



Cas Clinique

Atrésie Jéjunale de Diagnostic Anténatal au Cours d'une Échographie pour Hydramnios Secondaire

Antenatal sonographic diagnosis of jejunal atresia presenting as secondary hydramnios

Awana Armel Philippe^{1,2}, Néossi Nguena Mathurin¹, Ndjitoyap Ndam Antonin³, Nko'o Amvene Michael³, Zeh Odile Fernande^{3,4}

RÉSUMÉ

L'atrésie grêlique non duodénale est une malformation congénitale rare avec une incidence de 1 pour 3000-5000 naissances. Le diagnostic peut être fait en anténatal à l'aide d'une échographie obstétricale. Nous rapportons le cas d'une atrésie jéjunale diagnostiquée lors d'une échographie obstétricale indiquée pour bilan d'hydramnios. L'échographie anténatale avait montré une dilatation grêlique associée à un hydramnios vrai. L'échographie néonatale et la radiographie thoraco abdominale du nouveau-né ont confirmé les signes d'occlusion grêlique proximale. Notre observation confirme le pouvoir de détection anténatal à l'échographie des atrésies grêliques non duodénales à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée lors d'un bilan d'hydramnios.

ABSTRACT

Non-duodenal atresia is a rare congenital malformation with an incidence of 1 in 3000-5000 births. Prenatal diagnosis can be done with obstetric ultrasound. We report a case of jejunal atresia diagnosed during obstetric ultrasound indicated for hydramnios assessment. Prenatal ultrasound showed small bowel dilation associated with true hydramnios. Neonatal ultrasound and abdominal x-ray of the newborn confirmed the signs of proximal small occlusion. Our observation confirms the ability of antenatal detection on ultrasound of non-duodenal small atresias at the 32nd week of amenorrhea during assessment of hydramnios.

¹Département Sciences Biomédicales, Université de Ngaoundéré. Cameroun

²Service Radiologie, Hôpital Jamot de Yaoundé. Cameroun

³Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I. Cameroun.

⁴Service de Radiologie et d'imagerie Médicale, Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique, Yaoundé. Cameroun

Auteur correspondant :

Awana Armel Philippe

Mail : armelawana@yahoo.fr

Mots-clés : atrésie grêlique, atrésie jéjunale, diagnostic anténatal, hydramnios

Keywords: small bowel atresia, jejunal atresia, antenatal diagnosis, hydramnios

INTRODUCTION

L'atrésie grêlique non duodénale est une malformation congénitale rare avec une incidence de 1 pour 3000-5000 naissances [1, 2]. L'échographie obstétricale peut permettre une détection anténatale de cette malformation. Nous vous présentons un cas d'atrésie jéjunale dont le diagnostic a été fait en anténatal pour bilan d'hydramnios.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une parturiente de 27ans, primigeste sans antécédent contributif. Elle a effectué plusieurs visites prénatales. Une échographie obstétricale à 34 semaines d'aménorrhée est demandée pour suspicion d'hydramnios. Cette échographie objective un hydramnios vrai avec la grande citerne mesurée à 12cm et l'index du liquide amniotique mesuré à 30cm. Au sein de l'abdomen fœtal, on met en évidence de nombreuses formations tubulaires, liquidiennes de 22 mm de calibre, à paroi fine, centrales, avec péristaltisme communiquant entre elles et faisant suite au duodénum dilaté (Figure 1). L'index de résistance de l'artère ombilicale au doppler

était de 0,6 (normal pour l'âge). Aucune autre malformation n'a été retrouvée.



Figure 1 : Dilatation grêlique lors de l'échographie anténatale

Le diagnostic d'atrésie grêlique a été évoqué. Une césarienne à 36 Semaines d'aménorrhée a été faite avec

naissance d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 2600g, APGAR 10/10. L'examen néonatal était sans particularité avec un abdomen souple.

Deux jours après la naissance, l'échographie néonatale a révélé une dilatation du grêle proximal (18mm de calibre) avec hyper péristaltisme et stase liquidienne gastrique associée une lame liquidienne intra péritonéale de faible abondance (Figure 2).

