

ARTICLE ORIGINAL

LES PERFORATIONS DIGESTIVES DU NOUVEAU-NÉ : A PROPOS DE 4 CAS**THE DIGESTIVES PERFORATIONS IN THE NEWBORN: A REPORT OF 4 CASES**

SAGNA A, NDOYE A, AHYEE A, CAMARA S, LÔ FAB, FALL I.

*Service de Chirurgie Pédiatrique du CHUNE Albert ROYER.**Auteur Correspondant : Docteur Aloïse SAGNA**Hôpital d'Enfants Albert ROYER Bp 25755 Dakar Fann.**Tel : 77.701.72.41 Courriel : alosagna@hotmail.com***RESUME**

Les perforations digestives isolées du nouveau-né sont rares et posent un véritable problème diagnostique : ce qui est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables. Nous rapportons notre expérience à propos de 4 cas colligés entre 2008 et 2016 au service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants Albert ROYER. Le but de notre travail est de partir des données de ces observations cliniques et d'essayer de dégager les éléments de réponses sur le caractère idiopathique ou secondaire de cette entité. Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective incluant trois filles et un garçon âgés respectivement de 1jour, 5jours, 12jours et 38jours. La symptomatologie clinique était dominée par les vomissements accompagnés d'une sensibilité abdominale à J1 et J5 de vie chez deux filles. Dans les deux autres cas le tableau abdominal était apparu après une cure d'hydrocèle à J26 de vie chez le garçon alors que chez la fille il était survenu à J12 d'un accouchement de siège ayant entraîné une fracture obstétricale des deux fémurs. La radiographie de l'abdomen sans préparation réalisée dans tous les cas a permis d'objectiver un pneumopéritoine et des niveaux hydro-aériques. Une réanimation rapide consistant en la mise en place d'une sonde nasogastrique avec rééquilibration hydro électrolytique a été conduite. La laparotomie exploratrice faite chez ces patients a retrouvé une perforation gastrique, une déchirure gastrique et une perforation colique dans les deux autres. Le traitement a consisté en une suture gastrique, une colostomie temporaire et une suture colique avec des suites marquées par un décès postopératoire chez un nouveau-né. Question : la perforation est-elle spontanée ou provoquée? Les auteurs pensent que le traumatisme est constant et réel.

Mots clés : nouveau-né ; perforation digestive ; traumatisme obstétrical ; idiopathique.

SUMMARY

The isolated digestive perforation in the newborn at term is rare and raises a real diagnostic problem. That is at the origin of a not inconsiderable morbidity and mortality. We report our experience about 4 cases brought together between 2008 and 2016 in the department of Pediatric Surgery of Albert ROYER Children's Hospital. The purpose of our work is to run from these clinical observations and try to release the elements of answers on the idiopathic or secondary character of that entity. It is a retrospective and prospective study including three girls and one boy respectively aged one, five, twelve and thirty-eight days. The clinical symptoms were dominated by vomiting accompanied with an abdominal sensibility in day 1 of birth for one case and day five of birth in another one. In the two other cases the abdominal picture appeared twelve days after surgery of left hydrocele was performed in a 26-day-old on one hand, on the other hand, it occurred at day 12 of birth following a bilateral obstetrical femoral shaft fractures in a girl. The radiography of the belly without preparation realized in every case allowed us to objectify a pneumoperitoneum and air-fluid levels. A fast resuscitation consisting of urinary catheter and nasogastric probe implementation with the use of crystalloid fluid was led at any rate. The laparotomy findings in any cases were gastric perforation, gastric tearing or colonic perforation. The surgical treatment performed was temporary colostomy, gastric suture or colonic suture with postoperative death registered in one case. Question: is digestive perforation spontaneous or provoked? Authors think that trauma is constant and real.

Keywords: newborn ; digestive perforation; obstetric trauma; idiopathic.

INTRODUCTION

Les perforations isolées digestives du nouveau-né sont rares [1]. Leur diagnostic est le plus souvent difficile justifiant une mortalité et morbidité non négligeable. Cette mortalité peut être améliorée grâce à un diagnostic précoce et une réanimation rapide encadrant la chirurgie [2]. Nous rapportons les observations de 4 patients, 3 filles et 1 garçon, colligées en 8 ans au Service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants Albert ROYER. Le but de notre étude est de partir de ces données cliniques et d'essayer de dégager les éléments de réponse sur le caractère idiopathique ou provoqué de cette entité.

