

Duplication et atrésie colique

DESC de chirurgie infantile, 15 septembre 2014

Dr Arnaud, Service de chirurgie pédiatrique, Rennes

Duplication colique

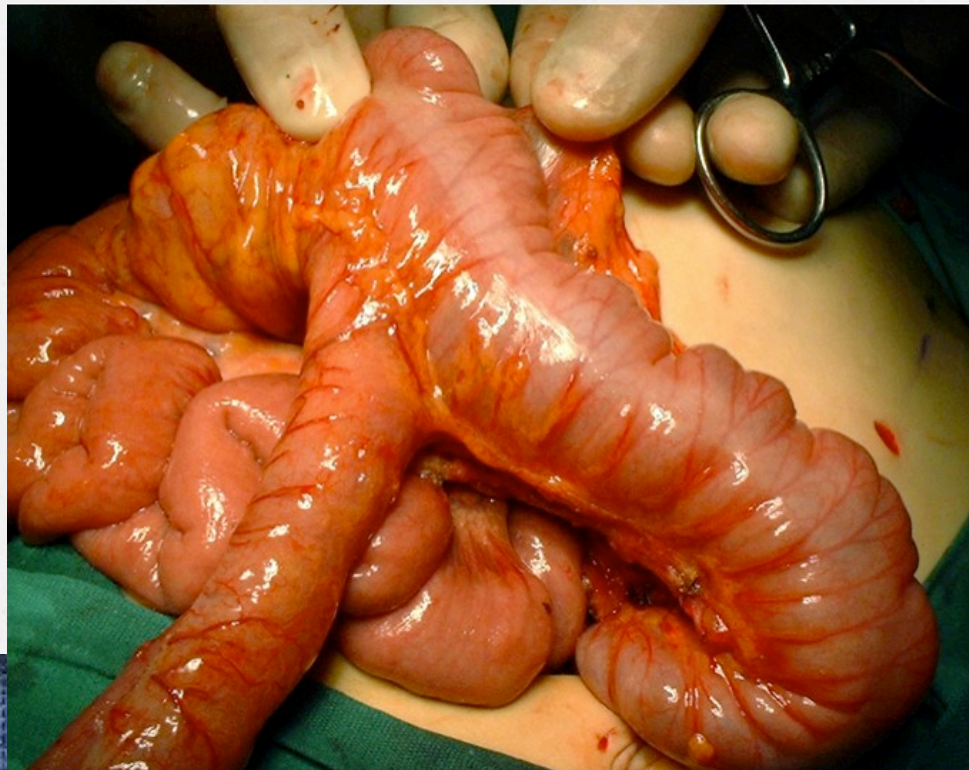


Photo
Pr Podevin

- o Duplication digestive

- o Kystique dans 80% des cas / tubulaire dans 20% (colique)

- o 20% d'hétéropie gastrique

- o 50% diagnostic < 5mois

- o Rarement communicante

- o fréquence variable selon la localisation

- o Iléon (valvule iléo-caecale++) 60 à 80%
 - o Jéjunum 8 à 15%
 - o Estomac 4 à 23%
 - o Duodénum 5 à 10%
 - o Colon 5 à 15%



- Pathogénie mal connue

- Forme kystique :

- Mécanisme de division de la notochorde
 - Anomalie médullaire et vertébrale

- Forme tubulaire

- Séparation ou dédoublement intestin primitif terminal
 - Anomalie urinaire, rachis, SNC
 - 60-80% de malformations associées surtout urogénitales
 - 55% > 3 systèmes anormaux

- o Duplication colique

- o 25% tubulaires dont 75% communicantes

- o Caecum : la plus fréquente, sphérique ++

- o Si duplication distale, rechercher des malformations associées

- o Situations diagnostiques:

- o DAN

- o Diagnostic fortuit

- o Complications:

- o Syndrome occlusif : compression, invagination, volvulus, ...

- o Méléna (hétérotopie)

- o Péritonite par perforation

o Imagerie

- o Si DAN :
 - o Écho avant sortie mater
 - o cs 1mois sauf si pas de prise poids / vomissement
- o Echo : masse kystique avec aspect stratifié de la paroi en haute fréquence
- o Opacification colique
- o Urethrocytographie si fistule recto-urinaire
- o ASP avec rachis lombo-sacré (tubulaire étendue)
- o IRM/TDM



Kaur et al 2004



Image TDM d'une duplication colique. Pr Levard, CHU Poitiers

- Traitement chirurgical

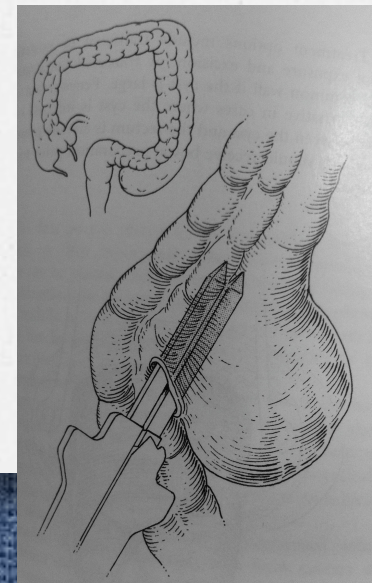
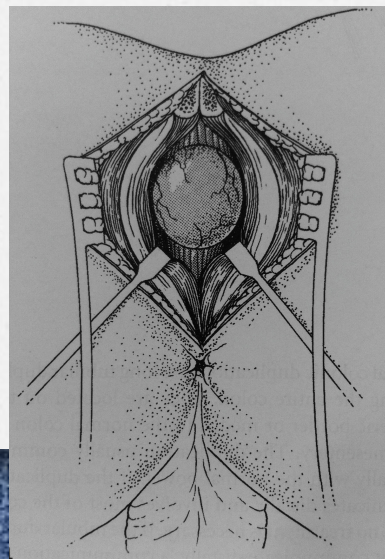
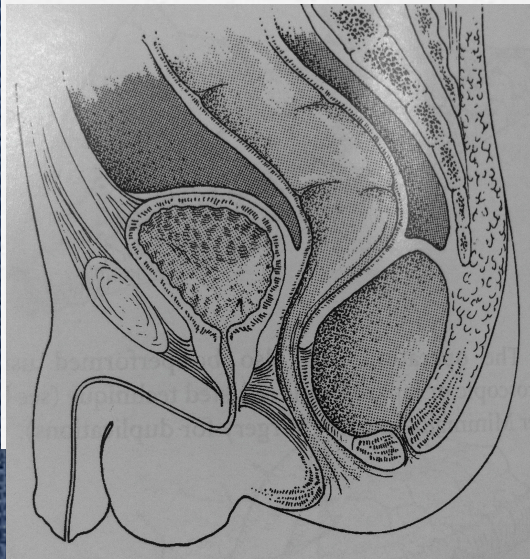
- Forme kystique : exérèse complète

- Forme tubulaire isolée : exérèse de la duplication ou de la duplication + segment dupliqué

- Duplications complexes :