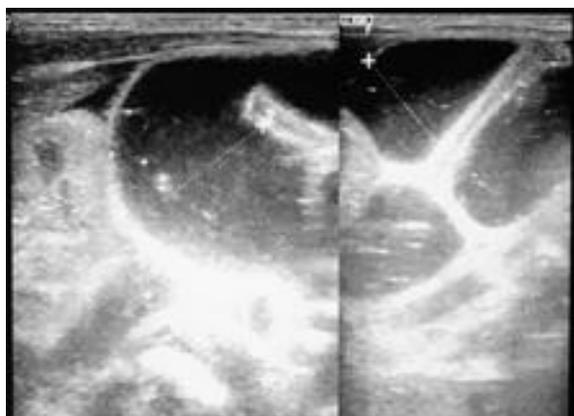


Figure 2 : Dilatation du grêle avec lame d'ascite lors de l'échographie néonatale

La radiographie thoraco-abdominale a montré des niveaux hydro aériques péri ombilicaux, centraux, plus larges que haut sans aération colique (Figure 3). À la suite de ces deux examens, le diagnostic évoqué était une occlusion grêlique proximale (jéjunale probable) avec souffrance débutante. Une atrésie jéjunale stade 4 a été retrouvé en per opératoire.



Figure 3 : Niveaux hydroaériques grêliques lors d'une Radiographie thoraco abdominale

DISCUSSION

Rare malformation congénitale, l'atrésie grêlique peut survenir au niveau duodénal, jéjunale et iléale. Elle représente la cause la plus importante des occlusions intestinales néonatales. L'atrésie grêlique non duodénale représenterait 39% de toutes les atrésies intestinales,

avec une incidence de 1 pour 3000–5000 naissances [1, 2]. La physiopathologie de cette entité est encore discutée. L'hypothèse la plus probable serait liée à une atteinte précoce de l'artère mésentérique supérieure, entraînant une ischémie et une oblitération de la lumière intestinale [3]. La détection in utero des occlusions intestinales à l'aide de l'échographie varie selon le siège de la lésion : 52% duodénal, 40% jéjunale-iléale et 29% colique [4]. Le signe pathognomonique « double bulle » favoriserait une meilleure détection de l'atrésie duodénale.

La détection anténatale des atrésies grêliques non duodénales est importante dans la prise en charge. Elle peut influencer le mode d'accouchement et le transfert vers les services de chirurgie pédiatrique [5]. D'où l'importance de reconnaître précocement ces signes :

- Dilatation grêlique ≥ 17 mm avec de nombreuses formations liquidiennes centrale

- Poly hydramnios : mesure de la grande citerne ≥ 8 cm

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la variabilité des résultats dans la détection : expérience de l'opérateur, l'association des signes retrouvés, l'âge gestationnel de la grossesse et le nombre d'échographie faite dans le suivi [5]. En effet cette détection est augmentée dans les pays où on effectue au moins trois échographies lors du suivi de la grossesse [6]. L'âge gestationnel est aussi important car des signes retrouvés avant la 28^{ème} semaine d'aménorrhée doivent être impérativement contrôlés à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée pour confirmation.

Le diagnostic d'atrésie jéjunale serait plus aisé lors d'une association de poly hydramnios et distension gastrique.

CONCLUSION

L'atrésie jéjunale est une entité rare dont le diagnostic peut être fait en anténatal lors d'une échographie obstétricale. Le seuil de détection est variable et augmenterait avec la présence de signes associés, l'expérience de l'opérateur et l'âge gestationnel à 32 semaines d'aménorrhée.

REFERENCES

1. Reyes HM, Meller JL, Loeff D (1989) Neonatal intestinal obstruction. Clin Perinatol 16:85–96
2. Wax JR, Hamilton T, Cartin A et al (2006) Congenital jejunal and ileal atresia: natural prenatal sonographic history and association with neonatal outcome. J Ultrasound Med 25: 337–342
3. Pediatric Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management, vol. 1(2nd edn), Walker WA, Dyrie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB (eds). Mosby: London, 1996.
4. John R, D'Antonio F, Khalil A et al (2015) Diagnostic accuracy of prenatal ultrasound in identifying jejunal and ileal atresia. Fetal Diagn Ther 38:142–146
5. Virgone C., D'antonio F., Khalil A., Jonh R., Manzoli L. Accuracy of prenatal ultrasound in detecting jejunal and ileal atresia: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 45: 523–529
6. Haeusler MCH, Berghold A, Stoll C, et al: Prenatal ultrasonographic detection of gastrointestinal obstruction: results from 18 European congenital anomaly registries. Prenat Diagn 2002;22: 616–623.