

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX

<b>Connaissance attitude et pratique des gestantes sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la commune VI de Bamako</b> Kéita M, Telly N, Sangho O, Samaké A, Daffé A.....	5 - 11
<b>Pronostic de l'accouchement aux ages extrêmes de la vie reproductive au service de la maternité du centre médical communal de Ratoma</b> Diallo FB, Diallo MH, Keita M, Baldé FB, Baldé IS, Sy T, Keita N.....	12 - 17
<b>Bilan des activités de colposcopie dans un hôpital de niveau 2 à Dakar</b> Niang MM, Aidara MJI, Samb F, Cisse CT .....	18 - 23
<b>Evaluation de la pratique contraceptive du post-partum dans une maternité à Dakar</b> Niang MM, Niang S, Samb, Cisse CT .....	24 - 27
<b>Cancer du sein et grossesse au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier régional de Thiès (CHRT)</b> Gueye L, Thiam M, Thiam O, Warma EB, Fall K, Cisse ML.....	28 - 32
<b>Ratio et audit des décès maternels dans un établissement de soins : cas du district sanitaire de la commune VI de Bamako au Mali</b> Fané S, Bocoum A, Traoré SO, Kanté I, Tegueté I <sup>1</sup> , Traoré Y. ....	33 - 39
<b>Les infections du site opératoire post césarienne : aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya</b> Ouedraogo I. Dembélé A, Sib SR, Kiemtoré S. Sawadogo YA, Thieba/Bonané B.....	40 - 45
<b>Le miel pharmaceutique dans la cicatrisation des plaies de césarienne. Etude cohorte prospective de 766 césariennes au CHU Gabriel Toure.</b> Bocoum A, Fané S, Traoré SO, Kanté I, Sissoko A, Traoré Y.....	46 - 51
<b>Evaluation du protocole de neuroprotection fœtale par le sulfate de magnésium dans un hopital universitaire au burkina faso</b> Dembélé A, Sawadogo O, Kondé/Zongo SW, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Sawadogo AY, Millogo/Traoré FD.....	52 - 60

## CAS CLINIQUE

<b>Situs inversus et grossesse : à propos d'un cas et revue de la littérature</b> Touré Ecra A, O Tra Bi, Koffi A, Konan P, Nigué L.....	61 - 65
---	---------

# CONTENTS

## ORIGINAL PAPERS

- Knowledge, attitudes, and practices in preventing the HIV transmission from mother to child of pregnant women in antenatal care services in commune vi of Bamako district*  
Kéita M, Telly N, Sangho O, Samaké A, Daffé A.....5 - 11
- Prognosis of childbirth at extreme ages of reproductive life in the maternity service of the communal medical center of Ratoma*  
Diallo FB, Diallo MH, Keita M, Baldé FB, Baldé IS, Sy T, Keita N.....12 - 17
- Review of colposcopy activities in a level 2 hospital in Dakar*  
Niang MM, Aidara MJI, Samb F, Cisse CT .....18 - 23
- Evaluation of the postpartum contraceptive practice in a maternity hospital in Dakar*  
Niang MM, Niang S, Samb, Cisse CT .....24 - 27
- Breast cancer and pregnancy in the obstetrics gynecology department of the Thiès regional hospital center*  
Gueye L, Thiam M, Thiam O, Warma EB, Fall K, Cisse ML.....28 - 32
- Ratio and audit of maternal deaths in a health care establishment: case of the health district of commune VI of Bamako in Mali*  
Fané S, Bocoum A, Traoré SO, Kanté I, Tegueté I<sup>1</sup>, Traoré Y. ....33 - 39
- Infections of the post-cesarean operating site: epidemiological, clinical, bacteriological, therapeutic and evolutionary aspects in the department of gynecology and obstetrics of the regional university teaching hospital of Ouahigouya*  
Ouedraogo I. Dembélé A, Sib SR, Kiemtoré S. Sawadogo YA, Thieba/Bonané B.....40 - 45
- Pharmaceutical honey in the healing of caesarean section wounds. Prospective cohort study of 766 caesarean sections at Gabriel Toure teaching hospital.*  
Bocoum A, Fané S, Traoré SO, Kanté I, Sissoko A, Traoré Y.....46 - 51
- Evaluation of the fetal neuroprotection protocol using magnesium sulfate in a teaching university hospital in burkina faso.*  
Dembélé A, Sawadogo O, Kondé/Zongo SW, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Sawadogo AY, Millogo/Traoré FD.....52 - 60