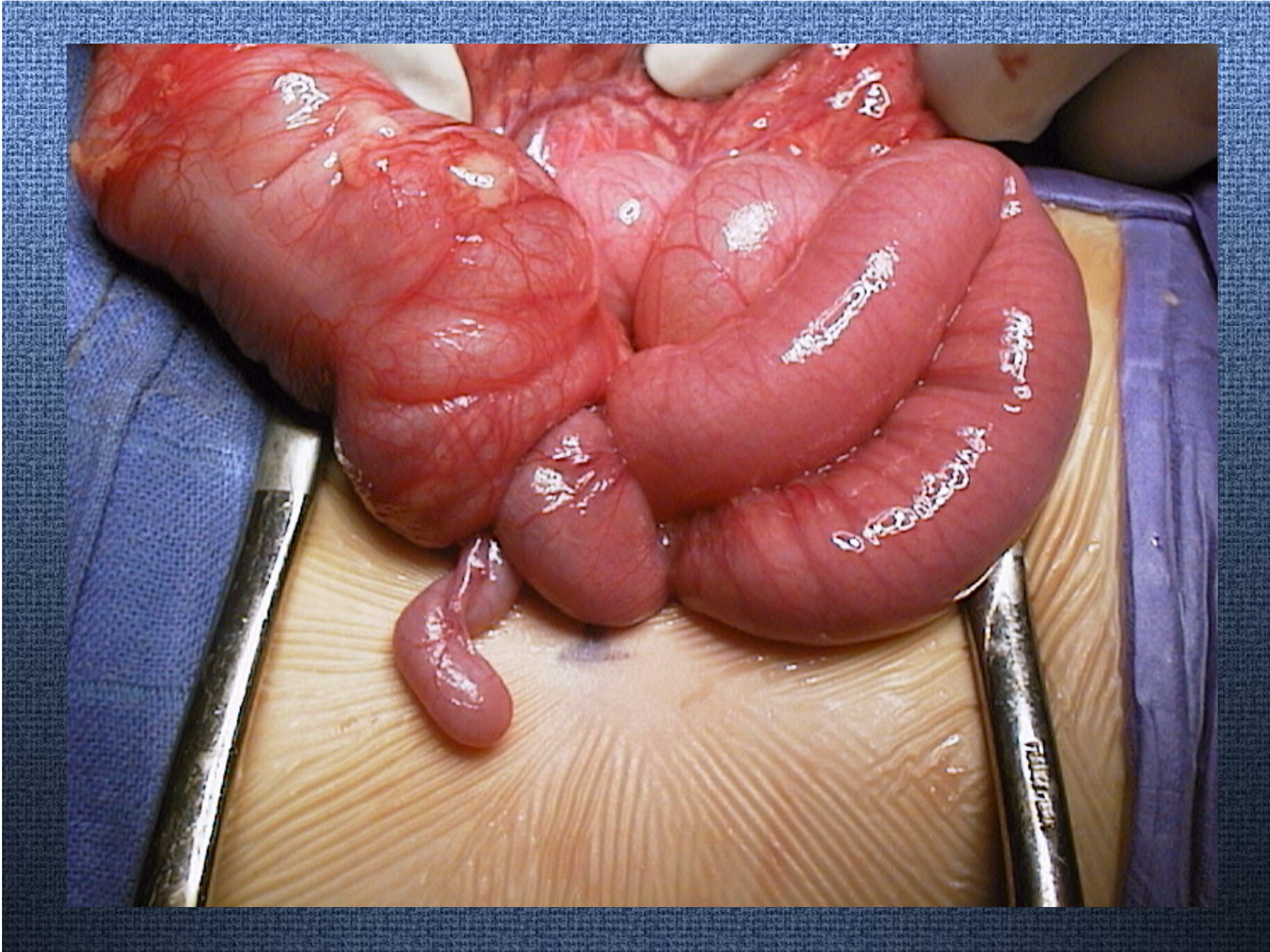
- MAR associée = voie périnéale postérieure de Peña