NOS OBSERVATIONS

Observation 1 :

Fily T. de sexe masculin nous a été adressé le 27/0/2008, après une chirurgie pour hydrocèle gauche réalisée à J26 de vie, pour des pleurs incessants, un ballonnement abdominal avec fièvre et vomissements bilieux apparus à J12 post opératoire. L'accouchement s'est fait par voie basse sans incident particulier rapporté dans le carnet de santé. **Aucun antécédent périnatal n'a été rapporté en dehors d'une hydrocèle qui a motivé la consultation en urologie.** La radiographie de l'abdomen sans préparation faite à J14 post opératoire a permis d'objectiver des niveaux hydro-aériques [Fig.1]. Une réanimation rapide consistant en la mise en place d'une sonde nasogastrique avec rééquilibration hydro-électrolytique est conduite pendant 24 heures sans amélioration du tableau. Une laparotomie est décidée et réalisée le à J15, ce qui a permis la mise en évidence d'une péritonite stercorale par perforation de l'angle colique gauche avec fausses membranes [Fig.2]. Une colostomie temporaire est réalisée après une toilette abdominale avec une évolution marquée par des suites simples.

Observation 2 :

M D, sexe féminin, âgée de 12 jours est admise le 05/08/ 2014 pour ballonnement abdominal et vomissement évoluant depuis 4 jours. L'examen physique à l'entrée a noté un mauvais état général avec fièvre, météorisme abdominal douloureux et circulation veineuse collatérale. Le bilan radiologique fait, a montré une pauvreté de l'aération intestinale avec grisaille surtout pelvienne [Fig.3].

La laparotomie réalisée a retrouvé une perforation d'un centimètre à la face antérieure du fundus associée à un défaut d'accolement du cæco-côlon droit. Une suture simple de la brèche ainsi qu'une colo-

plexie droite ont été réalisées avec des suites marquées par une déchirure gastrique à J2 postopératoire sur un estomac à paroi friable et hémorragique autour de la zone de suture. La confection d'une gastrostomie par la brèche est faite avec introduction d'une sonde de Foley charrière 10 dont le ballonnet est refoulé jusque dans la première anse jéjunale. Le décès est enregistré à J4 post reprise par arrêt cardio-respiratoire.

Observation 3 :

Nouveau-né Kh S. de sexe féminin référé à un jour de vie, le 27/10/2015, pour fracture obstétricale diaphysaire des deux fémurs. L'accouchement s'est déroulé par voie basse sur présentation de siège avec un poids de naissance de 2900g. Dans ses antécédents on note deux échographies prénatales faites et une grossesse qui a évolué à terme sans particularité. La radiographie à l'entrée a noté une fracture médi-diaphysaire bilatérale avec angulation à sinus postérieur [Fig.4]. Il a été hospitalisé et mis sous traction collée au zénith. Le cinquième jour d'hospitalisation il a présenté un tableau de pleurs incessants associés à une fièvre à 38°5 C et des vomissements bilieux. Un abdomen sans préparation est dès lors demandé retrouvant un double croissant gazeux inter-hépatodiaphragmatique. L'exploration chirurgicale a permis de mettre en évidence une perforation large d'environ 1cm sur la face antérieure du côlon transverse à 5cm de l'angle colique gauche **dont la suture simple a été réalisée.** Les berges de la plaie étaient souples et les résultats de l'examen anatomopathologique de la biopsie faite ont révélé une colite inflammatoire sans signe de malignité. Les suites ont été simples et l'exéat autorisé sous plâtres pelvi-jambier bilatéral.

Observation 4 :

Nouveau-né B N, de sexe féminin, admis à J5 de vie pour des vomissements alimentaires puis bilieux évoluant depuis trois jours avec survenue secondaire d'un ballonnement abdominal. Dans ses antécédents on note une grossesse suivie avec deux échographies anténatales et un accouchement normal par voie basse. Le cliché de l'abdomen sans préparation a montré une grisaille diffuse avec gros pneumopéritoine [Fig.5]. La laparotomie en urgence a révélé une perforation punctiforme au niveau de la face antérieure de la grande courbure gastrique [Fig.6]. Le geste thérapeutique a consisté en une suture simple au fil non résorbable après avivement des berges et biopsie dont les résultats de l'histologie sont en

faveur une inflammation. Les suites ont également été simples.

