

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

¹ Département Universitaire de néonatalogie, CHR la Citadelle, CHU, Université de Liège.

² Service de Chirurgie, CHR Liège.

³ Service de Chirurgie pédiatrique, CHR Liège.

Introduction

L'**appendicite néonatale** est une affection **rare** avec une incidence de 0,04 à 0,2%. Elle est plus fréquente chez les **prématurés** de sexe **masculin**.

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.

Cas clinique

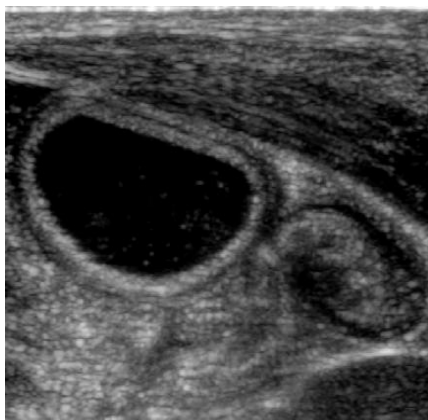
Lenn, un prématuré de **32 semaines** avec un poids de naissance de **1220gr**, est hospitalisé dans notre service NIC pour une **prématurité induite** dans un contexte de pré-éclampsie maternelle et un **retard de croissance intra-utérin** d'origine placentaire. Son évolution est favorable. L'enfant est alimenté de manière entérale exclusive à partir d'une semaine de vie et présente une bonne tolérance digestive

A 17 jours de vie:

- Σ : ballonnement abdominal avec un abdomen souple mais sensible, résidus gastriques, vomissements et selles glairo-sanglantes.
- Exploration: iconographie normale et syndrome inflammatoire à la biologie sanguine.
=> **Suspicion clinique d'entérocolite ulcéro-nécrosante.**
- Prise en charge: triple antibiothérapie intraveineuse, mise à jeûn et mise en place d'une sonde de replotge sous aspiration.
- Evolution clinique et biologique rapidement favorable.

A 26 jours de vie:

- Σ : tableau d'occlusion digestive haute.
- Exploration:
 - AAB: Météorisme grêle. Côlon et ampoule rectale vides.
 - Echographie abdominale: Entièrement du cadre colique vide et grêle proximal rempli de liquide. Tableau d'obstruction ou de subobstruction grêle sévère.
 - Lavement à la gastrografine: Obstruction grêle non loin de la jonction jéjuno-iléale.
- Prise en charge: Laparotomie.
=> **Volvulus segmentaire avec sténose sur une bride secondaire à une appendicite perforée en voie de résolution.**
- Evolution post-opératoire rapidement favorable.



Conclusion

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