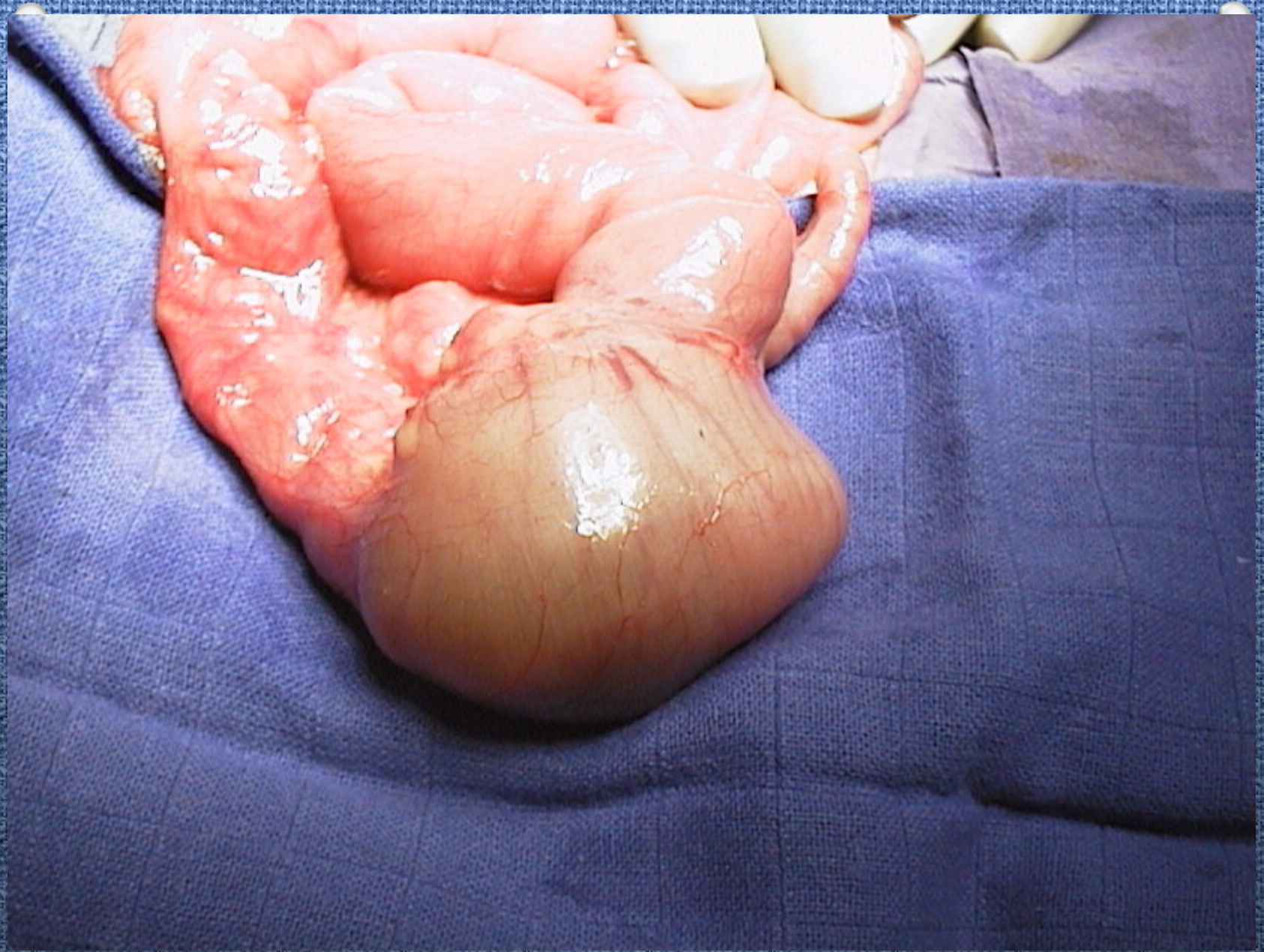
- Transsection du mur commun si rectale

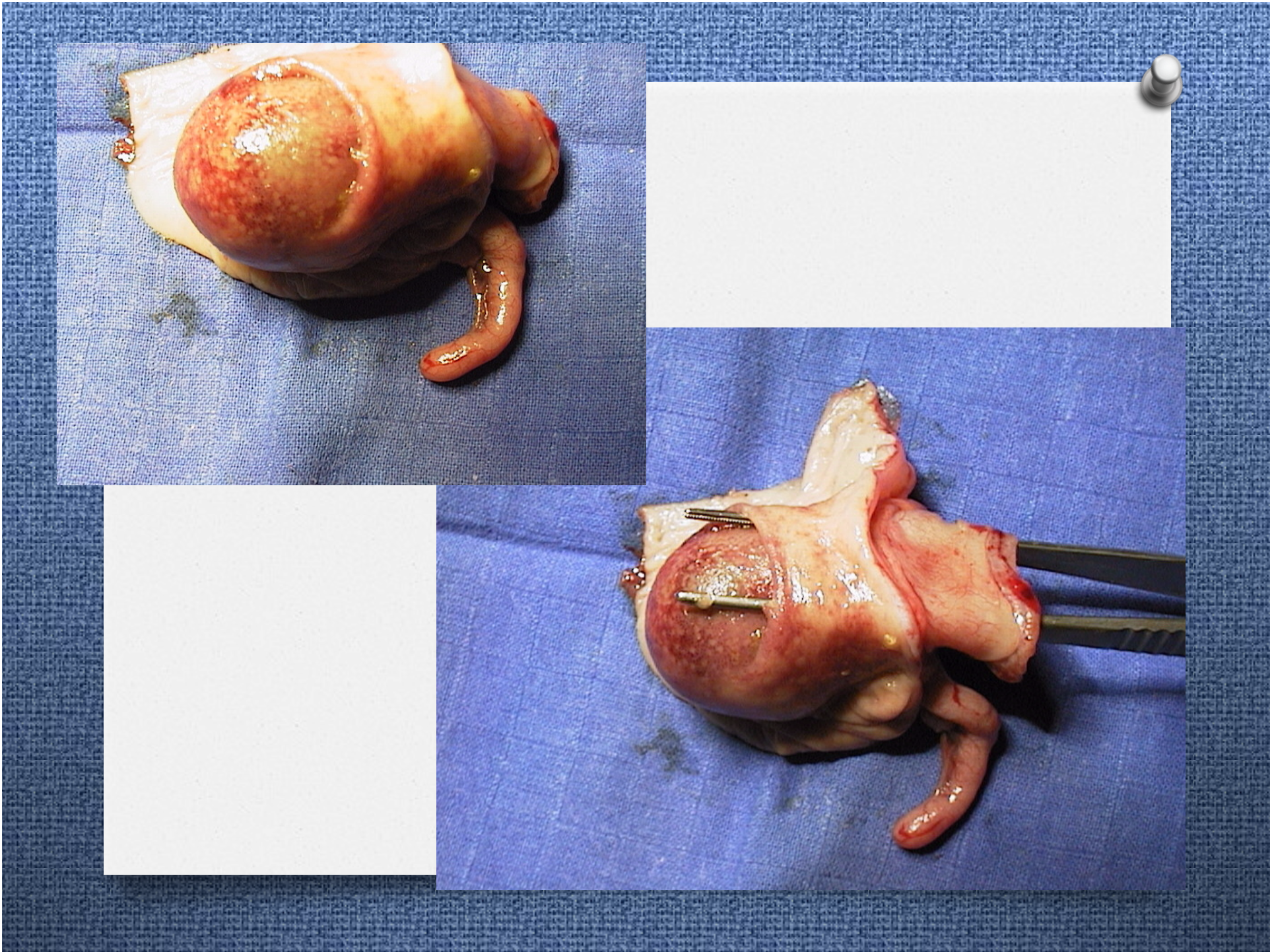


Cas 1

- o Nourrisson de 10 mois
 - o syndrome subocclusif
 - o perte de poids
 - o écho : masse kystique intra abdominale

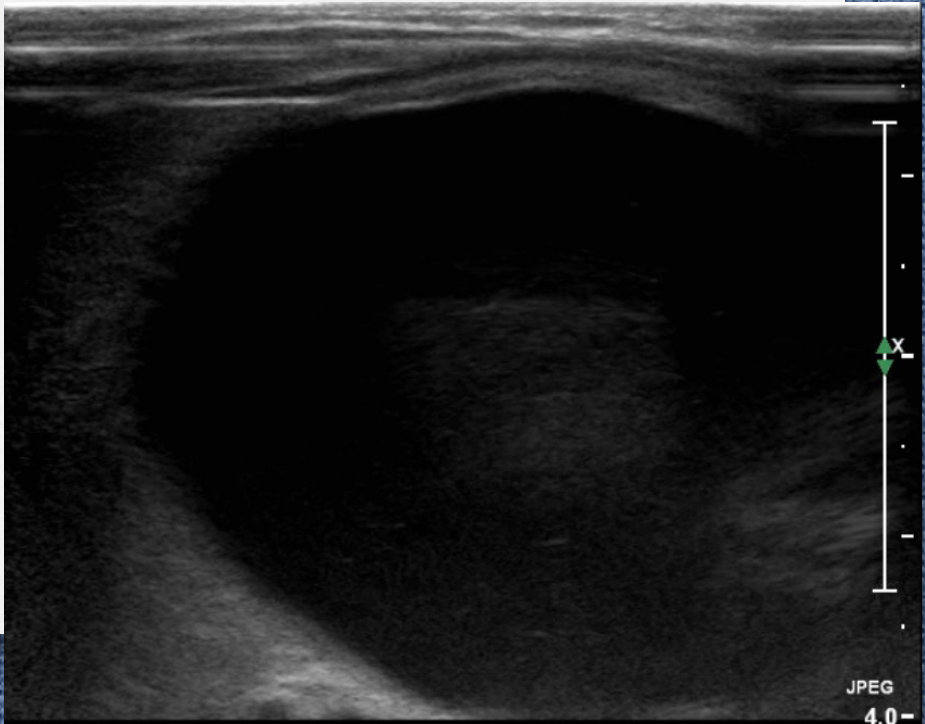
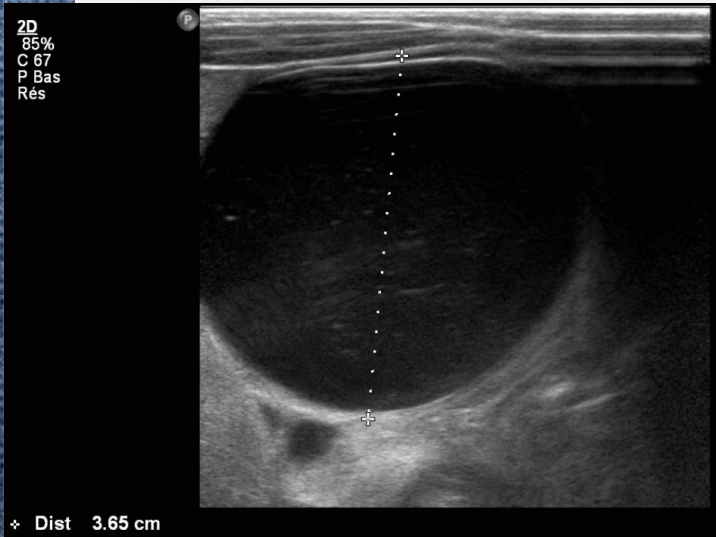
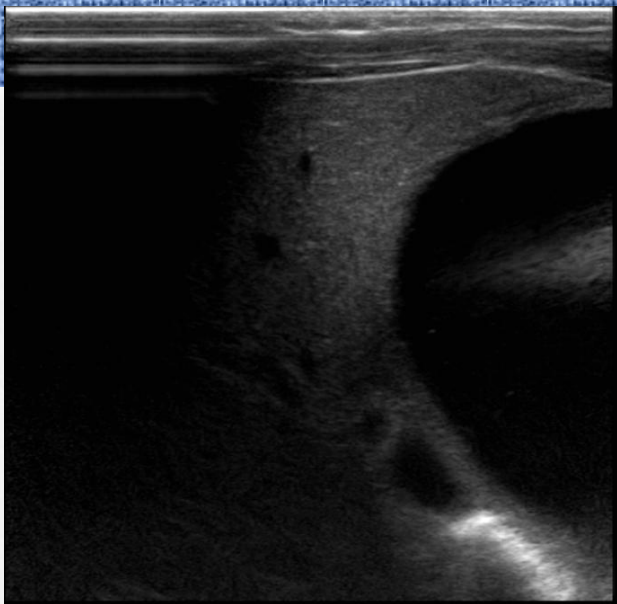