## CAS CLINIQUE

- Situs inversus and pregnancy: about a case and literature review*  
Touré Ecra A, O Tra Bi, Koffi A, Konan P, Nigué L.....61 - 65

## Situs inversus et grossesse : à propos d'un cas et revue de la littérature

*Situs inversus and pregnancy: about a case and literature review*

Touré Ecra A<sup>1,2</sup>, O Tra Bi<sup>1,3</sup>, Koffi A<sup>1,2</sup>, Konan P<sup>1,2</sup>, Nigué L<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Université Félix Houphouët Boigny Côte d'Ivoire

<sup>2</sup> Service de gynécologie du CHU de Yopougon

<sup>3</sup> Service de Radiologie de l'hôpital Mère-enfant de Bingerville

<sup>4</sup> Service de gynécologie de Biostatistiques, UFRSMA

**Correspondances** : Ana Touré Ecra, Maître de conférences agrégé Université Félix Houphouët Boigny Côte d'Ivoire Tel : +225 01 40 28 2776 Email : [anaecra@yahoo.fr](mailto:anaecra@yahoo.fr)

*Reçu le 17 février 2022 - Accepté le 14 avril 2022 - Publié le 3 juillet 2022*

### RESUME

**Objectifs** : Les auteurs rapportent un cas de dextrocardie associé à une grossesse.

**Résultats** : L'anomalie avait été découverte 5 ans auparavant au cours d'un bilan pré opératoire pour une pathologie autre que cardiaque. Il n'existait pas de pathologie cardiaque associée. La grossesse a été menée à terme, le travail d'accouchement s'est déroulé sous anesthésie péridurale avec à son terme la naissance par voies naturelles d'un enfant vivant de poids normal. L'anomalie a pu être classée dans le post partum par la réalisation d'un scanner sans injection de produit de contraste : il s'agissait d'un situs inversus totalis

### Conclusion :

Les patients porteurs d'un situs inversus peuvent avoir une vie normale. Le situs inversus n'influence pas l'évolution de la grossesse et inversement.

**Mots-clés** : Situs inversus – Grossesse – accouchement - Pronostic

### SUMMARY

**Objectives**: The authors report a case of dextrocardia associated with pregnancy.

**Results**: The anomaly had been discovered 5 years earlier during a preoperative checkup for a pathology other than cardiac.

There was no associated cardiac pathology.

The pregnancy was brought to term, the labor took place under epidural anesthesia, with a natural delivery of a living child of normal weight.

The anomaly could be classified in the postpartum period by performing a computed tomography without injection of iodine products: it was a situs inversus totalis

### Conclusion:

Patients with situs inversus can lead normal lives. Situs inversus does not influence the course of the pregnancy and vice versa.

**Keywords**: Situs inversus - Pregnancy - childbirth - Prognosis

## INTRODUCTION

La position normale des viscères et principaux organes dans l'organisme est appelée situs solitus. Elle est définie par la position des oreillettes. : à droite pour l'oreillette droite et à gauche pour l'oreillette gauche. L'oreillette gauche, la rate, l'estomac, et l'aorte sont situées à gauche alors que le foie, l'oreillette droite et la veine cave inférieure sont situées à droite. Le poumon droit est trilobé ; le gauche bilobé.

Le situs inversus (également appelé situs transversus ou oppositus) est une image en miroir du situs solitus ; c'est une anomalie congénitale dans laquelle tous les organes normalement à droite se retrouvent à gauche et inversement. Le cœur est situé sur le côté droit du thorax tout comme l'estomac et la rate alors que le foie et la vésicule biliaire sont à gauche. Le poumon droit est bilobé ; le gauche est trilobé [1]

C'est une anomalie rare dont la, prévalence est d'environ 0,0001 soit 1 sur 10000 personnes. [2,3] Nous rapportons l'observation clinique d'une gestante atteinte de cette anomalie.

## OBSERVATION

Il s'agit de Mademoiselle A. N. MA, 23 ans, G2 P0, 1 IVG qui est venue consulter à 39 SA pour un suivi prénatal.

