

Colonic atresia: antenatal diagnosis and management (case report and literature review)

E.Ahmedna, L.Salma, N.Douzi ,B.I.Majda , N. Mamouni, S.Errarhay , C. Bouchikhi, A.Banani

Service de Gynécologie Obstétrique I CHU HASSAN II - Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie, Université de Sidi Mohamed Ben Abdallah ,Fès , Maroc

Abstract: *Colonic atresia is a rare congenital malformation, representing approximately 1 to 5% of cases of intestinal atresia. It can be suspected and diagnosed by ultrasound at the end of the second and third trimester. Obstetric-surgical consultation is the key to success here. Eliminating a general disease with a poor prognosis, combating prematurity and entrusting the child immediately to the surgeon are the main objectives to be achieved. The surgical procedure will specify the type of atresia, its location, its unique or multiple nature and its length, the surgical procedure of which depends on the etiology. We thought it would be interesting to document a clinical case of colonic atresia diagnosed antenatally and discuss the diagnostic, therapeutic and prognostic aspects.*

Keywords: Colonic atresia, antenatal diagnosis, congenital malformation.

Atrésie du côlon : diagnostic anténatal et prise en charge (à propos d'un cas et revue de la littérature)

Résumé: L'atrésie du côlon est une malformation congénitale rare, représentant environ 1 à 5 % des cas d'atrésie intestinale. Elle peut être suspectée et diagnostiquée échographiquement à la fin du deuxième et troisième trimestre. La concertation obstétrico-chirurgicale constitue ici la clé du succès. Éliminer une maladie générale à mauvais pronostic, lutter contre la prématureté et confier l'enfant immédiatement au chirurgien sont les objectifs principaux à réaliser. L'intervention chirurgicale va préciser le type de l'atrésie, son siège, son caractère unique ou multiple et sa longueur dont l'acte chirurgical dépend de l'étiologie. Il nous a paru intéressant de vous documenter un cas clinique d'atrésie du colon de diagnostic anténatal et discutons des aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

Mots clés: Atrésie du côlon, diagnostic anténatal, malformation congénitale.

I. Introduction

L'atrésie du côlon est une malformation congénitale rare, représentant environ 1 à 5 % des cas d'atrésie intestinale. Cette pathologie, qui se caractérise par une interruption complète de la lumière colique, peut entraîner des complications sévères si elle n'est pas diagnostiquée et prise en charge à temps. L'identification prénatale est rare, souvent limitée par des symptômes non spécifiques ou des anomalies associées. Nous rapportons ici le cas d'une patiente enceinte de 30 ans, primigeste, chez qui une atrésie du côlon a été diagnostiquée au troisième trimestre, et discutons des aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

II. Observation

Nous rapportons le cas d'une parturiente âgée 30 ans, primigeste, sans antécédents pathologiques particuliers. La grossesse était non suivie a été admise aux urgences de gynécologie-obstétrique pour des douleurs

abdomino-pelviennes type contraction utérine sur grossesse à 37 semaines d'aménorrhée (SA)+3 jours selon la date du dernier règle .

À son admission, l'examen clinique révélait une patiente en bon état général, avec un abdomen modérément distendu et sensible à la palpation. Les contractions utérines étaient irrégulières, et le fœtus présentait une activité cardiaque normale.

Une échographie obstétricale de routine a été réalisée pour évaluer le bien-être fœtal. Cette dernière a objectivé une distension intestinale anormale, évocatrice d'une atrésie du côlon (figures 1 et 2) sans autres anomalies échographiques. Aucune autre anomalie congénitale associée n'a été détectée (anomalie de la paroi abdominale, atrésie intestinale multiple, maladie de Hirschsprung, anomalies musculo-squelettiques, oculaires et faciales)

L'équipe de garde a recommandé une césarienne pour éviter les complications obstétricales et permettre une prise en charge chirurgicale néonatale immédiate.