DISCUSSION

Les perforations digestives idiopathiques isolées du nouveau-né sont rares et surviennent dans 40 à 50% des cas chez le prématuré [3]. La notion d'anoxie avec ischémie tissulaire transitoire par souffrance périnatale a été évoquée par plusieurs auteurs [4 ; 5 ; 6]. Des facteurs de risque prénataux comme le diabète et l'infection maternels, la rupture prématurée des membranes et le placenta prævia sont incriminés [7].

En outre des auteurs comme Manwani et Leone ont retrouvé fréquemment les notions d'hyperpression abdominale et de stress de l'accouchement remettant ainsi en cause l'entité de perforation digestive idiopathique ou spontanée [8 ; 9].

Notre étude ne retrouve dans aucun cas un pré-terme. Cependant le facteur traumatique est constant sous forme de manœuvre d'hyperpression abdominale maternelle réalisée dans tous les cas par la Sage-femme ou son aide au cours du travail mais aussi d'accouchement dystocique responsable de double fracture dans un cas. Par ailleurs une chirurgie pariétale du canal péritonéo-vaginal a constitué un contexte révélateur chez un nouveau-né.

La symptomatologie est le plus souvent précoce dès le premier jour de vie dans les perforations gastriques et retardée dans les perforations intestinales ce que corrobore la plupart des auteurs comme Pelizzo et Lapillome. Il s'agit le plus souvent d'une distension et d'une sensibilité abdominales associées à des vomissements [1 ; 2 ; 3 ; 4].

Notre étude montre 2 cas de perforation gastrique diagnostiquée précocement et 2 cas de perforation colique découverte après une symptomatologie d'installation secondaire. Nous pensons que cette différence clinique pourrait s'expliquer par le caractère souvent aigu de l'atteinte gastrique contrairement à celle colique qui est reléguée au second plan du fait d'un tableau abdominal subaigu voire « batard ».

Sur le plan radiologique la présence d'un pneumopéritoine à la radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de poser le diagnostic dans tous les cas. Notre étude comme tant d'autres confirme cet

aspect. Le diagnostic de certitude est avant tout radiologique [10]. La présence d'un important pneumopéritoine associé à l'aspiration de sang rouge par la sonde nasogastrique doit faire évoquer une origine gastrique de la perforation [11].

La laparotomie exploratrice pratiquée chez ces patients a permis d'objectiver la nature des lésions et leur localisation respective à la face antérieure de la grande courbure gastrique à type de perforation du fundus dans un cas mais aussi de déchirure longitudinale dans un autre. Les berges étaient nettes et la cause de la brèche ne semblait pas évidente. Damir au Maroc note, pour sa part à propos de 3 cas dont un prématuré de 32 semaines, une étiologie dominée par le traumatisme obstétrical **même si le stress de la douleur semble non négligeable dans les perforations gastriques** [3].

Sur le côlon, nous avons noté dans un cas un siège à la face antérieure du tiers distal du Transverse et une localisation à l'angle colique gauche dans le deuxième cas. Cette lésion de l'angle mise en évidence après une chirurgie pour hydrocèle semblait cependant très haute située par rapport à la zone de chirurgie pour justifier un caractère iatrogène.

Le traitement conservateur est la règle. La plupart des auteurs propose une suture simple après biopsie des berges de la lésion et exploration minutieuse de l'organe creux concerné [1 ; 2 ; 3].

Peggy Dupont et al. rapportent de leur côté un cas de gastrectomie réalisé sur perforation gastrique idiopathique [4]. Notre étude note une suture simple dans 3 cas et une colostomie dans un cas.

L'évolution est la plupart du temps favorable pour les cas diagnostiqués et traités précocement. Nous avons eu un décès à J4 post reprise d'une déchirure gastrique.

CONCLUSION

Les perforations digestives du nouveau-né sont rares. Les facteurs de risque classique ne sont pas toujours retrouvés, justifiant ainsi un pronostic sévère lié au retard diagnostic. Nous avons colligé quatre perforations en 8 ans et la principale question est de savoir si la perforation est spontanée ou provoquée ? Nous pensons que la part du traumatisme est non négligeable et qu'elle passe souvent sous silence.

