

Vomissements néonataux subaigus

Observation

Un nouveau-né de sexe masculin âgé de 25 jours, issu d'une grossesse menée à terme, a présenté depuis la première semaine de vie des vomissements bilieux associés à des épisodes de sub-occlusion. L'examen a trouvé un nouveau né eutrophique pour l'âge, et un abdomen légèrement distendu. Le bébé a émis son méconium dans les délais normaux. Un cliché sans préparation et un transit oeso-gastro-duodéal ont été réalisés (fig 1 et 2).

- Quel est votre diagnostic?

Réponse

Volvulus et malrotation sur bride de Ladd

Volvulus and malrotation on Ladd's band

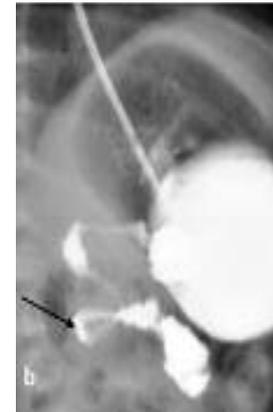
Le cliché sans préparation montre une distension avec un niveau hydro-aérique gastrique ainsi qu'un niveau hydro-aérique pré-rachidien. Il objective également la présence de clartés digestives en aval traduisant une occlusion incomplète (Fig.1).

Figure 1 : Cliché sans préparation. Distension avec un niveau hydro-aérique gastrique. Niveau hydro-aérique pré-rachidien duodénal. Clartés digestives en aval traduisant une occlusion incomplète.



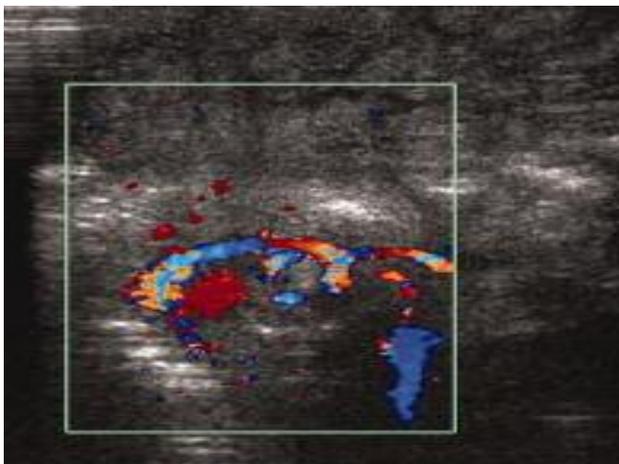
Le cliché de face du transit oeso-gastro-duodéal montre une disparité du calibre duodénal, une distension de ses deux premières portions avec une distension gastrique modérée (Fig.2a). Le cliché oblique antérieur droit objective un aspect en tire-bouchon du duodénum, un angle duodéno-jéjunal situé au dessous du bulbe duodénal et un tour de spire de la première anse jéjunale (Fig.2b). Le cliché de face d'ensemble montre des anses jéjunales de topographie anormale, à droite du rachis (Fig.2c).

Figure 1 : Transit oeso-gastro-duodéal. a : cliché de face centré sur le cadre duodénal. Disparité de calibre duodénal avec une distension des deux premières portions du duodénum. b : cliché en oblique antérieur droit. Aspect en tire-bouchon du duodénum. Jonction duodéno-jéjunale au dessous du bulbe duodénal avec un tour de spire de la première anse jéjunale (flèche). c : cliché de face d'ensemble. Anses jéjunales de topographie anormale, à droite du rachis.



Devant cet aspect une échographie-doppler a été réalisée pour l'étude de l'axe vasculaire et a objectivé une inversion de l'axe mésentérique réalisant un aspect en tourbillon ou « whirlpool sign » sans signes de souffrance intestinale (fig.3).

Figure 3 : Echographie-Doppler couleur abdominale. Enroulement de la veine mésentérique autour de l'artère mésentérique réalisant le « whirlpool sign ».



Le diagnostic de volvulus sur malrotation mésentérique a été retenu.

L'exploration chirurgicale a confirmé le diagnostic de volvulus avec malrotation sur bride de Ladd. Le nouveau né a eu une intervention de Ladd : réduction de volvulus, section des brides de Ladd et mise en mésentère commun complet avec le grêle à droite et le colon à gauche.

