

CAS CLINIQUE

LE LAPAROSCHISIS A PROPOS D'UN CAS PRIS EN CHARGE EN ZONE RURALE

LAPAROSCHISIS ABOUT A CASE TREATED IN A TROPICAL ZONE

A. NIASSE*^a, O. GUEYE^c, O. THIAM^b, PM. FAYE^a, ML. GUEYE^a, ISS. SARR^a,
Y. SEYE^a, AO TOURE^a, M. SECK^a, M. CISSE^b, M. DIENG^a.

*Service de chirurgie générale, hôpital Matlaboul Fawzaïni de TOUBA,
B.P109. Diourbel, Sénégal.*

^aService de chirurgie générale, CHU Aristide Le Dantec (Dakar-Sénégal)

^bService de chirurgie générale, hôpital Dalal Jamm (Dakar-Sénégal)

^cService de chirurgie, hôpital Matlaboul Fawzaïni de TOUBA (Diourbel-Sénégal)

**Auteur correspondant : Docteur Abdou NIASSE, chirurgien
généraliste, Service de chirurgie générale, Centre Hospitalier National
universitaire Aristide Le Dantec, Téléphone : 00221778084873, adresse
email : niasseabdou30@gmail.com**

RESUME

Le laparoschisis ou gastroschisis est un défaut congénital para- ombilical droit de la paroi antérieure de l'abdomen avec éviscération de l'anse intestinale primitive. Il s'agit d'une malformation rare constituant une urgence néonatale et chirurgicale dont le pronostic dépend essentiellement des lésions ischémiques intestinales, des malformations associées et de la prise en charge initiale. Cette dernière implique une équipe pluridisciplinaire avec le chirurgien, le réanimateur et le pédiatre. Nous rapportons un cas de laparoschisis qui a nécessité une fermeture primitive chirurgicale avec des suites simples, réalisée en milieu tropical à moyens limités.

Mots clés : laparoschisis, malformations abdominales, eventration, incision de décharge

SUMMARY

The laparoschisis or gastroschisis is a right para-umbilical congenital defect of the anterior wall of the abdomen with evisceration of the primitive intestinal loop. It is a rare malformation constituting a neonatal and surgical emergency, the prognosis of which depends mainly on the associated malformations and the initial management. The latter involves a multidisciplinary team with the surgeon, reanimator and pediatrician. We report a case of laparoschisis which required a primitive closure with simple sequences, carried out in a tropical environment with very limited means.

Keywords: gastroschisis, abdominal malformations, eventration, discharge incision

INTRODUCTION

Le laparoschisis est une anomalie pariétale entrant dans le cadre des coelosomies médianes comme l'omphalocèle. Il se caractérise par une éviscération au niveau latéro-ombilical droit [1]. De survenue précoce dans le développement embryonnaire, le laparoschisis serait la conséquence d'un défaut vasculaire lors de la délimitation finale de la paroi abdominale

à la 12^e semaine d'aménorrhée (SA) [1]. Sa fréquence dans la population générale est estimée à 1 pour 2700 naissances [2]. Son pronostic est conditionné par les lésions ischémiques digestives objectivées à la naissance. Aucune cause génétique n'est actuellement incriminée en dehors de l'association du laparoschisis à des ensembles syndromiques, tel que le syndrome de Prune-Belly [2]. L'échographie obstétricale a amélioré le pronostic en aidant au diagnostic anténatal. Il existe ainsi une divergence sur la prise en charge chirurgicale entre une fermeture en un temps ou l'utilisation d'un silo en silastic [1]. Nous rapportons un cas de laparoschisis ayant nécessité une fermeture chirurgicale dès la naissance avec des suites favorables dans un hôpital à moyens limités.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe masculin issu d'une grossesse mal suivie. L'accouchement s'était déroulé par voie basse sans dystocie avec un score d'Apgar à 8/10 à la 1^{ère} minute et à 10/10 à la 5^{ème} minute. Le nouveau-né était reçu dès sa naissance (à la deuxième heure de vie) pour extériorisation des intestins. A l'examen, il présentait un bon état général avec un bon comportement neurologique et une extériorisation du grêle, de l'estomac, du foie droit à travers un orifice para-ombilical droit de 4 à 5 cm de diamètre (**figure 1**).

