

Association atrésie de l'œsophage et sténose hypertrophique du pylore

L'incidence de l'atrésie de l'œsophage est estimée à 1 cas / 5000 naissances. La fréquence de l'atrésie de l'œsophage syndromique est estimée à 50%. Les malformations associées les plus fréquentes sont digestives ou entrant dans le cadre du syndrome VACTERL. L'association d'une sténose hypertrophique du pylore est décrite dans 1 à 10 % des cas alors que sa fréquence dans la population générale est inférieure à 1% (1-4). Contrairement aux autres malformations associées, la sténose hypertrophique du pylore est caractérisée par sa révélation tardive. Néanmoins, elle apparait plus précocement dans les suites opératoires d'une atrésie de l'œsophage, vers le 15^{ème} jour post opératoire, et pose un problème diagnostique. Nous rapportons une nouvelle observation de l'association atrésie de l'œsophage et sténose hypertrophique du pylore.

Observation

Nouveau-né de sexe masculin, à terme, hospitalisé pour une atrésie de l'œsophage évoquée en salle de travail par l'épreuve à la sonde œsophagienne. L'examen clinique a trouvé un poids à 2500 g et une distension abdominale sans malformations associées évidentes. Le cliché thoraco-abdominal a montré une sonde œsophagienne enroulée en regard de la 3^{ème} vertèbre thoracique avec une bonne aération digestive (figure 1).

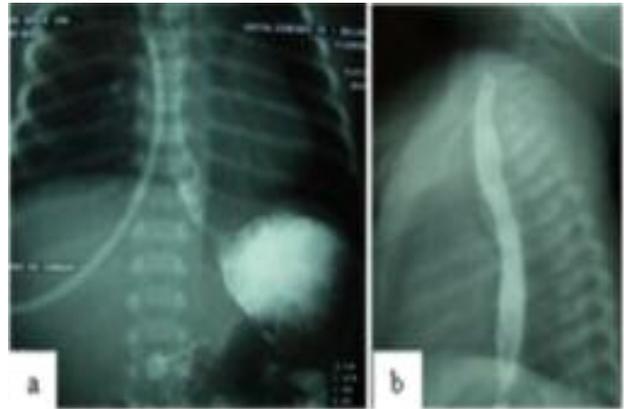
Figure1: Radiographie thoraco-abdominale de face: sonde œsophagienne enroulée en regard de la 3^{ème} vertèbre thoracique (flèche) avec une bonne aération digestive.



Le diagnostic d'une atrésie de l'œsophage avec fistule oeso-trachéale inférieure était posé. L'échographie cardiaque réalisée dans le cadre du bilan malformatif était normale. Une thorotomie postéro-latérale droite avec une voie extra-pléurale a confirmé la présence d'une atrésie de l'œsophage de type III. Une ligature de la fistule oeso-trachéale suivie d'une anastomose termino-terminale ont été réalisées.

Les suites opératoires étaient simples et l'opacification aux hydrosolubles au 8^{ème} jour postopératoire était normale (figure 2). Il existait tout au plus un reflux gastro-œsophagien sus carinaire, justifiant la mise sous inhibiteur de la pompe à protons.

Figure 2: Opacification œsophagienne post opératoire: anastomose perméable avec absence de fistule ou d'extravasation du produit de contraste (a-b).



Au 15^{ème} jour post opératoire, le nouveau-né commençait à vomir blanc de façon explosive avec apparition d'une déshydratation stade II et une stagnation de la courbe pondérale. Le transit oeso-gastro-duodénal a innocenté l'œsophage mais a visualisé un retard d'opacification du cadre duodénal avec un canal pylorique étroit évoquant une sténose hypertrophique du pylore (figure 3). L'échographie abdominale a confirmé le diagnostic en visualisant une musculature pylorique hypertrophiée mesurant 5 mm d'épaisseur (figure 4). Une pyloromyotomie extra-muqueuse selon Fredet et Ramsted, réalisée par un abord ombilical, a permis la guérison. Le recul est de 23 mois.

Figure 3 : Transit oeso-gastro-duodénal: anastomose œsophagienne perméable avec présence d'une empreinte pylorique et d'un retard de la vidange gastrique (a-b).

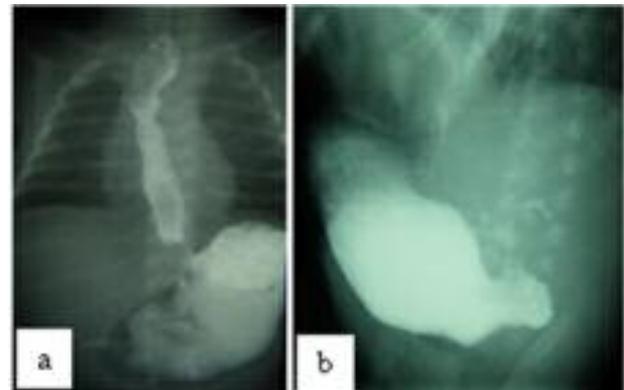
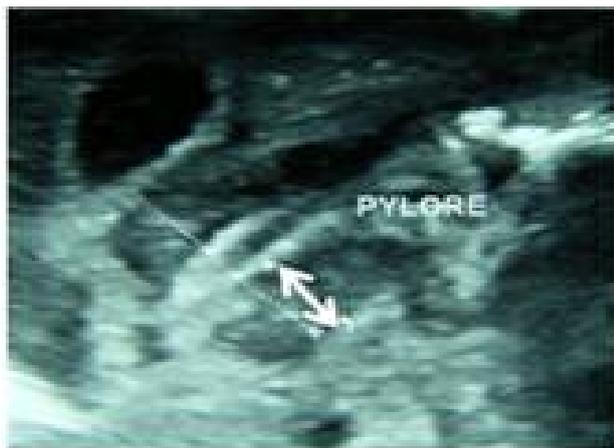


Figure 4 : Echographie abdominale: hypertrophie de la musculature pylorique (flèche).



