

PERFORATION GASTRIQUE NEONATALE

Neonatal Gastric Perforation

Coulibaly Y¹, Coulibaly Y¹, Keita M¹, Issa Amadou¹, Farota S¹, Ouologem H¹, Maiga M¹, Kanté L², Togo A², Diakité I², Konaté M², Traoré A², Dembélé BT², Diallo G².

¹Service de chirurgie pédiatrique, C.H.U Gabriel TOURE, Bamako, Mali ; ²Service de chirurgie générale, C.H.U Gabriel TOURE, Bamako, Mali.

Auteur correspondant: Dr Youssouf COULIBALY, chirurgie pédiatrique, C.H.U Gabriel TOURE, Bamako, Mali BP : 267, Tel :00 223 75306620, **Email** : nabicoulou@yahoo.fr

RESUME

La perforation gastrique néonatale (PGNN) est une pathologie rare et grave lorsque la prise en charge n'est pas précoce. Nous n'avons pas trouvé de cas publié dans la littérature africaine. . Nous rapportons 2 cas de PGNN enregistrés en chirurgie pédiatrique du C.H.U Gabriel TOURE. Les tableaux cliniques étaient celui d'une occlusion néonatale. La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de mettre en évidence un pneumopéritoine dans les 2 cas. L'origine congénitale a été retenue pour les 2 cas. Le traitement chirurgical a consisté à une excision-suture des berges des perforations. Les suites opératoires ont été simples dans les 2 cas. **Mots clés** : perforation gastrique, nouveau-né, Mali

ABSTRACT

Neonatal gastric perforation (PGNN) is a rare and serious pathology when management is not early. We did not find a case published in African literature. . We report 2 cases of PGNN registered in pediatric surgery of C.H.U Gabriel TOURE. The clinical pictures were that of a neonatal occlusion. X-rays of the abdomen without preparation revealed pneumoperitoneum in both cases. Congenital origin was retained for both cases. Surgical treatment consisted of excision-suture of the perforation margins. The operative sequences were simple in both cases. **Keywords:** gastric perforation, newborn, Mali.

INTRODUCTION

La perforation gastrique néonatale (PGNN) est une solution de continuité, en un point quelconque, de la paroi de l'estomac survenant dans la période néonatale c'est à dire entre le premier et le vingt-huitième jour de vie [1]. C'est une pathologie rare chez les nouveaux nés à terme et constitue 10 à 16% des perforations digestives néonatales [2]. Du fait de sa rareté, de son étiologie encore discutée et de son diagnostic préopératoire incertain, nous rapportons deux cas colligés dans notre service en avril 2013.

OBSERVATIONS

Cas n°1: Il s'agissait d'une nouveau-née de 3 jours de vie, issue d'une grossesse non suivie et estimée à terme, accouchement eutocique. Elle a été adressée pour distension abdominale. A J2 de vie la patiente a présenté une fièvre non quantifiée, des épisodes de vomissements alimentaires. A J3, une distension abdominale avec dyspnée a motivé une consultation dans le service.

A l'examen physique elle pesait 3200 g, était hypotonique, avec des plis de déshydratation, fébrile à 38,7° c, un score de Silverman à 4/10. L'abdomen était distendu, luisant, hypersonore à la percussion et silencieux à l'auscultation. Au toucher rectal l'anus était bien formé, perméable et le doigtier revenait souillé de selles. La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis d'objectiver un pneumopéritoine (**fig1**). Au bloc opératoire, l'exploration a trouvé une perforation gastrique, linéaire de 5 cm de longueur à bord

régulier, siégeant sur la grande courbure (**fig2**). Un ravivement et une suture de la perforation en deux plans ont été réalisés. Les suites ont été simples et elle est sortie à J13.

Cas n°2 : Un nouveau-né de 8 jours de sexe masculin a été reçu en urgence pour occlusion néonatale.

La symptomatologie aurait débuté selon la mère, à J6 de vie marquée par des cris plaintifs puis des épisodes de vomissements alimentaires et postprandiaux précoces, sans notion de fièvre ni de retard d'émission du méconium. Le même jour le nouveau-né a été admis à l'hôpital Mère-Enfant "Luxembourg" où il fut hospitalisé et traité pour infection néonatale. Deux jours plus tard, la persistance des vomissements, l'apparition d'une distension abdominale avec dyspnée sans arrêt de gaz ont motivé sa référence dans le service de chirurgie pédiatrique pour occlusion néonatale.

Il était issu d'une grossesse à terme (7 consultations prénatales et 2 échographies), accouchement eutocique. A l'arrivée le nouveau-né avait une fréquence respiratoire à 45 cycles/mn, la fréquence cardiaque à 130 battements/mn, la température corporelle à 37,3° c et le poids à 2580 kg. L'abdomen était distendu, luisant, non dépressible, hypersonore à la percussion et silencieux à l'auscultation. Au toucher rectal, le gant d'examen ramenait des selles d'aspect normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation faite de face à la position verticale a permis de mettre en évidence un pneumopéritoine (**fig3**).

Au bloc opératoire, 100 ml de liquide jaunâtre et louche a été aspiré. L'exploration a trouvé une perforation gastrique circulaire de 4 cm de diamètre à bord régulier et nécrotique, siégeant sur la face antérieure du fundus (fig 4). Un ravivement des berges et suture en deux plans furent réalisés. Après le bloc le nouveau-né a été admis en réanimation pédiatrique. Les suites ont été simples et il est sorti de l'hôpital à J9.