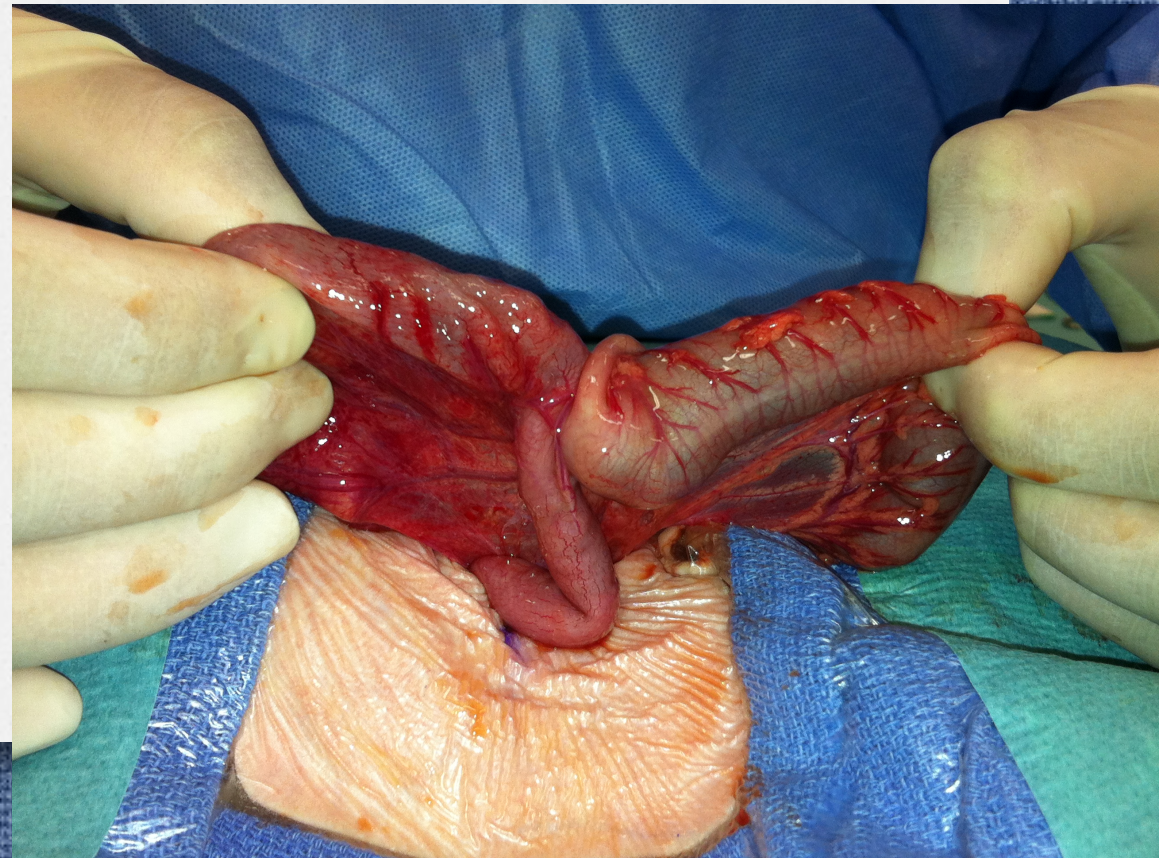
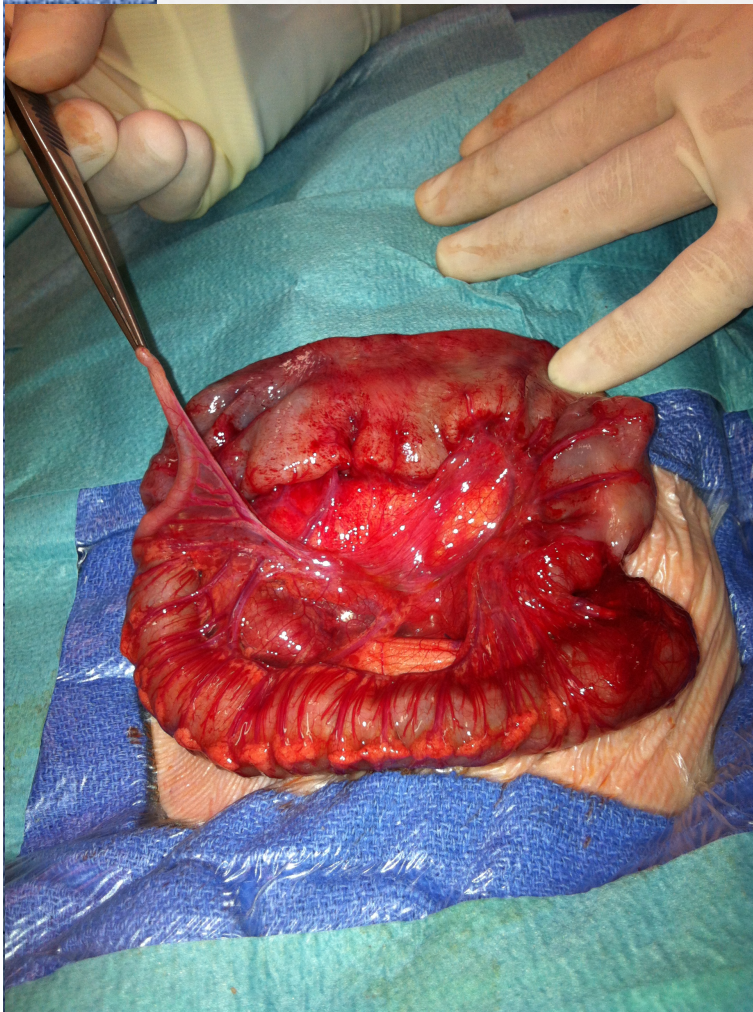


Cas 2

- o DAN masse kystique intra abdominale
- o ANAT
- o Devant la prise alimentaire impossible, écho à J3
 - o Structure tubulaire du flanc droit jusqu'en hypochondre gauche



- o Bloc : ponction de la masse, duplic non communicante, paroi commune seulement au niveau du caecum, ACG borgne

