Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Genève, présentation de cas du 8 février 2011

premier cas:

Volvulus (cas présenté par Dr PA Repond et discuté par Prof B. Wildhaber) et

Bébé masculin, né par voie basse, circulaire serrée, Apgar 6/9/10, poids de naissance 3460, présente à 11 heures de vie des gémissements, un changement de couleur des vomissements biliaires. Une échographie montre un côlon normal, un grêle aux parois épaissies, l'abdomen sans préparation de montre rien de particulier.

L'état de l'enfant se péjore, un cathéter ombilical est posé et l'enfant est transféré pour obstruction intestinale X.

Une laparotomie est rapidement pratiquée qui découvre un volvulus très important, sans recoloration lors de la détorsion.

Le pronostic est jugé très mauvais compte tenu de la suspicion d'intestin non viable. Néanmoins l'enfant est perfusé, reçoit des antibiotiques, un apport de noradrénaline, les anses intestinales sont recouvertes d'un patch de silicone; après 3 jours, une recoloration est observée, ce qui a surpris l'équipe soignante.

Le volvulus du grêle est lié à la malrotation. Normalement, l'intestin effectue une rotation avec un mésentère inséré de la fosse iliaque droite à l'angle de Treitz. Du fait des adhérences de Ladd fixant le caecum au duodénum, la rotation ne s'effectue pas correctement et l'insertion désorganisée peut se tordre.

Le volvulus est 2x plus fréquent chez le garçon que chez la fille, l'incidence est de 1/500, mais reste souvent asymptomatique. 1/6000 présente des symptômes, dont 90% dans la première année de vie.

Tout vomissement biliaire chez un nourrisson doit faire penser à un volvulus du grêle et implique un transfert dans un centre spécialisé.

Lors de malrotation, on observe à l'échographie une veine mésentérique à gauche, une artère à droite, parfois la présence d'une spire vasculaire.

La radiographie de l'abdomen à vide n'est pas spécifique.

Un TOGD peut être fait si on a le temps

Un diagnostic différentiel du vomissement biliaire comporte aussi l'atrésie duodénale, avec souvent une image radiologique en double bulle.

Le prof Berner apporte comme commentaire l'utilité de la gazométrie, avec recherche d'acidose métabolique et d'élévation des lactates.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch