

Atrésie intestinale iléale : un cas clinique

ileal atresia: a case report

A. CHIKHI¹. H. YAHIA¹. KADOURI². BENSAADA². BENDAOU²

¹ Unité de chirurgie pédiatrique, EHS mère et enfant Hakim SAADANE, LAGHOAT

² Service de néonatalogie, EHS mère et enfant halime SAADANE, LAGHOAT

Résumé :

L'atrésie jéjuno-iléale est une cause fréquente d'occlusion intestinale néonatale. L'apparition de vomissement bilieux et une simple radiographie abdominale peuvent poser le diagnostic. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic, des malformations associées, type d'atrésie et de la qualité des mesures de réanimation instaurée ainsi que le geste effectué.

Nous reportons le cas d'un nouveau-né de deux jours de vie consulte pour un syndrome occlusif clinique et radiologique opéré avec succès dans notre service pour atrésie iléale.

Mots clés : atrésie jéjuno-iléale ; atrésie iléale ; anastomose termino-terminale, stomie.

Abstract :

Jejuno-ileal atresia is a frequent cause of neonatal intestinal obstruction. The bilious vomiting and a simple abdominal X-ray can lead to the diagnosis. Prognosis depends on early diagnosis, associated malformations, type of atresia and the quality of resuscitation measures and surgery.

We report a case of a two-day-old newborn with features of intestinal obstruction, successfully operated in our department for ileal atresia.

Introduction :

L'atrésie iléale est une anomalie congénitale dans laquelle il y a une oblitération de la lumière intestinale ou absence complète d'une partie de l'iléon. Les atrésies iléales et jéjunales sont généralement décrites ensemble sous le nom d'atrésie jéjuno-iléale (AJI). (1)

C'est une cause fréquente d'obstruction chez les nouveau-nés. Elle est observée dans 1 cas sur 5 000 à 14000 naissances vivantes. Il n'y a pas de prédominance sexuelle

Plus d'un tiers des enfants atteints naissent prématurément.²

Moins de 10 % des cas d'AJI s'accompagnent d'anomalies extra-abdominales.

La pathogénie la plus incriminée reste un accident vasculaire mésentérique induisant une cicatrisation oblitérante.³

Les AJI sont classées comme suit :⁴

Type 1 : obstruction par diaphragme muqueux avec une paroi intestinale extérieurement normale et un mésentère intact.

Type 2 : interruption complète de la paroi intestinale avec deux segments borgnes reliés par un cordon fibreux cicatriciel.

Type 3 : séparation complète des deux segments borgnes de l'intestin associée à un

défect du mésentère. Dans cette catégorie, l'atrésie en « queue de cochon » constitue un sous-groupe rare et plus grave.

Type 4 : atrésie multiple.

Nous présentons dans ce travail le cas d'un nouveau-né qui a consulté au niveau de l'EHS mère et enfant Hakim Saadane a Laghouat pour un syndrome occlusif et qui a été opéré avec succès pour une atrésie iléale.

Observation :

Nous reportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin de 2 jours de vie issu d'une grossesse menée à terme (38 SA et 5jrs), accouchement par voie basse.

A la naissance, poids à 3500g, Apgar à 9 puis 10 /10. Le n né a été allaité dans la première heure après l'accouchement.

Admis au service de néonatalogie dans un tableau d'occlusion intestinale, fait de vomissement bilieux sans notion d'émission de méconium.

L'examen clinique : retrouve un nouveau-né en état général conservé, FC 120b/mn eupnéique, normotherme poids : 3200g ; abdomen ballonné, tympanisme important à la percussion ; orifice herniaires libres.

L'examen de la marge anale est sans particularités, anus normoposé, perméable. L'épreuve à la sonde est négative, pas d'émission de méconium et la sonde récupère un bouchon méconial fait d'une substance blanchâtre gluante.