A l'interrogatoire, elle ne signale aucune plainte. Elle s'est fait suivre dans un autre centre tout au long de sa grossesse, et ne signale aucune anomalie au cours de ce suivi.

Dans ses antécédents personnels, on note une colopathie fonctionnelle ; il n'y a pas de pathologie pulmonaire particulière.

Elle a subi une cure de hernie inguinale il y a 5 ans et , c'est au cours de la réalisation du bilan pré opératoire, qu'il a été découvert à l'électrocardiogramme (ECG), une hypertrophie ventriculaire gauche sans hypertension artérielle.

Une échocardiographie complémentaire avait alors été demandée, qui avait permis de découvrir une dextrocardie associée à une fonction cardiaque normale. (Figure I)

L'examen obstétrical au cours de cette dernière consultation à terme été strictement normal, il n'y a pas de contre-indication à un accouchement par voie basse ; il n'y avait pas de plaintes particulières émises par la patiente.

## FIGURE I : RESULTATS DE L'ECHOCARDIOGRAMME REALISEE EN 2014 AU COURS D'UN BILAN PRE OPERATOIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN  
CONSULTATIONS, EXPLORATIONS, MÉDECINE, CHIRURGIE,  
SOINS INTENSIFS, RADIOLOGIE, BIOLOGIE, MÉDECINE PREVENTIVE.

**CHEF DE SERVICE**  
PR. **[REDACTED]**

**ECHOCARDIOGRAPHIE**

NOM ET PRENOMS : **A. N. MA** Abidjan, 16/04/2014  
ADRESSE PAR : ICA AGE : 18ans  
CLINIQUE : hypertrophie ventriculaire à l'ECG Sexe : F  
N° 1885 Poids : 86Kg  
Téléphone : [REDACTED] Taille : 1.50m  
N° du dossier : [REDACTED] SC : 1.80m<sup>2</sup>  
ECHOGENICITE :

Paramètres Mesurés	Normes Adulte	Paramètres Mesurés	Normes Adulte
■ A.Q. Initiale : 18.4 Sigmoides :	(20-35 mm) (15-26 mm)	■ SIV Diastole : 6.3 Systole : 10	(6-11 mm) (9-13 mm)
■ O.G. Systole : 33 ■ V.G. Diastole : 41 Systole : 24.7 Masse :	(16-40 mm) (26-56 mm) (25-37 mm) < 110 g/m <sup>2</sup> F < 125 g/m <sup>2</sup> H	■ PP Diastole : 7.1 Systole : 13.4	(6-11 mm) (12-18 mm)
■ F.R. 39.8% ■ F.E. 70.8	(28-36 %) (0,60 - 0,80)	■ VD Diastole AUTRES : E/E' = 5.6	(9-26 mm)

**CAVITES : dextrocardique**  
➢ Ventricule gauche de taille normale  
➢ Parois ventriculaires gauches normotrophiques, normokinétiques  
➢ Bonne fonction systolique du ventricule gauche (FE : 0.70)  
➢ Oreillette gauche de taille normale  
➢ Cavités cardiaques droites de taille normale

**AORTE :** initiale de diamètre normal

**VCI :** calibre normal. Variations respiratoires normales

**VALVES**  
- Mitrale : échostructure et cinétique normales. Flux antérograde normal.  
- Aortique : échostructure et cinétique normales, sans fuite ni sténose  
- Tricuspidale et pulmonaire : échostructure et cinétique normales, flux normaux.

**PERICARDE :** normal

**CONCLUSION**  
+ dextrocardie

Dr **[REDACTED]** Cardiologue  
Institut de Cardiologie d'Abidjan  
CEL : 07 87 57 95 70 / 01 87 26 61

**MEDECIN (S) EXECUTANT (S)**  
Dr **[REDACTED]**

BP V 206 ABIDJAN - TEL : (225) 21-25-81-29 / FAX : (225) 21-25-92-10 / E mail : icardio@aviso.ci