Conclusion

Bien que la sténose hypertrophique du pylore soit rarement observée dans les suites opératoires d'une atrésie de l'œsophage, elle doit être évoquée de principe devant tout vomissement alimentaire post-opératoire. Le traitement chirurgical de cette entité amène la guérison.

Références

1. Franken E A, Saldino R M. Hypertrophic pyloric stenosis complicating esophageal atresia with tracheoesophagea fistula. Amer J Surg.1969; 117:647-49.
2. Saeed A. Infantile pyloric stenosis associated with major anomalies of the alimentary tract. J Pediatr Surg; 1970:660-65.
3. Zhang Z B. Esophageal atresia/tracheoesophageal fistula complicated by hypertrophic pyloric stenosis: a case report. Chin J Contemp Pediatr.2010; 12:71-72.
4. Nasr A, Ein S H. Post operative pyloric stenosis in the newborn: a forgotten problem. J Pediatr Surg.2007; 42:1409-11.

Nada Sghairoun, Aï cha Ben Slama, Sondes Sahli, Manef Gasmî, Mourad Hamzaoui

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital d'Enfants, Service de Chirurgie "A", 1007, Tunis, Tunisie

Un train peut en cacher un autre !

La rupture traumatique de l'aorte (RTA) est un événement gravissime, survenant dans un contexte de traumatisme violent avec forte décélération. Les accidents de la voie publique constituent la première cause de RTA surtout avec l'accroissement des vitesses de conduite. La seconde grande cause est la chute d'une grande hauteur consécutive à des accidents de travail ou de déféstration [1]. C'est une pathologie qui touche préférentiellement une population jeune, majoritairement masculine. Elle est grevée d'une forte mortalité puisque uniquement 16 % des victimes sortent vivantes de l'hôpital [2].

Nous rapportons le cas d'une rupture secondaire létale de

l'isthme aortique après un temps de latence d'une semaine chez un patient complètement asymptomatique.

Observation

Patient âgé de 26 ans, sans antécédent pathologique particulier, est admis suite à un accident de la voie publique (un motocycliste heurté par une voiture). Le patient a été acheminé à l'hôpital par un transport non médicalisé. L'examen aux urgences trouvait un patient ivre avec un score de Glasgow à 14/15 et sans signe de localisation ; la tension artérielle était à 110/60 mm Hg. La biologie montrait une hémoglobine à 13,3g/dl. La radiographie du thorax a montré une fracture de la clavicule gauche, un hydrothorax homolatéral de moyenne abondance, sans fracture de côtes. Le reste du bilan radiologique était sans anomalie, en particulier le scanner cérébral. Un drainage thoracique a été mis en place avec évacuation de 500 ml de sang d'emblée suivi de tarissement. Au 5^{ème} jour de drainage, devant l'exclusion du drainage et le nettoyage radiologique, le drain a été retiré. Quarante huit heures plus tard, suite à une quinte de toux, le patient a développé brutalement une dyspnée avec hypoxie et une instabilité hémodynamique. Le patient a été acheminé immédiatement au bloc opératoire où la radiographie du thorax pratiquée a montré un épanchement pleural gauche de grande abondance compressif. Une thoracotomie postéro-latérale gauche a été effectuée permettant l'évacuation de trois litres de sang rouge en rapport avec une rupture totale de l'isthme aortique avec rétraction des moignons. Le patient a ensuite présenté un arrêt cardiaque irrécupérable malgré les transfusions massives de culots globulaires, de plasma frais congelé et les tentatives d'hémostase.

Conclusion

Le siège de prédilection des ruptures aortiques est l'isthme, en aval de l'artère sous-clavière gauche. Les ruptures de l'aorte ascendante et de l'arche aortique sont le plus souvent immédiatement mortelles. Du fait de la violence du traumatisme causal, il est exceptionnel que la rupture de l'isthme soit isolée comme ceci a été le cas chez notre patient. Que la rupture initiale soit complète ou partielle, la lyse de cet hématome médiastinal constitue un risque réel d'hémorragie brutale et de décès secondaire comme ceci a été le cas chez notre patient.

Références

- [1] G. Lesèche, J.-M. Alsac, Y. Castier. Rupture aiguë post-traumatique de l'isthme aortique. J Chir 2008 ; 145 : 115-21.
- [2] Tasu JP, Kuhl E, Rocher L, Miquel A, Kuoch V, Bléry M. Lésions traumatiques de l'aorte thoracique : aspects sémiologiques et conduite à tenir. Feuilles de radiologie 2002;42:19-27.

Sonia Ezzine Baccari, Mossab Ghannouchi, Mahdi Bouassida, Charrada Hédi, Sélim Sassi, Sadok Sassi*

Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Tahar Maamouri, Service d'anesthésie réanimation, Nabeul, Tunisie ;

** Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Tahar Maamouri, Service de Chirurgie générale, Nabeul, Tunisie*