Patient conditionné, sonde nasogastrique mise en place, deux voies d'abord sont placées, schéma de réhydratation et bilan lancés.

L'examen biologique est normal.

L'abdomen sans préparation objective la présence de multiple niveaux hydroaériques

centraux, aggravées après 3h et un pelvis non aéré.

Le tableau clinico--radiologique est évocateur d'une occlusion intestinale néonatale.

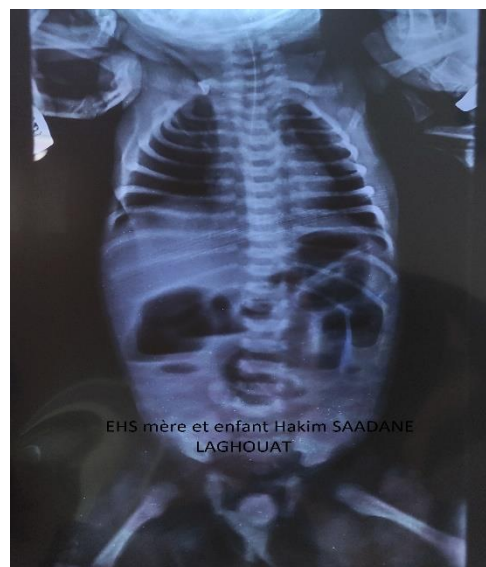


Figure 1 : abdomen sans préparation, EHS Hakim Saadane, Laghouat



Figure 2

Résultats :

Le nouveau-né fut admis au bloc opératoire pour prise en charge chirurgicale.

L'exploration a retrouvé une atrésie iléale type 1 avec une anse en amont très dilatée siège d'une zone de souffrance pariétale, et un segment d'aval allant de l'obstacle jusqu'au sigmoïde rétréci, collabé.

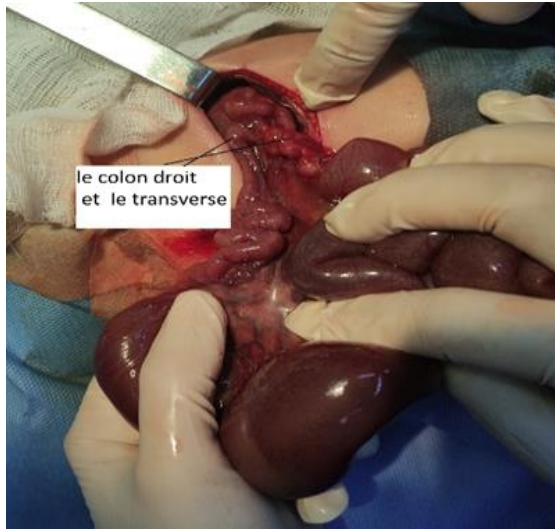


Figure 3.

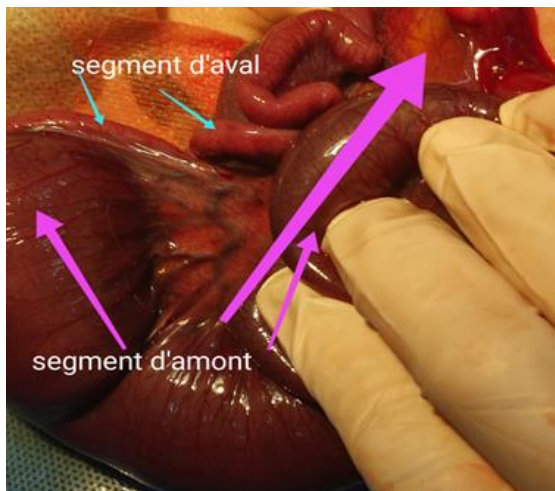


Figure 4.

Une résection emportant l'obstacle et 10cm de l'anse atone dilatée est réalisée, on a opté par la suite pour une iléostomie double

terminalisée séparée par une peau saine après vérification de la perméabilité de l'ensemble du segment d'aval jusqu'au rectum.