Commentaire

Les brides de Ladd sont des bandes péritonéales fibreuses, tendues entre la région caecale et la paroi abdominale postérieure droite. Elles croisent la face antérieure du deuxième duodénum, pouvant occasionner des obstructions duodénales et être génératrices de volvulus [1, 2]. Le volvulus de l'intestin grêle est une torsion anormale du grêle autour de l'axe de l'artère mésentérique supérieure. Il peut être isolé ou associé à une malrotation qui résulte d'une fixation anormale de l'intestin grêle, avec une base mésentérique courte prédisposant aux torsions: c'est le mésentère commun incomplet [1, 2, 3]. Le volvulus constitue une urgence chirurgicale majeure à cause du risque d'ischémie et de nécrose intestinale qu'il comporte [2, 3].

Le volvulus de l'intestin grêle peut se manifester par des vomissements néonataux bilieux précoces aigus ou subaigus réalisant un tableau d'occlusion haute [1]. L'interrogatoire cherche la notion d'émission méconiale. L'examen physique montre un abdomen souvent plat, ou peu distendu sans masse palpable [1, 4].

L'imagerie, basée sur le couple radiographies conventionnelles-échographie-doppler, permet de poser le diagnostic et de rechercher les signes de gravité [4].

Les clichés d'abdomen sans préparation de face, couché et

debout, permettent d'analyser la répartition des clartés digestives et l'aération rectale. Ils montrent, en cas de volvulus aigu, une double distension aérique gastrique et duodénales réalisant l'aspect en double bulle et dans les cas subaigus une distension avec des niveaux hydro-aériques gastrique et pré-rachidien duodénales comme dans notre cas. L'opacification digestive haute montre une disparité de calibre duodénales avec une distension de ses deux premières portions, un aspect en tire-bouchon du duodénum et du jéjunum et la spire de torsion de la première anse jéjunale. Il permet également de faire le diagnostic d'une anomalie de rotation sous-jacente en visualisant, sur le cliché de face, un angle duodéno-jéjunale en position anormale (en avant ou à droite du rachis ou en dessous du bulbe duodénales) ainsi que des anses jéjunales à droite du rachis. [5, 6]. L'échographie permet de confirmer le diagnostic d'anomalie de rotation sous-jacente en montrant une inversion topographique de l'axe mésentérique supérieur, l'artère siégeant à droite de sa veine. En cas de volvulus, la spire d'enroulement de la veine mésentérique supérieure autour de l'artère peut être bien visible au Doppler couleur ; c'est le « whirlpool sign » [4, 5].

En présence des vomissements bilieux chez un nourrisson, l'indication opératoire est posée sur les constatations portées sur l'imagerie conventionnelle et sur l'échographie-doppler couleur.

Conclusion

Le volvulus est souvent secondaire à une anomalie de rotation (type mésentère commun incomplet) mais il peut se voir rarement sur une bride de Ladd. Il constitue une urgence chirurgicale majeure. Le diagnostic positif est basé sur l'imagerie notamment sur le couple imagerie conventionnelle et échographie-doppler couleur.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir des conflits d'intérêt en relation avec cet article.

Références

- [1] Ramirez R, Chaumoitre K, Michel F, et al. Occlusion intestinale de l'enfant par malrotation intestinale isolée. A propos de 11 cas. Arch Pediatr 2009; 16:99-105.
- [2] Lander A. Malrotation and neonatal volvulus. Surgery 2007; 25: 301-4.
- [3] Ben Salem A, Zrig H, C Hafsa. Occlusion néonatale par volvulus mésentérique aigu. Arch Pediatr 2011;18:117-118.
- [4] Maria Olga Patino, Martha M. Munden. Utility of the Sonographic Whirlpool Sign in Diagnosing Midgut Volvulus in Patients with Atypical Clinical Presentations. JUM 2004; 23 : 397-401.
- [5] Aloui-Kasbi N, Bellagha I, Hammou A. Occlusion néonatale. Apport de l'imagerie. J Pediatr Puericulture 2004;17:112-9.

H. Zaghovani Ben Alaya, M.Limeme, N. Ben Zina, CH. Zarrad, S. Majdoub, H.Amara, D.Bakir, CH Kraiem

Service d'Imagerie médicale CHU Farhat Hached Sousse-TUNISIE