

Atresie Duodenale Du Diagnostic Antenatal À La Prise En Charge Chirurgicale (*Case Report*)

Sarah Seghrouchni Idrissi, Mehdi Laaouze*, karam mohammed saoud, Mamouni Nisrine, Sanae Errarhay, Bouchikhi Shehrazad, Abd Aziz Banani

Department of Gynecology, Hassan II Teaching Hospital, Fez, Morocco

Abstract: L'atrésie duodénale (AD) est l'anomalie congénitale la plus courante d'obstruction congénitale de l'intestin grêle qui se présente généralement pendant la période néonatale. Elle est fréquemment associée à d'autres malformations ce qui contribue souvent à la morbidité et à la mortalité. L'atrésie duodénale peut être mortelle si elle n'est pas rapidement diagnostiquée et traitée par une intervention chirurgicale. D'où l'intérêt d'un dépistage prénatal systématique. En effet l'atrésie du duodénum peut être diagnostiquée avec certitude pendant la période prénatale, ce qui peut contribuer à réduire la morbidité et la mortalité périnatales associées au diagnostic après l'accouchement. Nous rapportons le cas d'une Atrésie Duodénale diagnostiquée par échographie à la 32^e semaine de gestation chez une multipare âgée de 30 ans, et nous avons passé en revue la littérature pertinente

Keywords—diagnostic antenatal; atresie duodenale ;prise en charge

1. INTRODUCTION

L'atrésie du duodénum (AD) est une anomalie congénitale se présentant généralement pendant la période néonatale avec une obstruction gastro-intestinale supérieure¹. Son incidence est de l'ordre de 1 sur 5 000 à 10 000 naissances². Elle constitue la cause la plus fréquente d'obstruction congénitale de l'intestin grêle^{1,2}.

Elle est associée à une hydramnios dans 45 % des cas et à un retard de croissance symétrique dans 50 % des cas. Il est important de noter que près de 50 % des patients atteints d'AD présentent des malformations congénitales associées², dont 30 % ont une trisomie 21, 22 % ont une malformation de l'intestin tandis que 20 à 30 % ont une cardiopathie congénitale^{3, 4}.

Le diagnostic prénatal de l'atrésie duodénale peut être fait par la simple échographie obstetricale objectivant un estomac et un duodénum dilatés remplis de liquide, ce qui donne l'aspect typique de la "double bulle" ³.

Après la naissance, le diagnostic par imagerie de l'atrésie duodénale est généralement faite d'abord sur la radiographie néonatale en montrant le même signe de "double bulle", qui est due à un estomac distendu rempli de gaz et au duodénum⁵

La présence d'anomalies associées et le retard de diagnostic contribuent à la morbidité et à la mortalité chez les enfants atteints d'une obstruction intestinale néonatale.

Nous rapportons un cas d'une atrésie duodénale diagnostiquée en prénatal par échographie à 32 semaines d'aménorrhée chez une multipare âgée de 30 ans

2. CASE REPORT:

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans sans antécédent pathologiques notables, sans notion de consanguinité ;multipare admise aux Urgences obstétricales

du CHU Hassan II de FES pour la prise en charge d'une menace d'accouchement prématurée sur grossesse de 32 semaines d'aménorrhée.

Chez qui l'examen échographique a objectivé une grossesse monofoetale évolutive avec suspicion d'une atrésie duodénale à travers la visualisation d'un aspect en double bulle avec un estomac dilaté associée à une hydramnios.(figure 1)



Figure 1 : aspect en double bulle avec un estomac dilaté associée à une hydramnios à 32SA

La patiente a bénéficiée d'une corticothérapie anténatal à but de maturation fœtale et elle a très bien répondu à la tocolyse.

La patiente a bénéficiée d'une surveillance échographique à 36 semaines d'aménorrhée objectivant la persistance de la même image en double bulle évoquant l'atrésie duodénale.(figure 2)



Figure 2 : image en double bulle à 36SA

La patiente étant informée des risques ainsi que les chirurgiens pédiatres ont été avisés, un accouchement programmé a été réalisé donnant naissance à un nouveau-né de sexe masculin, poids de naissance 3kg200 bénéficiant d'une radiographie thoracoabdominale de face nouveau-né debout (figure 3) et d'un transit oeso-gastroduodénal (figure 4) confirmant le diagnostic, et le bébé a été opéré à J1 de vie.



Figure 3 : aspect en double bulle



figure 4 : aspect en double bulle au TOGD

3. DISCUSSION

L'atrésie duodénale est une malformation congénitale courante du tube digestif dont le taux d'incidence est d'environ 1/2500-1/10000 [1, 2]

L'obstruction congénitale du duodénum est le résultat de plusieurs anomalies du développement embryologique de l'intestin antérieur, la canalisation ou la rotation. En outre, une interaction anormale entre le duodénum et d'autres structures proches anatomiquement, telles que le pancréas et

la veine porte, peuvent également entraîner une obstruction congénitale du duodénum [7]. Ladd a classé ces lésions comme intrinsèques ou extrinsèques. Les lésions intrinsèques comprennent l'atrésie duodénale, la sténose duodénale ou la toile duodénale, tandis que la plupart des facteurs exogènes sont causés par le pancréas annulaire, le réseau duodénal, le volvulus, la malformation de l'intestin grêle, l'atrésie intestinale, la rare duplication du duodénum ou la veine duodénale antérieure [3] [8].

Le diaphragme duodénal et le pancréas annulaire sont les facteurs endogènes et exogènes les plus courants, respectivement [4].

À l'heure actuelle, il existe peu d'études sur les caractéristiques échographiques de ces deux types d'obstructions dans les obstructions duodénales congénitales.

Ce patient présentait des caractéristiques de l'atrésie duodénale, qui est un type d'obstruction duodénale intrinsèque.

La présence d'une atrésie duodénale peut être suspectée en prénatal par l'échographie [9], qui montre généralement un estomac et un duodénum dilatés donnant l'apparence d'une "double bulle". C'est ce que l'on a constaté chez notre patiente. Le diagnostic prénatal de l'atrésie du duodénum permet de planifier l'accouchement, la réanimation d'urgence et une intervention chirurgicale rapide pour la patiente. Cette patiente était en menace d'accouchement prématuré ce qui pourrait aggraver le pronostic fœtal. Heureusement que la patiente a bien répondu à la tocolyse, elle reçut une corticothérapie prénatale à but de maturation fœtale et surtout, nous a permis de bien planifier son accouchement et une prise en charge postnatale.

Pour chaque diagnostic d'atrésie duodénale posé, il y a 53% de chances que l'enfant présente d'autres anomalies congénitales, avec un caryotype anormal observé chez environ 46% des patients, le syndrome de Down étant le plus fréquent. [9]. Heureusement, notre patient ne présentait aucune autre anomalie congénitale évidente à l'échographie morphologique en prénatal mais aussi après la naissance.

En postnatal, la simple radiographie thoracoabdominale face nouveau-né debout, permet à elle seule de confirmer le diagnostic de l'obstruction duodénale en visualisant l'image en double bulle aérique qui est pathognomonique surtout l'absence d'air en aval de l'obstruction qui signe un obstacle complet notamment une atrésie ; dans le cas contraire il peut signifier une sténose simple ou un diaphragme incomplet d'où la nécessité de compléter par une opacification digestive haute, qui a objectivé chez notre nouveau-né un arrêt total du passage du produit de contraste.

Bien que l'atrésie duodénale soit une urgence relative, le nourrisson doit être stable sur le plan hémodynamique avant l'admission au bloc opératoire. Si l'interrogatoire et de l'examen physique montrent que le bébé n'est pas en

détresse, et si la radiographie est conforme à la présentation habituelle de l'atrésie duodénale sans air au-delà de la deuxième bulle, l'acte opératoire doit être effectuée dans les deux premiers jours de vie [4 ;5]. Cette patiente a subi une duodéno-duodénostomie le deuxième jour de sa vie.