Figure 5

Les suites post opératoires immédiates étaient simples, le nouveau-né était mis sous ATB pendant 15jrs, alimentation autorisée dès le lendemain, supplémentée par une ration de base. Des lavements du segment d'aval à travers l'iléostomie au sérum salé tiède ont été effectués quotidiennement permettant la reperméabilisation du segment affaissé et la stimulation du péristaltisme.

Cependant le nouveau-né a présenté une irritation péristomiale due aux effluents corrosifs ayant nécessité la prolongation de l'hospitalisation et des soins biquotidiens locaux.

L'étude anatomopathologique après la coloration immunohistochimique est revenue en faveur d'absence totale de cellules ganglionnaire.

On a procédé à un rétablissement de continuité après 5 semaines par une anastomose latérolatérale. Le malade est porté sortant à j5.

Discussion :

C'est une malformation rare en chirurgie pédiatrique, mais elle représente la cause la fréquente des occlusions intestinales néonatales.

Le pronostic vital de cette pathologie dépend de la précocité du diagnostic, des malformations associées, du type d'atrésie, et de la qualité des mesures de réanimation instaurés ainsi que le geste effectué. (5)

Le taux de décès varie entre 41% et 41,7 % au Nigeria, 28% au Népal, et entre 4,6 et 7% aux USA. (6)

Le diagnostic peut être posé en anténatal par une échographie obstétricale du 3 trimestre.

Cela était réalisé dans 25% des atrésies iléales dans une étude africaine ; et dans 60% et 86% dans des études japonaise (Yun Sung Jo et al) et américaine (Joseph R Wax et al). (7)(8)

La découverte anténatale des atrésies jéjunoiléales est importante dans la prise en charge.

Elle peut influencer le mode d'accouchement et le transfert rapide vers les services de chirurgie pédiatrique. (9)

Dans notre cas ; le diagnostic n'a pas été posé qu'après la naissance, marqué par l'installation d'un tableau typique clinique et radiologique d'une occlusion néonatale haute, le nouveau-né a été pris en charge immédiatement à son arrivé par l'instauration des mesures de réanimation adéquates.

Le choix thérapeutique dépend de, l'état général du patient, siège et du type, caractère unique ou multiple de l'atrésie et son étendu.

Une étude faite par Anupama Thapa Basnet et al sur 61 malades, 63,9% ont bénéficié d'une résection anastomose d'emblée, une résection de moins de 10cm avec

remodelage dans 24,5%, et dans 11% une iléostomie. (10)

La résection anastomose d'emblée est le gold standard des choix thérapeutiques. Hillary et al dans leur étude pensent que ce procédé doit être choisi chaque fois que cela est possible. (Alimentation parentérale prolongée)

Le remodelage est recommandé comme alternative pour éviter la résection élargie et la création d'un syndrome du côlon court.

La stomie est indiquée devant une localisation iléale distale, un segment proximal perforé ou siègeant d'une zone de souffrance, et en cas d'atrésie type 4. (10) (11)(12)

Les résultats de l'étude anatomopathologiques des pièces reséquées ont été discutés par Naziha khen et al. dans leur étude, ils pensent qu'en plus de l'immaturité physiologique du plexus chez le nouveau-né sain, l'interruption du péristaltisme prénatal peut perturber le développement normal du système nerveux entérique, entraînant un retard de maturation du plexus myentérique en aval de l'obstacle. (13)

Conclusion :

L'atrésie iléale est une urgence chirurgicale. Son pronostic dépend de la précocité du diagnostic, d'où l'intérêt d'un diagnostic anténatal ; et d'une rapidité et d'efficacité de la prise en charge médicale et chirurgicale.

Le taux de mortalité dans les pays sous-développés reste élevé à cause d'une insuffisance du diagnostic anténatal ; manque d'unités de soins intensifs néonatales et d'une pénurie de solutions de nutrition parentérale.