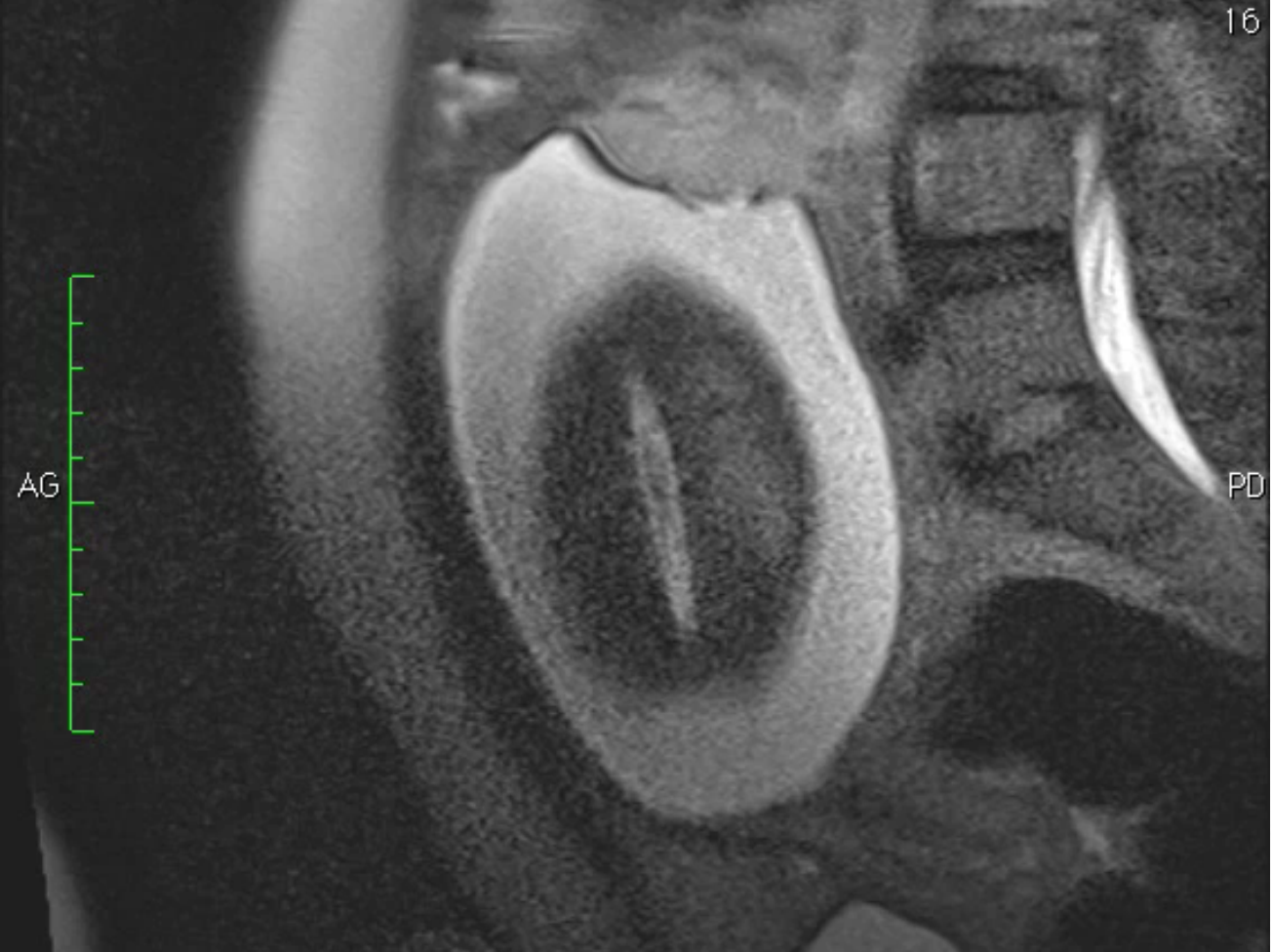


Cas 3

- o DAN

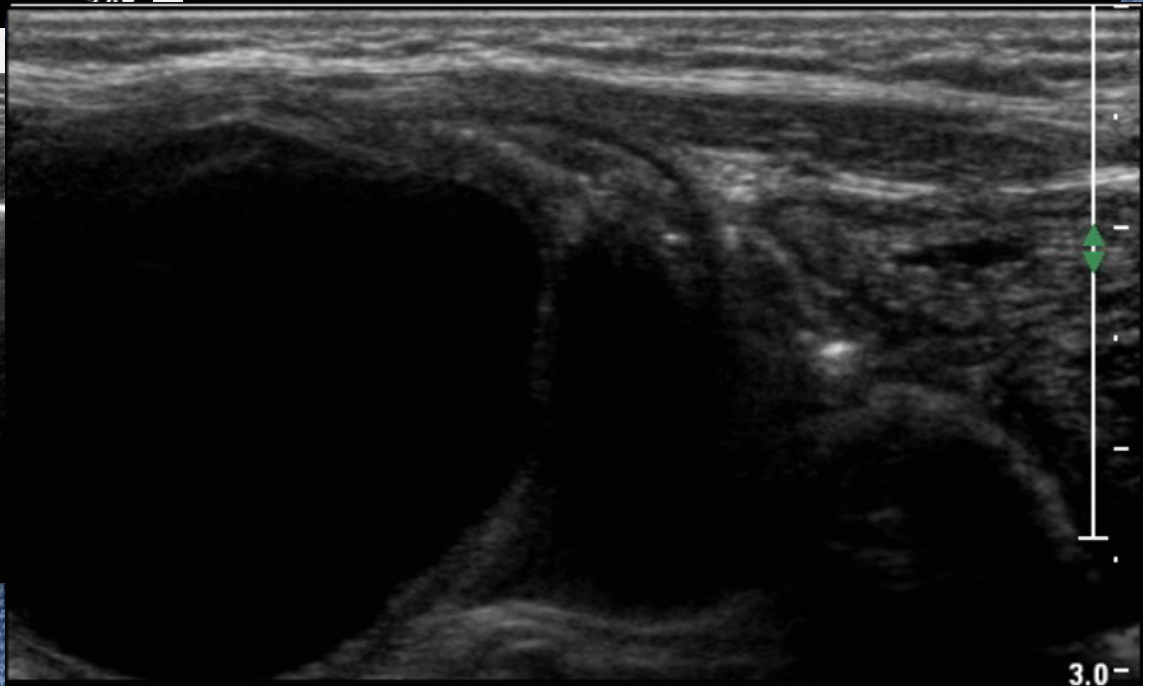
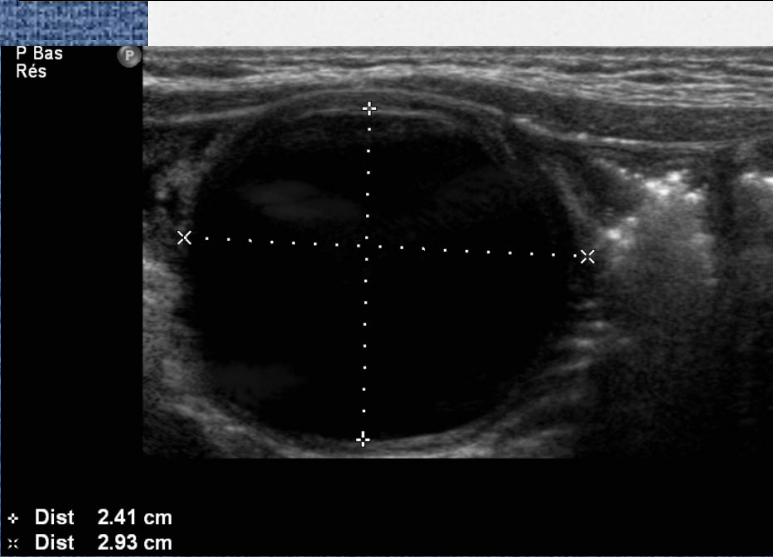
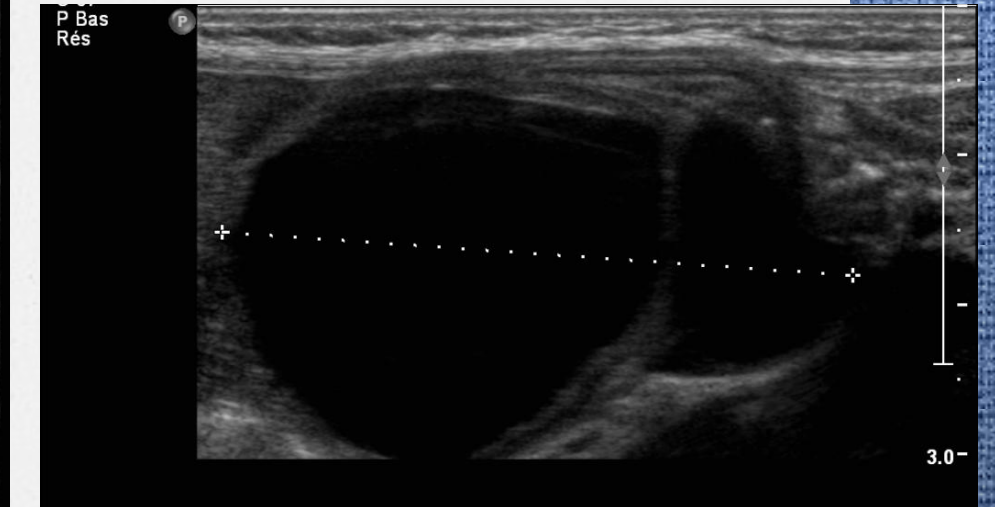
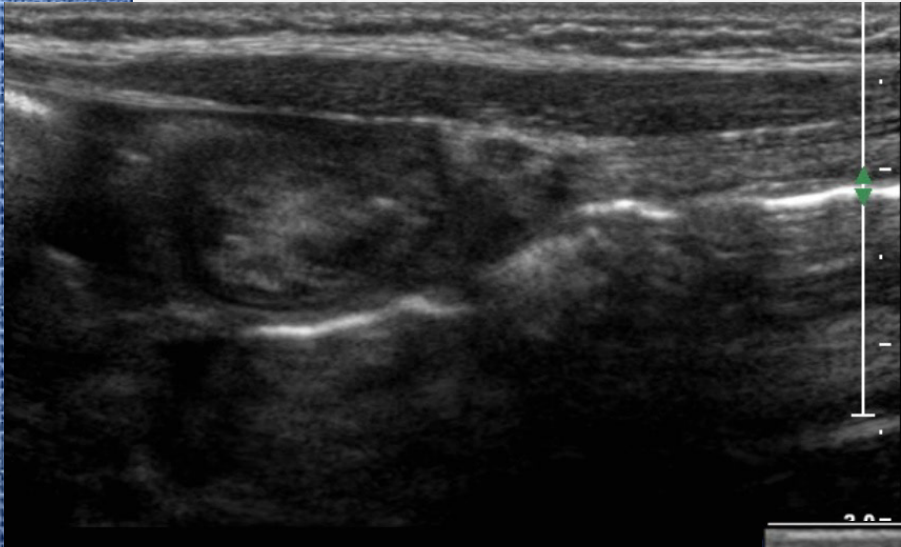
- o Echo 25SA : kyste 12x8mm sous VB
- o IRM 29SA : masse 13x16mm au contact du colon hyperT2 et hypoT1

Taille de l'image : 384 x 384 S 1335097 (30 y , 29 y)
Taille de la vue : 566 x 566 AXIAL T2 HASTE 4 mm — AXIAL T2 HASTE 4 mm
NF : 189 LF : 448 IABDO
16