À la naissance, le nouveau-né pesait 3 200 g, avec une adaptation néonatale normale (APGAR à 9/10). L'examen clinique a révélé une distension abdominale persistante, confirmée par une radiographie abdominale montrant des niveaux hydro-aériques importants. Le diagnostic d'atrésie colique a été confirmé lors d'une intervention chirurgicale néonatale, avec résection du segment atrétiqe et anastomose termino-terminale.



figure 1:image de l'échographie avec coupe abdominale axiale montrant une dilatation de l'intestin rempli de liquide



figure

2: image de l'échographie avec coupe abdominale axiale montrant une dilatation de l'intestin rempli de liquide

III. Discussion

L'atrézie du côlon est une affection rare, dont l'étiopathogénie reste mal comprise. Plusieurs hypothèses sont avancées, incluant une ischémie in utero ou une anomalie de la recanalisation embryonnaire du tube digestif. Les localisations les plus fréquentes concernent le côlon transverse et le côlon sigmoïde.

Les signes prénatals de l'atrézie colique sont souvent subtils, ce qui explique la difficulté de son diagnostic anténatal. L'échographie peut révéler une distension intestinale ou une absence de remplissage colique, mais ces observations sont souvent non spécifiques. L'IRM fœtale est un complément précieux pour confirmer le diagnostic et évaluer les structures abdominales.

Sur le plan clinique, les nouveau-nés présentent généralement des symptômes précoces, incluant des vomissements bilieux, une distension abdominale et une absence d'émission méconiale. La prise en charge chirurgicale immédiate est essentielle pour prévenir les complications telles que la perforation intestinale ou la péritonite méconiale.

Le traitement repose sur la résection chirurgicale du segment atrétique, suivie d'une anastomose intestinale. Le pronostic est généralement favorable si le diagnostic est précoce et la prise en charge adéquate, la présence d'anomalies majeures associées engendre un mauvais pronostic. Cependant, la mortalité peut atteindre 20 % dans les cas compliqués ou tardivement diagnostiqués. Etensel et ses collègues ont observé un taux de mortalité significativement plus élevé avec un diagnostic tardif et une intervention chirurgicale pendant plus de 72 heures après la naissance.

IV. Conclusion

L'atrézie du côlon est une pathologie rare et potentiellement grave, dont le diagnostic prénatal reste un

défi. Une surveillance obstétricale et néonatale rigoureuse est essentielle pour détecter les signes évocateurs et planifier une prise en charge adaptée. Le présent cas illustre l'importance d'une approche multidisciplinaire impliquant obstétriciens, radiologues et chirurgiens pédiatriques, afin d'optimiser le pronostic maternel et fœtal.

V. Références

1. Holder, T. M., & Ashcraft, K. W. (1993). *Pediatric Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders.
2. Smith, S. D., & Tagge, E. P. (2007). "Colonic atresia: A rare but surgically correctable anomaly." *Journal of Pediatric Surgery*, 42(5), 945-947.
3. Grosfeld, J. L., & O'Neill, J. A. (2006). *Pediatric Surgery: A Comprehensive Textbook*. St. Louis: Mosby.
4. Langer, J. C., & Winthrop, A. L. (2012). "Fetal diagnosis of intestinal atresia: Implications for management and outcomes." *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17(3), 144-150.
5. Jalayer Jacques. Malformations congénitales du duodénum et de l'intestin. *EMC Pédiatrie*. 2006 ;4-017-B-10. PubMed | Google Scholar
6. Khen Nahiha, Jaubert Francis, Sauvat Frederique, Fourcade Lauent et al. Fetal intestinal obstruction induces alteration of enteric nervous system development in human intestinal atresia. *Pediatr Res*. 2004;56(6):975-80. PubMed | Google Scholar
7. Puri P, Fujimoto T. Nouvelles observations sur la pathogenèse des atrésies intestinales multiples. 1988;23:221-5.
8. Soni V, Valse, Vyas S. Atrésie du côlon due à une hernie interne par l'anomalie ligamentaire falciforme : un rapport de cas. *J Neonat Surg*. 2014 ; 3:21-2. Baglaj M, Carachi R, MacCormack B. Atrésie du côlon : un aperçu clinicopathologique de son étiologie. *Eur J Pediatr Surg*. 2010;20:102-5.
9. Etensel B, Temir G, Karkiner A, Melek M, Edirne Y, Karaca I, et al. Atrésie du côlon. 2005;40:1258-68.