Bibliographie :

- 1- Gregory Goodluck, Marianne Gnanamuttupulle, Adnan Sadiq,

- David Msuya , Samwel Chugulu, Jay Lodhia. Jejunoileal Atresia in a Newborn: Our Experience From Northern Tanzania and Literature Review. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*. Volume 16: 1–3. 2022
- 2- Stephen D. Adams, Michael P. Stanton. Malrotation and intestinal atresias. *Early Hum Dev* 2014 Dec;90(12):921-5.
 - 3- Dotun Ogunyemi, MD. Prenatal Ultrasonographic Diagnosis of Ileal Atresia and Volvulus in a Twin Pregnancy. *J Ultrasound Med* 2000 Oct;19(10):723-6
 - 4- Mehmet Saraç, Tugay Tartar, Ünal Bakal, Mustafa Aydın, İbrahim Akdeniz, Ahmet Kazez. Intestinal Atresia: Twenty Years of Experience at a Reference Hospital. *İstanbul Med J* 2021; 22(1): 19-24.
 - 5- MAONEO A., TALONA L., MUKULUTAGHE P., WAMI W. Atrésie du jéjuno-iléon : A propos d'un cas. *Kisangani Médical* Juin 2015, Vol 6 num 1
 - 6- UO Ezomike, SO Ekenze, CC Amah. Outcomes of surgical management of intestinal Atresias. *Nigerian Journal of Clinical Practice* • Jul-Aug 2014 • Vol 17 • Issue 4.
 - 7- Yun Sung Jo 1, Dong Gyu Jang, Sun Young Nam, Sae Kyung Choi, Jong Chul Shin, Guisera Lee. Antenatal sonographic features of ileal atresia. *J Obstet Gynaecol Res* 2012 Jan;38(1):215-9.
 - 8- Joseph R Wax 1, Thomas Hamilton, Angelina Cartin, Janice Dudley, Michael G Pinette, Jacquelyn Blackstone. Congenital jejunal and ileal atresia: natural prenatal sonographic history and association with neonatal outcome. *J Ultrasound Med* 2006 Mar;25(3):337-42.
 - 9- Awana Armel Philippe, Néossi Nguena Mathurin, Ndjitoyap Ndam Antonin , Nko'o Amvene Michael, Zeh Odile Fernande. Antenatal sonographic diagnosis of jejunal atresia presenting as secondary hydramnios. *Health Sci. Dis: Vol 22* (7) July 2021 pp 119-120.
 - 10- Anupama Thapa Basnet, Bijay Thapa, Prativa Dhoubadel, Anuj Kayastha. Five years experiences in the diagnosis and management of jejunoileal atresia in Kanti children's hospital. *Journal of Society of Surgeons of Nepal J Soc Surg Nep.* 2020; 23(2)
 - 11- Tunde Talib Sholadoye, Philip Mari Mshelbwala1, Emmanuel Adoyi Ameh. Presentation and Outcome of Treatment of Jejunoileal Atresia in Nigeria. *African Journal of Paediatric Surgery* | Volume 15 | Issue 2 | April-June 2018
 - 12- Margot M. Hillyer, Katherine J. Baxter, Matthew S. Clifton, Scott E. Gillespie, Mehul V. Raval. Primary versus secondary anastomosis in intestinal atresia
 - 13- Naziha Khen 1, Francis Jaubert, Frederique Sauvat, Laurent Fourcade, Dominique Jan, Jelena Martinovic, Michel Vekemans, Paul Landais, Nicole Brousse, Michele Leborgne, Claire Nihoul-Fékété, Nadine Cerf-Bensussan, Sabine Sarnacki; Group for the Study of Intestinal Atresia). Fetal intestinal obstruction induces alteration of enteric nervous system development in human intestinal atresia. *Pediatr Res.* 2004 Dec;56(6):975-80