

Une occlusion digestive inhabituelle chez un prématuré, à propos d'un cas.

C. Fontaine¹, N. Gilson², C. Pieltain¹, V. Rigo¹, M. Kalenga¹, M. Demarche³.

¹ Service de Néonatalogie, CHU-CHR Liège, Université de Liège.

² Service de Chirurgie, CHR Liège.

³ Service de Chirurgie pédiatrique, CHR Liège.

Un prématuré de 32 semaines avec un poids de naissance de 1220gr présente à 17 jours de vie un ballonnement abdominal avec un abdomen souple mais sensible, des résidus gastriques, des vomissements et des selles glairo-sanglantes. L'exploration iconographique par radiographie et échographie se révèle peu contributive. La biologie montre une majoration du syndrome inflammatoire. L'enfant est mis à jeûn et une antibiothérapie est instaurée pour une suspicion d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

A 26 jours de vie, il développe un tableau d'occlusion digestive haute nécessitant une laparotomie. On trouve un volvulus segmentaire sur une bride associée à une appendicite. On réalise une résection de la sténose et une appendicectomie. L'évolution post-opératoire est rapidement favorable.

L'appendicite néonatale est une affection rare avec une incidence de 0,04 à 0,2%. Son expression clinique pauvre ou non spécifique et la fréquence des comorbidités rendent le diagnostic difficile. Le retard de diagnostic et les complications fréquentes comme la perforation, la péritonite et la septicémie sont responsables d'un haut taux de mortalité et de morbidité. Le pronostic est directement lié à la précocité du diagnostic et de la prise en charge adéquate.

La rareté et l'absence de signe clinique spécifique de l'appendicite néonatale représentent un réel défi diagnostique préopératoire.