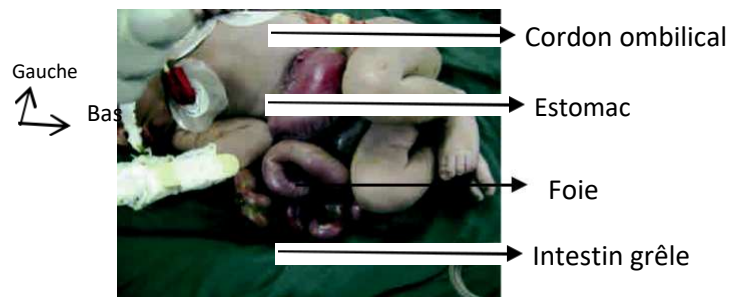


Figure 1 : Nouveau-né vu à H2 de vie porteur de laparoschisis

Le test à la sonde nasogastrique démontrait une perméabilité œsophagienne et anale avec une émission de méconium. Le reste de l'examen clinique était normal. Les bilans biologique et radiologique étaient normaux. L'exploration chirurgicale, après une réanimation, retrouvait un caecum en position sous-hépatique, les viscères étaient viables et il n'y avait pas d'autre anomalie intra-abdominale retrouvée. Nous avons procédé à un élargissement du défaut pariétal de part et d'autre de la ligne médiane (**figure 2**),



Figure 2 : Elargissement du défaut et réintégration des anses

une réintégration des viscères, une appendicectomie de principe et un lavage de la cavité abdominale au sérum salé isotonique tiède. Devant l'hyperpression abdominale, nous avons procédé à des incisions de décharge sur la paroi abdominale pour la fermeture de la ligne médiane (**figure 3**).



Figure 3 : Fermeture et incision de décharge en pararectale et au flanc gauche

Après l'intervention il a été transféré en réanimation dans une couveuse et mis sous une antibiothérapie et une aspiration gastrique continue. Il a été extubé 3 heures de temps après l'opération. L'évolution a été marquée par un ballonnement abdominal mais sans retentissement sur la fonction respiratoire. Deux jours après son admission à la réanimation, il a été transféré en pédiatrie. La reprise du transit et l'affaissement de l'abdomen nous ont autorisés à l'alimenter à J8 postopératoire. La durée d'hospitalisation était de 15 jours. Au quarantième jour post-opératoire, les incisions de décharges étaient cicatrisées. Après deux années de suivi, il présente une éventration qui est en attente d'une cure (**figure 4**). Une cure par prothèse est envisageable.

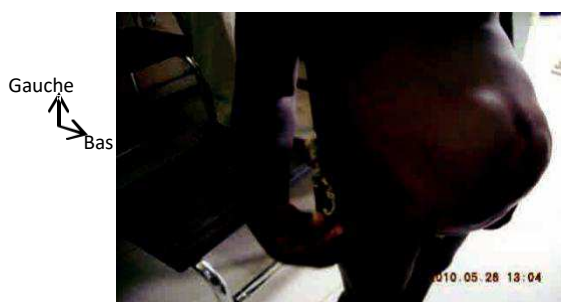


Figure 4: Eventration post-opératoire (2 ans après fermeture)

DISCUSSION

La fréquence du laparoschisis est estimée à 1 pour 2700 naissances aux USA [2]. Le laparoschisis apparaît lors des 4 premières semaines de la grossesse [3]. Ce qui rend possible son diagnostic anténatal par

l'échographie [3]. Les anses sont reconnues, extériorisées et flottant dans le liquide amniotique [3]. L'aspect des anses est encouenné et cartonné à des degrés variables, allant de l'intestin libre à un magma intestinal apéristaltique avec un mésentère pouvant être comprimé au niveau du collet [3]. Une souffrance fœtale par hypotrophie peut être aggravée par un oligo-amnios pouvant autoriser la réalisation en urgence d'une césarienne ou d'un accouchement déclenché [4]. Le mode d'accouchement des enfants porteurs de laparoschisis est débattu [5]. L'extracti-on prématurée a été proposée pour diminuer l'exposition des anses au - liquide amniotique sans que le bénéfice de cette approche n'ait été démontré [5]. L'effet bénéfique de la césarienne dans le but de prévenir une lésion mécanique des anses extériorisées n'est non plus démontré [5]. Dans nos contextes, le diagnostic anténatal est souvent difficile, limité soit par le coût ou la non disponibilité de l'échographie prénatale. La découverte se fait généralement à la naissance pouvant retarder ainsi la prise en charge devant se faire en milieu chirurgical spécialisé. Néanmoins, dès la naissance, l'enfant peut être enveloppé dans un sac stérile jusqu'à mi-corps puis transporté au bloc après une réanimation [4]. La plupart des auteurs préconisent une fermeture progressive de l'orifice para-ombilical en plusieurs jours par l'intermédiaire d'un silo en silastic fixé sur les berges de la lésion qui sera rétrécit quotidiennement [4, 6]. La fermeture non chirurgicale (FNC) des laparoschisis après mise en place d'un silo est une alternative à la fermeture chirurgicale (FC) [7]. Cette FNC présente quelques avantages. La FNC est souvent réalisée au lit du malade sous sédation en utilisant une interface non adhérente comme du Telfa et du Duoderm^R (DUODERM E BORDE Pans hydrocolloïde). La FC se fait au bloc opératoire sous anesthésie générale. La FNC permet de réduire l'utilisation de la ventilation artificielle, réduit la durée d'hospitalisation (en moyenne 5 à 7 jours),