REFERENCES

- 1 Naji A, Elkarout Y, Benajiba N. Perforation gastrique néonatale spontanée : à propos d'un cas. PAMJ 2015 : 21-61.
- 2 Kammouna H, Jalloulia M, Triguib L, Gargourib A, Regaigb R, Ben Amarb H, Jlidic R, Rekikb A, Mhiri R. Perforation intestinale isolée du nouveau-né : entité distincte ou forme focale d'une entérocolite ulcéro-nécrosante. J Pédiatr et Puéricult. 2007 ; 20 : 206-208.
- 3 Damir, Habzi HA, Najdi T, Lahbabi M S, Benomar S. Perforation gastrique du nouveau-né : à propos de 3 observations. Bull Soc Path Exot, 2008; 2: 131-148.
- 4 Uettwiller F, Rouillet-Renoleau N, Letouze A, Lardy H, Saliba E, Labarthe F. Gastric perforation in neonate: A rare complication of birth trauma. J Pediatr Surg case reports. 2014; 2: 212-214.
- 5 Dupont P, Trenteseaux A S, Guillemin M G, Petit T, Pasquier C J, Guillois B. Perforation gastrique idiopathique du nouveau-né à propos de deux cas. Gastroenterol clin Biol 2003; 27: 1160-1162.
- 6 Hwang H, Murphy J, Gow K, Magee JF, Bekhit E, Jamieson D. Are localized intestinal perforations distinct from necrotizing enterocolitis? J Pediatr Surg 2003; 38: 763-7.
- 7 Leone RJ, Krasna IH. Spontaneous neonatal gastric perforation: is it really spontaneous? J Pediatr Surg 2000; 35: 1066-9.
- 8 Ankola P, Mawani S. Spontaneous neonatal gastric perforation. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155: 521-2.
- 9 Pelizzo G, Dubois R, Lapillome A, Laine X, Claris O, Bouvier R. Gastric necrosis in newborns: a report of 11 cases. Pediatr Surg 1998; 13: 346-9.
- 10 Dubos JP, Hanesse M, Bricout M, Boucher MC, Hadrzyns, Lequien P. Les perforations gastriques néonatales. Ann Pediatr. 1984 ; 31 : 641-6.
- 11 Young AE, Sury MR. Spontaneous neonatal gastric perforation. Pediatr Anaesth 1996; 6: 143-5.



Figure 1 : ASP après cure hydrocèle
Ht



Figure 2 : Perforation colique avec fausses membranes

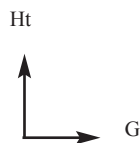


Figure 3 : ASP de l'observation 2
Ht



Figure 4 : Double croissant gazeux

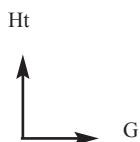


Figure 5 : Gros pneumopéritoine
Ht

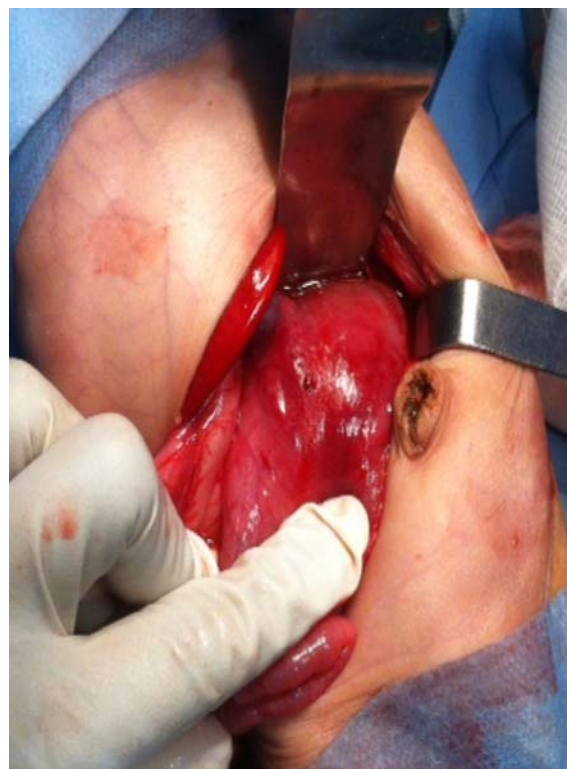


Figure 6 : Perforation punctiforme gas-
trique