La prise en charge préopératoire consiste en une décompression nasogastrique et un remplacement des liquides et des électrolytes. On prend soin de préserver la chaleur corporelle et d'éviter l'hypoglycémie, car ces nouveau-nés sont souvent prématurés ou petits pour la date ou ont des systèmes d'organes immatures. Des antibiotiques systémiques préopératoires sont administrés avant le début de l'opération[4]. La prise en charge opératoire de l'atrésie duodénale est déterminée par les constatations anatomiques et les anomalies associées constatées lors de la laparotomie.

Le pronostic à long terme après réparation de l'atrésie duodénale congénitale est excellent [10 ;11]. Les principaux facteurs contribuant à la mortalité des patients atteints d'obstruction duodénale sont la forte incidence des anomalies associées, le retard de prise en charge et de diagnostic, la prématurité et le faible poids à la naissance. Les anomalies cardiaques complexes associées continuent d'être la principale cause de décès, en particulier chez les nourrissons atteints de trisomie 21 et 11. Toutefois, des études récentes montrent que les progrès réalisés en cardiologie pédiatrique et en chirurgie cardiaque chez les nouveau-nés et les nourrissons ont permis de réduire considérablement cette mortalité [11].

4. CONCLUSION

L'atrésie duodénale est la cause la plus fréquente d'obstruction congénitale de l'intestin grêle dont le pronostic pourrait être fatale si elle est diagnostiquée tardivement après la naissance. Le dépistage prénatal par échographie est d'une grande importance pour son diagnostic précoce, ce qui réduit la morbidité et la mortalité associées à une présentation tardive.

Cependant l'association à d'autres malformations congénitales complique sa prise en charge ainsi que son pronostic et doivent être recherchées systématiquement en prénatal.

5. REFERENCES

[1] Chirdan LB, Ngiloi PJ, Elhalaby EA. Neonatal surgery in Africa. *Semin Pediatr Surg* 2012; 21(2): 151–159.

[2] Badrinath R, Kakembo N, Kisa P, et al. Outcomes and unmet need for neonatal surgery in a resource- limited environment: Estimates of global health disparities from Kampala, Uganda. *J Pediatr Surg*. 2014; 49(12):1825–1830.

[3] Osifo OD. Duodenal Obstruction: Etiology, morbidity and mortality among Edo State Children. Nigeria. *Afr J Biomed Res*. 2009; 12(3):193–197.

[4] Sekmenli T, Koplay M, Alabalik U, Kivrak AS. Duodenal atresia and hirschsprung disease in a Patient with Down Syndrome. *Eur J Gen Med* . 2011; 8(2):2–45.

[5] Chirdan LB, Uba AF, Pam SD. Intestinal atresia: Management problems in a developing country. *Pediatr Surg Int*.2004; 20(11-12):834–837.

[6] DeLa'O CM, Newton CR, Stehr W. Duodenal atresia with major duodenal papilla within duodenal atretic segment: A case report. *J Pediatr Surg Case Reports*. 2014; 2(5):261–263.

[7] Nagra S, Cama JK. Pyloric atresia in a healthy newborn - Two stage procedure. *J Pediatr Surg Case Reports*. 2014; 2(1):12–14.

[8] Jagatiani N, Ariwala N, Shan J, et al. Antenatal diagnosis of duodenal atresia. *Gujarat med J*.2009; 64(2):77–78.

[9] Osifo OD, Ovueni ME. Challenges in the management of neonatal surgical conditions under the absence of total parenteral nutrition. *Saudi med J*. 2009; 30(7):971–973.

[10] Mandhan P, Rathod KJ, Sankhla D. Late Presentation of a Congenital Intrinsic Duodenal Obstruction in a Patient with Anorectal Malformation. *Surg Sci*. 2013; 4(7):329–331.