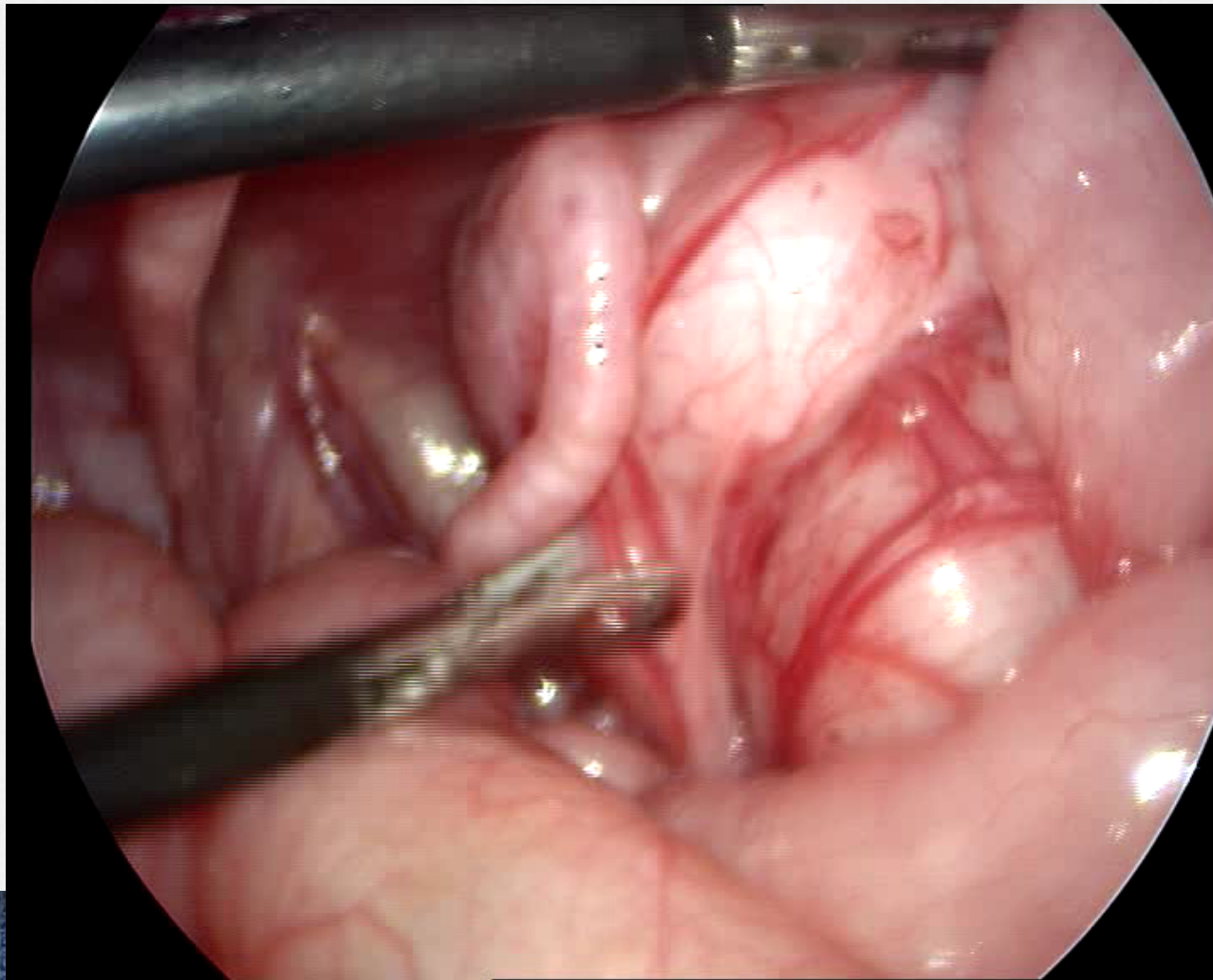
Zoom : 147% Angle : 0 TE: 156 TR: 1900
Im : 1/10 D (D -> G) FS: 1.5
JPEG Lossless: Non-hierarchical-1 st Order Prediction 25/04/13 12:25:38
Epaisseur : 4.00 mm Position : -32.11 mmh Made In OsiriX

o Cs à 1mois avec écho



o Bloc à 2mois : résection iléo-caecale pour masse kystique caecal

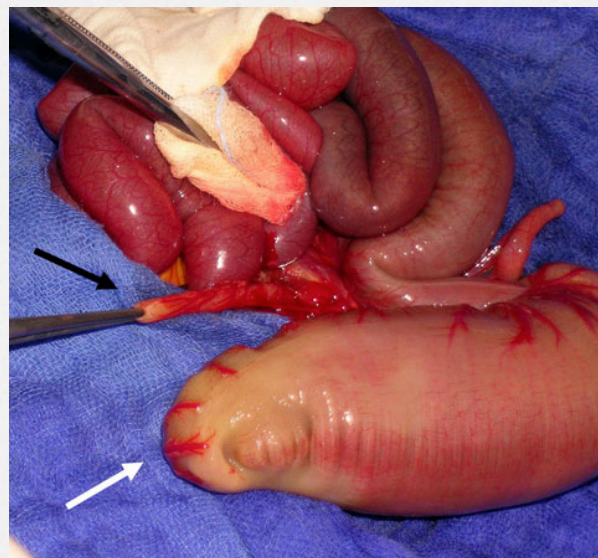
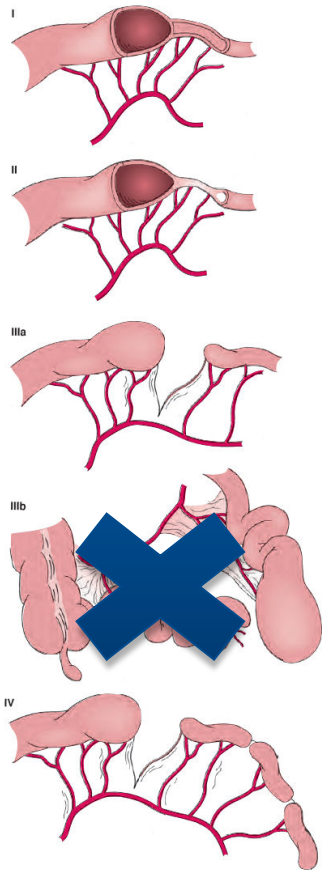
o Anapath : duplication fond caecal





Atrésie colique

- 1,8-15% des atrésies intestinales
- 1/66000 naissances. Sex ratio 4g:3f
- 60% type III
- Colon Dt > colon G surtout pour le type III
 - Avant l'ACG = type III / après l'ACG = type I/II



Etensel et al 2005, Baglaj et al 2010, Haxija et al 2011, Watts et al 2003

o Étiologies :

- o Vasculaire : volvulus, gastroschisis, masse extrinèque
- o Malformation du TD si inclus dans atrésies multiples
- o Infection materno-foetale à VZV



- o 30-50% de malformations associées
 - o Laparoschisis
 - o Autres atrésies digestives, malrotation, kyste du cholédoque
 - o Hirschsprung
 - o 6% de malformations non digestives

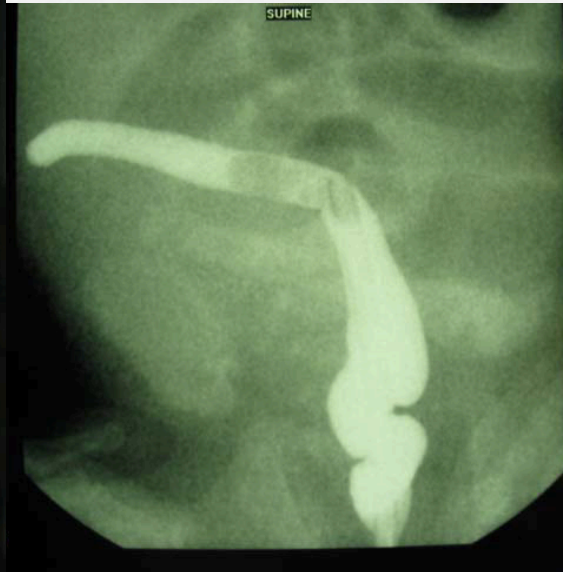
- o Diagnostic
 - o DAN
 - o Néonatal : distension abdominale, vomissements bilieux, retard de méconium
 - o Imagerie néonatale :
 - o ASP
 - o LO à discuter selon état de l'enfant

Cas (Pr Podevin, CHU Angers)