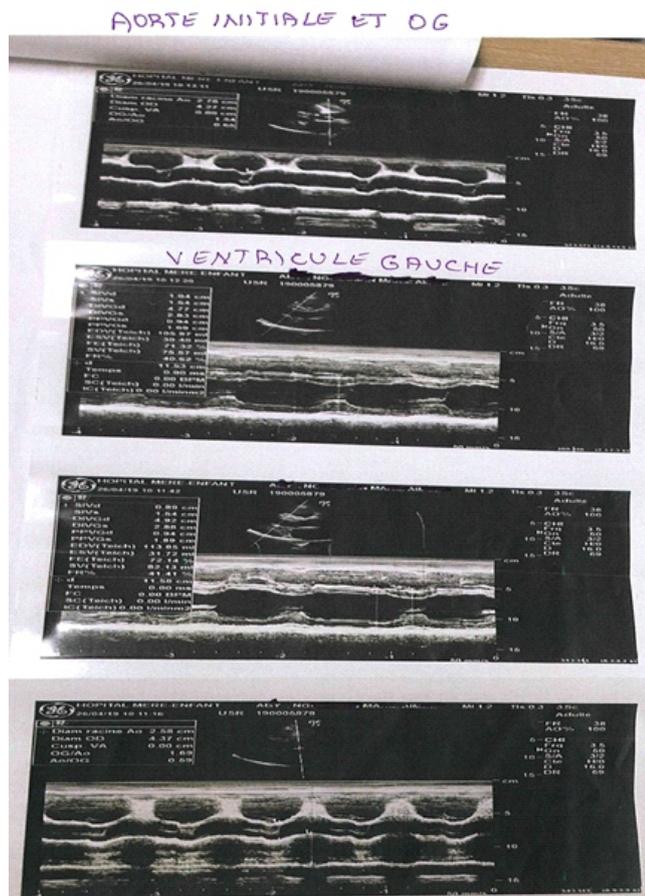
L'accouchement par voie basse est donc envisagé par l'obstétricien sous réserve d'un avis du cardiologue, et une péridurale est souhaitée par la patiente.

Une consultation pré anesthésique est de principe est requise. L'ECG décrit un rythme sinusal à 90 battements par minute, une déviation axiale droite, une hypertrophie ventriculaire gauche et des troubles de la repolarisation dans le territoire inférieur.

Devant ces signes, le cardiologue demande une échocardiographie (Figure 2)

L'échocardiographie du cœur montre une oreillette gauche dilatée, une fonction systolique des 2 ventricules normale avec des pressions de remplissage normales pour le ventricule gauche, de même que des pressions pulmonaires normales.

**FIGURE II** : échocardiographie de 2019 montrant les spectres au niveau des gros vaisseaux et des cavités cardiaques



La patiente est alors déclarée éligible pour une anesthésie loco-régionale.

Une semaine après, soit à un terme de 40 SA, la patiente rentre spontanément en travail. L'examen obstétrical le jour de son admission en salle de travail ne montre pas de signes d'alarme : La tension artérielle est à 12/ 8, un pouls à 79 battements par minute. La patiente a pris 17 kilos au cours de la grossesse. La hauteur utérine est à 34 cm. Le rythme cardiaque fœtal est de 148 battements / minutes. L'échographie obstétricale estime le poids du fœtus à 3400 g 248 g et la morphologie est sans anomalies.

Il s'agit d'une phase de latence avec un rythme cardiaque fœtal régulier à 170 battements par minute. La poche des eaux s'est rompue spontanément et le liquide amniotique est teinté.

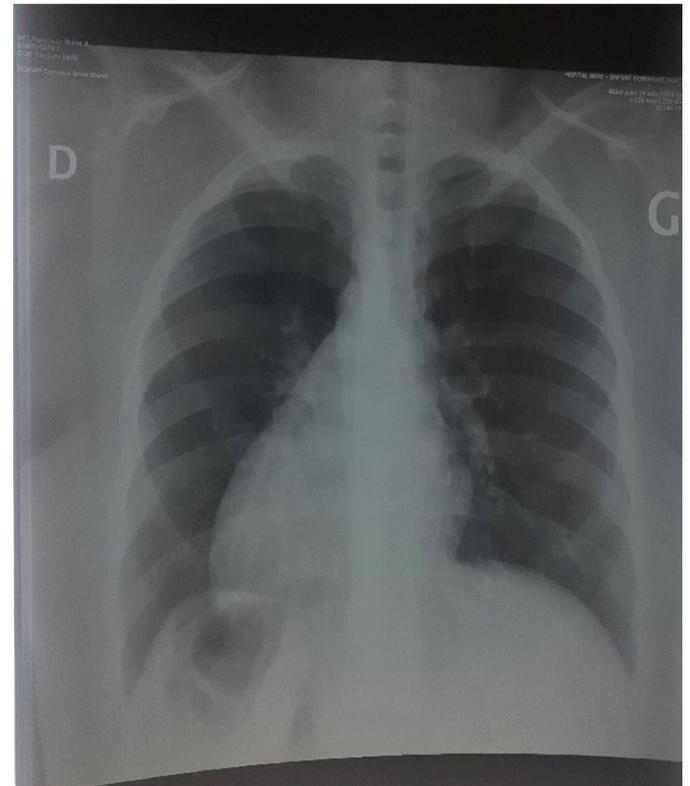
La péridurale est administrée.