de même que la survenue d'une éventration et d'entérocolite [7]. Ce matériel (le silo) n'étant pas toujours disponible dans nos régions, nous oblige à recourir à une fermeture chirurgicale en un temps avec des incisions de décharge améliorant remarquablement la respiration et ne retardant pas la prise en charge de nos patients. Etant donné que le traitement chirurgical a pour but la fermeture pariétale et la réintégration des viscères [6]. La morbidité et la mortalité sont essentiellement liées aux lésions ischémiques intestinales étendues, à l'association avec d'autres malformations et surtout au retard de prise en charge [8]. Le diagnostic précoce surtout prénatal et les progrès de la réanimation ont transformé le pronostic de cette malformation [9]. En 1970, la mortalité due au laparoschisis atteignait 80% lorsque l'intervention était tardive [10]. De nos jours, le conditionnement et la prise en charge chirurgicale immédiate du nouveau-né apparaissent d'évidence [5]. Le délai de prise en charge de l'éventration après une

cure d'omphalocèle est d'environ 24mois [1]. Dans le laparoschisis, l'importance de l'éventration post-opératoire et le manque de moyens, nous ont poussé à retarder le second look de réparation chez notre patient actuellement âgé de huit ans. Nous envisageons une cure par prothèse pour cette éventration.

CONCLUSION

Le traitement chirurgical du laparoschisis est un challenge dans les régions où les services de réanimation ne sont sous équipés en réanimation néonatale. Cependant, le diagnostic anténatal aiderait à programmer la naissance dans un centre spécialisé pour une prise en charge adéquate. Cette dernière ne doit pas être retardée sous aucun prétexte pour ne pas compromettre les pronostics fonctionnel et vital du nouveau-né. Le recours à la fermeture en un temps dans notre contexte, s'avère être une option acceptable, pour la survie, malgré les séquelles esthétiques.

REFERENCES

- [1]- Langman J, Sadler TW. Embryologie médicale. Pradel 2007;8:53-67.
- [2]- Canfield MA, Honein MA, Yuskiv N, et al. National estimates and race/ethnic-specific variation of selected birth defects in the United States, 1999–2001. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2006;76:747–56.
- [3]- Abuhamad AZ, Mari G, Cortina RM, Croitoru DP, Evans AT. Superior mesenteric artery Doppler velocimetry and ultrasonographic assessment of fetal bowel in gastroschisis: a prospective longitudinal study. Am J Obstet Gynecol 1997;176(5):988-9.
- [4]- Levard G, Laberge JM. The fate of undescended testes in patients with gastroschisis. Eur J Pediatr Surg 1997;7(3):163-5.
- [5]- Bargy F. L'omphalocèle. Encyclopédie Orphanet. Septembre 2002. Disponible sur : <<<http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr.laparoschisis.pdf> f>> Consulté le 23 Août 2017.
- [6]- Sapin E, Bargny F. Omphalocèles and gastroschisis. Diseases of fetus and new born 1995;1493-1502.
- [7]- A. Dariel, W. Poocharoen, H. Pleasants, N. de Silva, J.T. Gerstle Avantages de la fermeture non chirurgicale des laparoschisis .Archives de pédiatrie 2014;21(5):379.
- [8]- Sapin E, Careicabura E, Lewin F, Mathieu D, Baron JM, Helardot PG. Prise en charge périnatale des laparoschisis : à propos de 101 cas consécutifs. Med Foet et Ech. En Gyn, 1997Juin;30:22-7.
- [9]- Garcia H. Clinical review and surgical treatment of omphalocèles and laparoschisis. Mex J Surg 2006;27(11):71-78.
- [10]- Daudet M, Chappuis J.P. Omphalocèles et autres malformations curables de la région ombilicale (ectroptychie moyenne). Rev Prat 1970Mars;20:8,1159-79.