DISCUSSION

La fréquence de la perforation gastrique chez le nouveau-né à terme est présumée rare. Elle intéresse 1/29000 naissances vivantes [3]. Nous n'avons pas trouvé de cas publié sur cette affection au Mali.

La pathogénie de l'affection dépend de l'étiologie qui est multiple (congénitale, mécanique, médicamenteuse ou toxique et fonctionnelle) [3]. Dans les 2 cas l'origine de la perforation n'a pas pu être élucidée. Nous avons pensé à des causes congénitales.

Devant la distension et parfois les vomissements la radiographie de l'abdomen sans préparation est l'examen de première intention. Il montre dans la quasi-totalité des cas un pneumopéritoine massif déduisant ainsi un diagnostic préopératoire de perforation d'organe creux [4]. Dans nos 2 cas, la radiographie de l'abdomen sans préparation a permis d'objectiver un gros croissant inter hépato-diaphragmatique et spléno-phrénique synonyme de perforation.

Dans la majorité des cas, les PGNN congénitales surviennent sur la grande courbure, le plus souvent près du cardia. La lésion caractéristique est une déchirure longitudinale et histologiquement on note une agénésie de la musculature [2]. Les perforations secondaires sont ponctiformes ou circulaires, siégeant le plus souvent sur la face antérieure ou postérieure. Sur le plan histologique, on observe une muqueuse gastrique remaniée par une nécrose hémorragique, prédominant sur les berges de la perforation, accompagnée par un œdème et une congestion des capillaires de la sous-muqueuse [4].

Dans notre première observation, la perforation était linéaire, sans signe macroscopique d'inflammation et siégeait sur la grande courbure. Ce constat suggérerait une perforation congénitale. Concernant le second cas observé, la perforation était circulaire à bord nécrotique et de siège fundique antérieur, ce qui laisse penser à une perforation secondaire mais histologie n'était pas disponible dans les 2 cas pour des raisons indépendantes de notre volonté.

Dans les perforations non étendues, l'unanimité est faite sur la gastroraphie après débridement des bords avec ou sans renforcement omental et parfois un drainage péritonéal [5]. Dans nos 2 cas, nous avons effectué une gastroraphie après ravivement des berges et drainage du péritoine. Nous n'avons pas réalisé d'épiploplastie.

CONCLUSION

Dans notre pratique, la PGNN est rarement observée et notre observation reste insuffisante pour afficher le profil de cette affection. Il est

cependant souhaitable de référer tout nouveau-né distendu ou qui vomit dans un service approprié.

REFERENCES

- 1- **Rosser SB, Clark CH, Elechi EN.** Spontaneous neonatal gastric perforation. *J Ped Surg*, 1982; 17: 390-4
- 2- **Kothari P, Jiwane A, Kumar T, Deshmukh A., Kulkarni B.** Spontaneous gastroduodenal disruption in neonate. *Pediatr Surg Int*, 2002; 18: 181-3
- 3- **Ankola P, Manwani S.** Spontaneous neonatal gastric perforation. *Arch Ped Ado Med*, 2001; 155: 521-2
- 4- **Cem SK, Zekeriya I, Sinan C, Nüvit Sarimurat, Erdogan E, Daver Y.** "Neonatal Gastric Perforation: Review of 23 Years' Experience". *J Ped Surg*, 1999; 54-7
- 5- **El Guennouni Hajar.** Perforation gastrique néonatale spontanée (à propos de 3 cas) dans le service de chirurgie pédiatrique et de néonatalogie du CHU Hassan II de Fès. Thèse med, Fès 2013; N°: 033/13

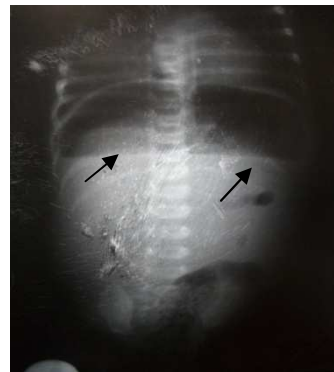


Fig1



Fig2

Fig 1 : pneumopéritoine massif bilatéral à l'ASP (flèche)

Fig 2 : perforation linéaire de l'estomac (flèche)

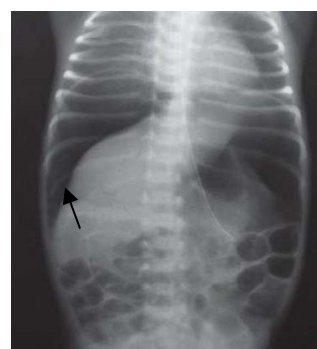


Fig3

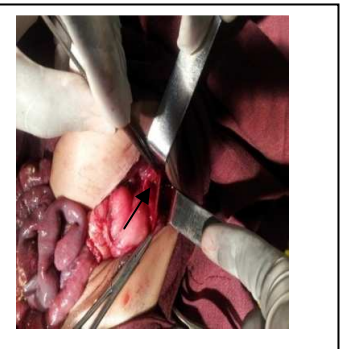


Fig4

Figure 3 : Pneumopéritoine massif droit (flèche).

Fig 4 : perforation circulaire de l'estomac (flèche).