Le cardiocardiogramme ne montre pas de signes d'alarme, on laisse donc évoluer le travail sous surveillance cardiocardiographique.

Après 5 d'heures de travail, la patiente accouche par voie basse d'un enfant sain de sexe masculin pesant 3500 g mesurant 49 cms APGAR 7-8

Les suites de couches sont simples et la patiente sort à J2 du post partum après avoir réalisé un télécoeur ; celui montre la position du cœur dans l'hémi-thorax droit avec une pointe du cœur à droite orientée à droite. On distingue bien la poche à air gastrique à droite en dessous de la pointe cardiaque (figure 3).

**FIGURE III** : TELECOEUR DE FACE REALISE DANS LE POST PARTUM IMMEDIAT (2019)



Le scanner qui n'a jamais été réalisé est demandé, afin de classer son anomalie au point de vue anatomique ; mais la patiente projette le faire après sa sortie de la maternité, pour des raisons économiques.

Une assistance financière sera requise auprès de l'établissement afin d'obtenir la gratuité du scanner.

Entre temps, la pandémie à Covid 19 survient, et la plupart des personnes n'ayant pas besoin d'un soin particulier préfèrent se tenir éloignés des centres hospitaliers.

C'est finalement une année après le début de la pandémie, que la patiente accepte de revenir à l'hôpital.

Le scanner a été réalisé sans injection de produit de contraste.

Les coupes coronale et axiale du scanner réalisé (figures 4 et 5) ont permis d'objectiver un situs inversus totalis avec :

- A gauche : le foie, le caecum caractérisé par le cul de sac colique avec l'abouchement de l'appendice et

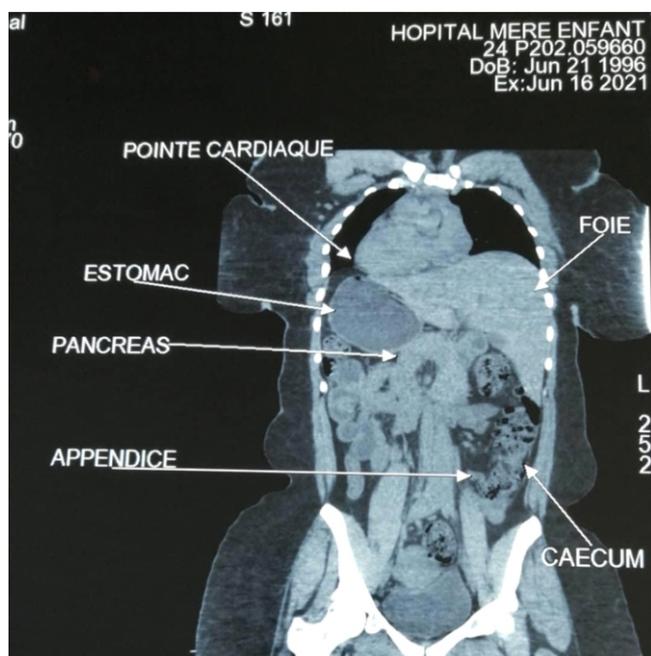
de l'iléon, et la veine cave inférieure.

– A droite : l'estomac, la rate, et la pointe cardiaque.