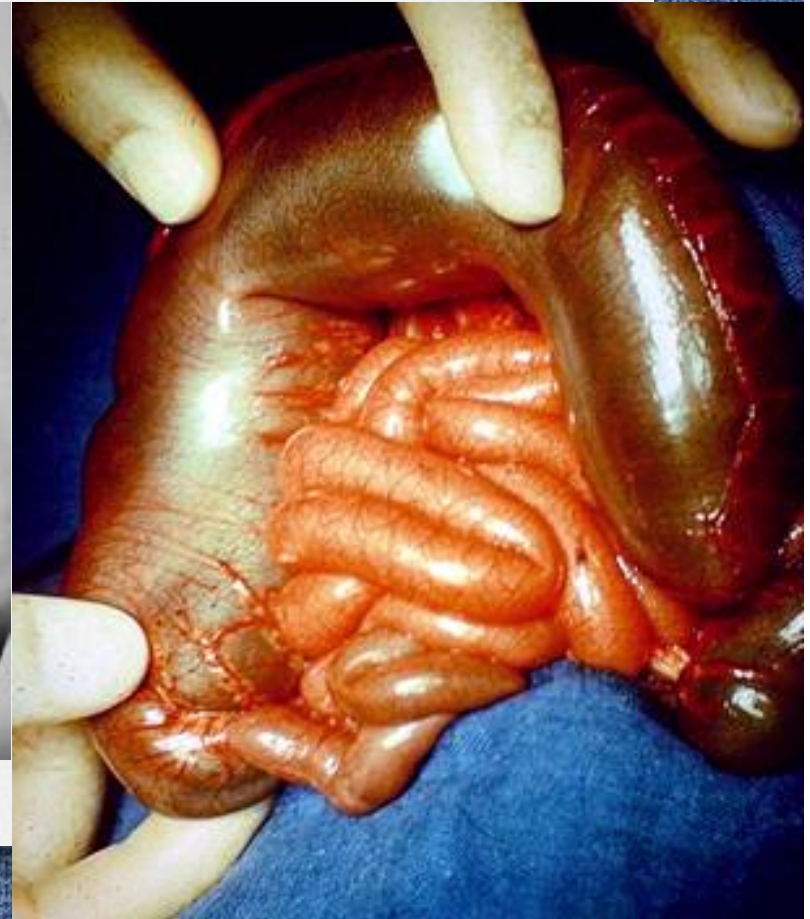
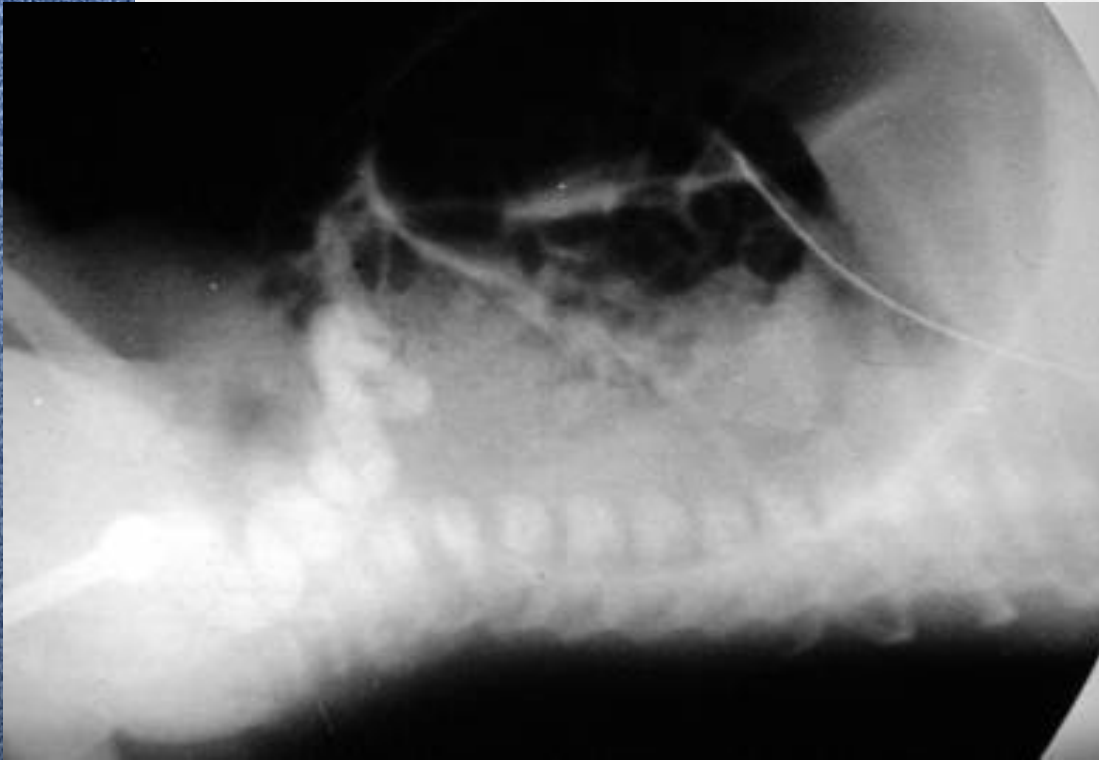
o Traitement :

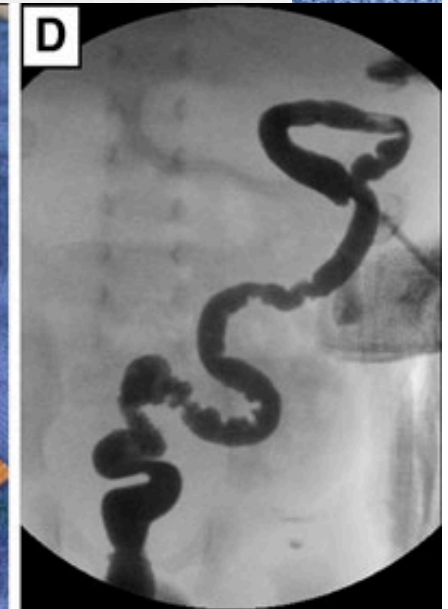
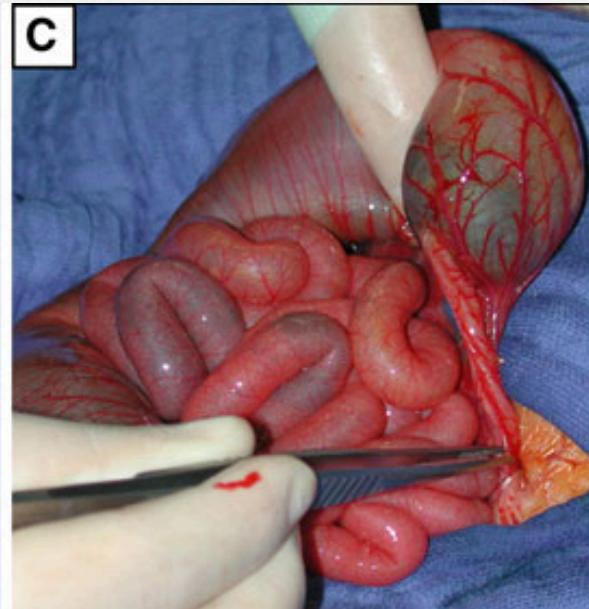
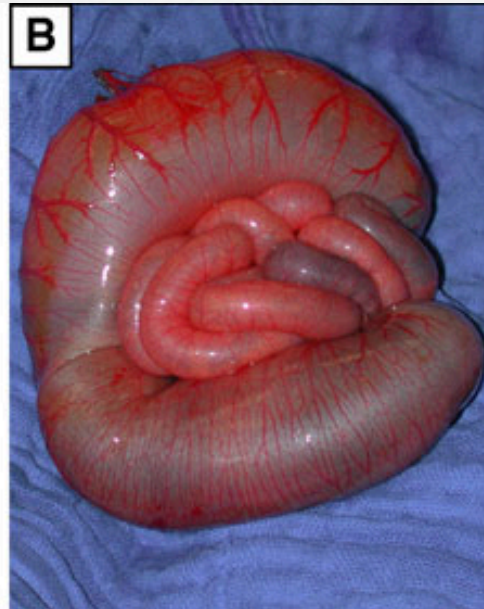
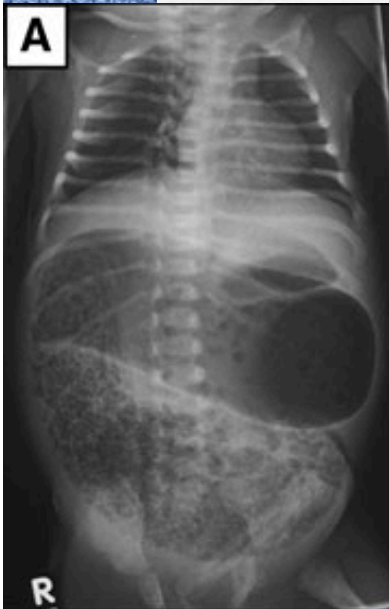
- o Urgent car délai de MP
- o Colostomie 1° > anastomose protégée > non protégée
- o < ACG = anastomose d'emblée / après ACG = colostomie
- o biopsies rectales