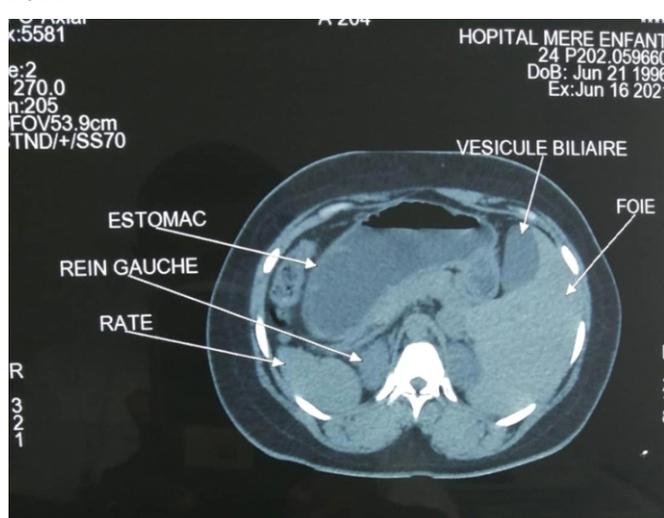
– En médian, l'aorte qui est pré vertébrale, au lieu d'être latéralisée à gauche.

Deux ans après son accouchement, A. MA n'a présenté problème de santé relatif à son anomalie congénitale ; l'enfant a 2 ans et il n'a pas été recherché d'anomalie sur le plan cardiaque, mais l'enfant n'a pas de problèmes particuliers de santé. Sa croissance est normale, de même que son développement psychomoteur.

**FIGURE IV : COUPE CORONALE DU SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN REALISE EN 2021**



**FIGURE 5 : COUPE AXIALE DE SCANNER PASSANT PAR L'ABDOMEN REALISEE EN 2021**



## DISCUSSION

Le situs inversus est une anomalie rare puisqu'elle ne touche qu'une personne 1 sur 10000.

On distingue 3 groupes d'individus selon la position de leurs organes avec 2 sous-groupes :

– Groupe 1 : Situs solitus

– Groupe 2 : situs inversus : image en miroir du situs solitus. Si le cœur est déporté sur le côté droit du thorax, il s'agit d'une anomalie connue sous le nom de situs inversus avec dextrocardie ou situs inversus totalis (situs inversus complet). Si le cœur reste dans sa position normale, la partie gauche du thorax, il s'agit d'une affection beaucoup plus rare (1 personne sur 22000) désignée par situs inversus avec lévocardie ou situs inversus incompletus (situs inversus incomplet).

– Groupe 3 : situs ambiguus ou hétérotaxie : un groupe d'anomalies qui implique des relations anormales gauche-droite des organes intra abdominaux et thoraciques ; la malposition viscérale différente de l'arrangement ordonné, vu dans **situs solitus** ou **situs inversus** ; le situs ne peut être alors déterminé.

Il existe 2 principaux sous-groupes :

· 3 A) isométrie droite ou syndrome d'asplénie : structures bilatérales avec des caractéristiques morphologiques droites

· 3 B) isométrie gauche ou syndrome de polysplénie : structures bilatérales avec des caractéristiques morphologiques gauches

Notre patiente a un situs inversus totalis

La patiente n'a pas signalé de pathologie pulmonaire à type de bronchites à répétition ; elle signale juste dans ses antécédents, des accès de « difficultés respiratoires » spontanément résolutive qui ont duré une seule année à l'âge de 18 ans.

Ces dyspnées sont survenues au cours de l'adolescence, pendant une année et un seul épisode a été justiciable d'une consultation en milieu médicalisé. Le traitement administré n'a pas été précisé par la patiente.

25 % de personnes atteintes de situs inversus ont un syndrome de Kartagener associé [1, 4] ; Il s'agit d'un dysfonctionnement des cils vibratiles qui se manifeste au cours de la vie embryonnaire.

Cependant, on note chez notre patiente une colopathie fonctionnelle ; la physiopathologie de ce trouble est sous tendue par un trouble de la motricité liée à une hypersensibilité. Cette hypersensibilité n'est pas constamment limitée au seul intestin. Elle peut concerner la partie haute du tube digestif, elle peut être extradigestive, bronchique avec des manifestations asthmatiformes. [5]

La transposition des gros vaisseaux n'a pas pu être

objectivée puisqu'il n'y a pas eu d'injection des produits de contraste lors de la réalisation du scanner ; cependant, l'échocardiographie n'a pas signalée cette transposition.

La dextrocardie permet la plupart du temps, une très bonne qualité de vie. L'exemple des célébrités porteuses de cette anomalie le prouvent [1]:

– Enrique Julio Iglesias, célèbre chanteur espagnol

– Randy Foye, joueur de basket de la mondialement connue NBA, qui n'a jamais présenté de complications décelables

– Catherine O'Hara, actrice comique canadienne.

Marie Bentley, une Américaine, morte à l'âge de 99 ans, chez qui un situs inversus avait été découvert au cours de l'autopsie réalisée parce qu'elle avait offert son corps à la science.

Cette dernière avait un situs inversus avec lévocardie [MBigBrowser, sur *Le Monde*, 10 avril 2019].

Les personnes atteintes de situs inversus avec lévocardie ou de dextrocardie sans situs inversus présentent des taux beaucoup plus élevés de malformations congénitales que celles qui sont affectées de situs inversus avec dextrocardie ; ce qui réduit l'espérance de vie de façon drastique.

En effet, cette variété est associée dans 95 % des cas à des malformations congénitales : 5 à 13 % seulement des patients atteints de cette anomalie survivent au-delà de 5 ans ; les patients qui avaient vécu le plus longtemps avaient atteint 73 et 75 ans. [1]

Beaucoup d'individus présentant un situs inversus totalis ignorent donc qu'ils sont porteurs d'une anomalie anatomique jusqu'au jour où ils consultent pour une autre pathologie.

C'est le cas de notre patiente chez qui l'anomalie a été découverte au cours du bilan pré opératoire pour une pathologie autre que cardiaque.

La patiente est bien informée de sa pathologie puisqu'elle l'a spontanément signalée.

Il est en effet, important de signaler cette anomalie pour éviter la confusion dans certaines pathologies notamment appendiculaires ou hépatiques.

Le port d'une carte d'information médicale mentionnant l'anomalie peut s'avérer vitale au cas où la personne n'arriverait pas à communiquer.

La grossesse peut avoir une issue favorable même quand elle est associée à un situs inversus. C'est le cas de la patiente décrite par Deepika chez une patiente qui, elle présentait une hypertension pulmonaire modérée [2]

Le pronostic maternel des gestantes atteintes de situs inversus est largement décrit par l'expérience de Yuen Fung qui relate 20 années d'expérience [6] : les grossesses se sont déroulées sans symptomatologie cardiaque.

Des cas d'hypotrophie fœtale ont été décrits.

Chez notre patiente le poids de naissance était normal pour l'âge gestationnel.

Cependant, un cas isolé de décès maternel brutal chez une patiente porteuse de situs inversus a été décrit, sans qu'aucune relation avec l'anomalie n'ait été établie [7]

En effet, une symptomatologie coronarienne peut permettre de découvrir le situs inversus au cours de l'ECG [8]

## REFERENCES

1- situs inversus article Wikipedia ; version anglaise

2- **Deepika, L Wadhwa, C. Shekhar, J. Saini, M. Chetani** : Successful Obstetric Outcome in Dextrocardia with Situs Inversus and Moderate Pulmonary Hypertension- Rare Case. *J Clin Diagn Res.* 2016 Oct; 10(10): QD08–QD10

3- **Supriya G, Saritha S, Madan S**: Situs inversus totalis – a case report. *IOSR Journal of Applied Physics* 2013; 3 (6): 12-16

4- **Dabhi AS, Chaudhari SR, Throat PB, Pandya HB, Shah MC, Meswani UN, et al**: Kartagener syndrome: a triad of bronchieatasis, situs inversus and chronic sinusitis. *JACM.* 2005; 6 (3): 241-43

5- [www.fmcgastro.org](http://www.fmcgastro.org) post-2013

6- **Fung TY, Chan DL, Leung TN, Leung TY, Lau TK**: Dextrocardia in pregnancy: 20 years' experience *J Reprod Med* 2006 Jul; 51 (7): 573- 577

7- **Calla S, De Leeuw M, Mpotos N, Calle P, De Turck B**: A fatal combination of situs inversus, pregnancy and cardiac arrest treated with an automated external defibrillator *Neth Heart J* 2016 Nov; 24 (11): 693- 695

Doi 10.1007/s12471-016-0851-5

8- **Taboulet P, Boualem A** : Un ECG de dextrocardie *Ann. Fr. Med. Urgence* (2012) 2: 403-404