Cox et al 2005

Cas (Pr Levard Poitiers)

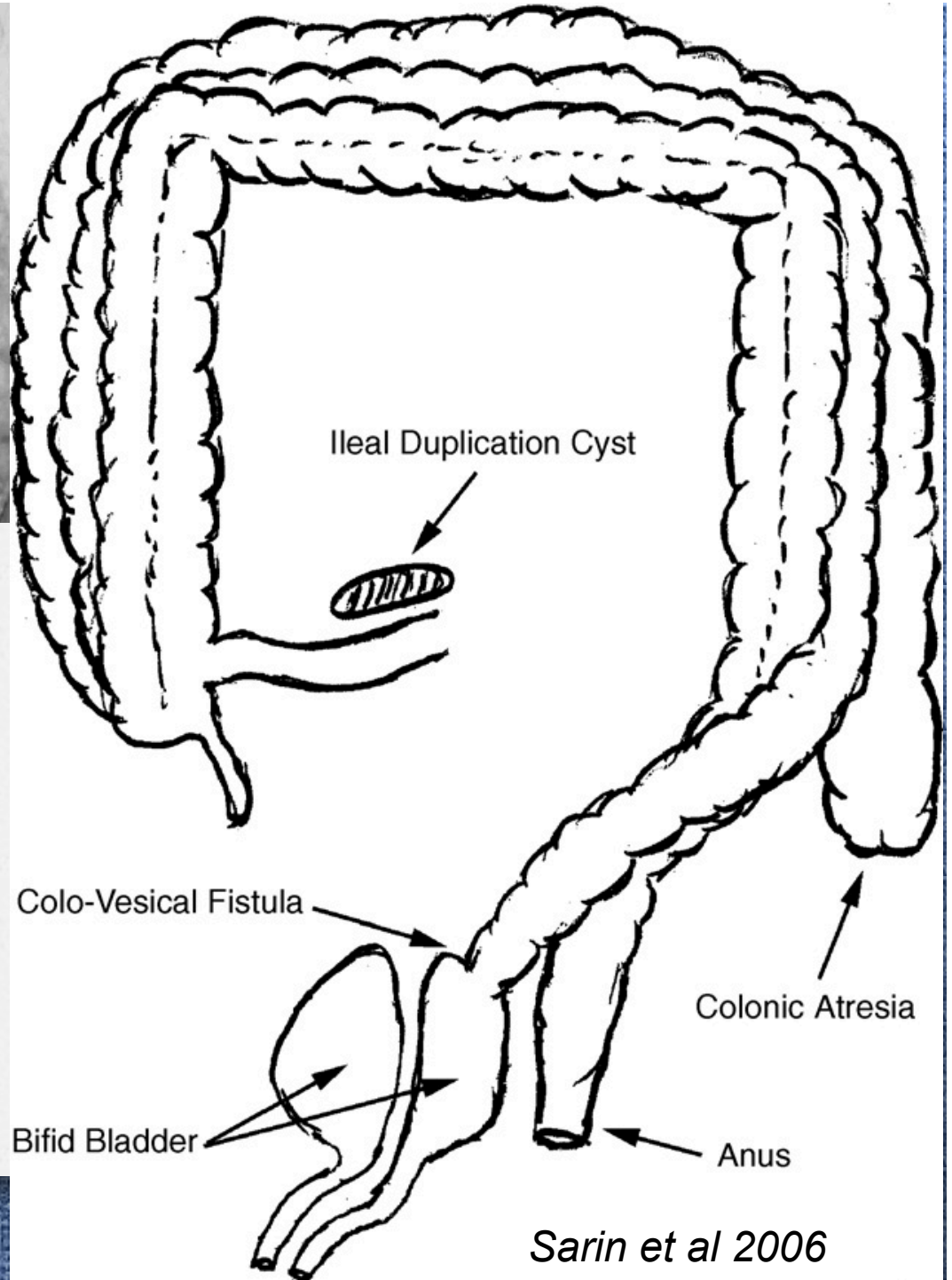
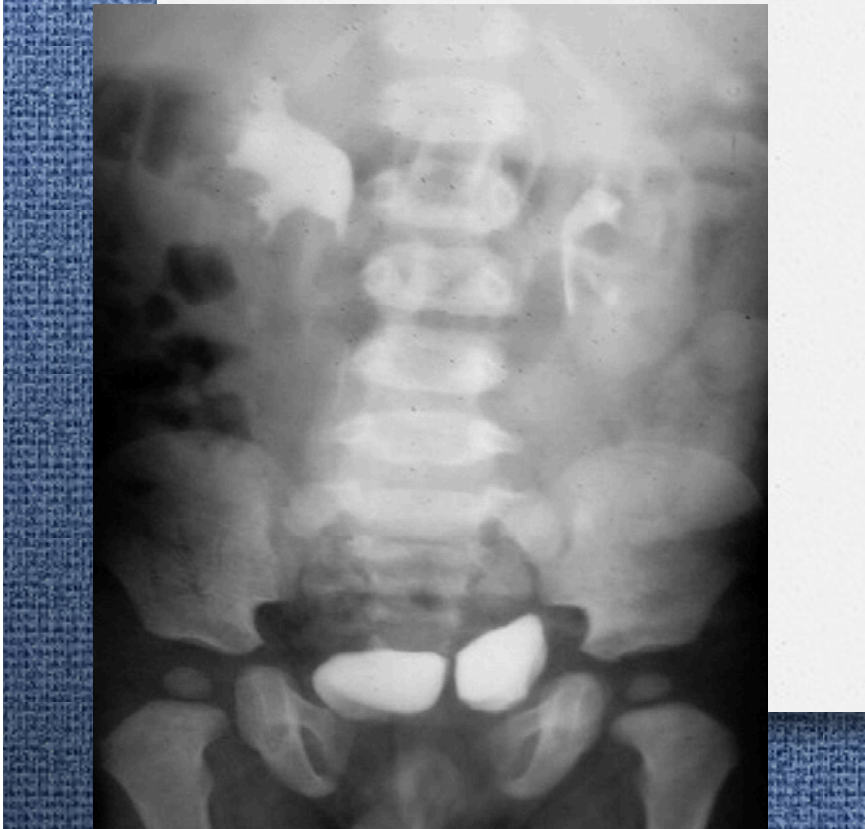




Atresie colique transverse type II. Colostomie. Opacification à J17.
Anastomose TL à 3 sem, suivi à 5ans OK. *Haxhija et al 2011*

Bibliographie

- o Baglaj et al (2010) Colonic atresia : a clinicopathological insight into its etiology. *Eur J Pediatr Surg*;20:102
- o Cox et al (2005) Colonic atresia: spectrum of presentation and pitfalls in management. A review of 14 cases. *Pediatr Surg Int*; 21:813
- o Etensel et al (2005) Atresia of the colon. *J Pediatr Surg*;40:1258
- o Haxhija et al (2011) Management of isolated and associated colonic atresia. *Pediatr Surg Int* ; 27 : 411
- o Kaur et al (2004) Hindgut duplication, case report and literature review. *Pediatr Surg Int* ; 20:640
- o Monographie du collège national de chirurgie pédiatrique. Pathologie colique de l'enfant. Sauramps
- o Operative pediatric surgery. Spitz &Coran. 7th edition. CRC Press.
- o Saurin et al (2006) Triplication of colon with diphallus and complete duplication of bladder and urethra. *J Pediatr Surg*;41:1924
- o Watts et al (2003) Congenital colonic atresia : should primary anastomosis always be the goal ? *Pediatr Surg Int*;19:14



Sarin et al 2006