

CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

Annales de Chirurgie Infantile

Les sommaires de CHIRURGIE PÉDIATRIQUE sont reproduits dans les «CURRENT CONTENTS» et indexés dans les différentes publications de l'*Institute of Scientific Information* (Philadelphie, U.S.A.), dans les Abstracts et index de *Biosciences Informations Service of Biological Abstracts* (Philadelphie, U.S.A.) ainsi que dans le *Bulletin Signalétique du C.N.R.S.* (Paris).

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- Traitement du bavage chez l'enfant handicapé. Réflexions à propos de 12 cas opérés.** J.M. BABUT, B. EL BIZRE, N. LAITER, B. FRÉMOND, H. BRACQ. 297
- Place de l'électromyographie colique totale chez l'enfant en cas de constipation chronique.** T. SCHEYE, M. MEYER, M. DAPOIGNY, G. VANNEUVILLE 302
- La chirurgie des hépatoblastomes et des hépatocarcinomes de l'enfant à l'ère de la chimiothérapie préopératoire.** F. GAUTHIER, Ch. SALIOU, J. VALAYER, Ph. MONTUPET 307
- Le prolapsus rectal de l'enfant. Revue de 260 cas.** M. FEHRI, A. HAROUCHI, REF-FAS, M. EL ANDALOUSSI, M. BENBACHIR, N. GUESSOUS. 313
- Polypes fibro-épithéliaux de la jonction pyélo-urétérale chez l'enfant. Présentation de 3 cas et revue de la littérature (33 observations).** R.B. GALIFER, D. AUBERT, A. COUTURE, C. VEYRAC, C. BARNEON, R. KÖTTER. 318
- Fibromatoses de l'enfant: Régression sous chimiothérapie prolongée. A propos de 2 cas.** P. MITROFANOFF, J.P. VANNIER, B. BACHY, J. HEMET, B. BOILLOT, J. BORDE 325
- Foie surnuméraire. Un cas de localisation particulière dans l'omphalocèle.** E. CHARBONNEL, G. VAN KOTE, Y. GODEFFROY, H. DREUX-BOUCARD, M. MENGUY, D. LECONTE 330
- Excision greffe précoce chez l'enfant brûlé. A propos de 49 cas, étude rétrospective 1986-1987.** N. BOUSSARD, C. GAYET, E. ROSE, J. PREVOT. 336
- Lymphangiomatose osseuse disséminée. A propos de six observations.** S. DAUD, G. LEFORT, M. MUNZER, S. BEHAR, M.A. BOUCHE-PILLON, F. LEFEBVRE, H. GOMES 342

FAITS CLINIQUES

- Rhabdomyosarcome embryonnaire de découverte anténatale. A propos d'un cas.** J.P. CANARELLI, B. PAUTARD, J. RICHARD, J.M. BOBOYONO, L.M. COLLET, B. RISBOURG 349
- Occlusion intestinale basse par lactobezoard.** L. FREITAS, D. GOLDSZMIDT, A.M. DUBOUSSET, J. VALAYER. 351

Vol. 29

6

1988

MASSON 

PARIS/MILAN/BARCELONE/MEXICO

(contents, see back cover).

5. ELLFNBORGEN E., LASKY M.A.: Rhabdomyosarcoma of the orbit in the newborn. *AM. J. Ophthalmol.*, 1975, 80, 1024-1027.
6. EXELBY P.R.: Management of embryonal rhabdomyosarcoma in children. *Surg. Clin. North. Am.*, 1974, 54, 849-857.
7. FOET K., PROH W.: Seltener fall eines angeborenen rhabdomyosarkoms. *Laryngol. Rhinol. Otol.*, 1977, 56, 528-532.
8. GONZALEZ-CRUSSI F., BLACK-SCHAFFER S.: Rhabdomyosarcoma of infancy and childhood. Problems of morphologic classification. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1979, 3, 157-171.
9. HARVEY J.M., SCOTT J.M.: Neonatal embryonal rhabdomyosarcoma of the bladder. A clinico-pathological case report and epidemiological study. *Scott. Med. J.*, 1982, 27, 52-57.
10. HIMMELS SIEGEL H.: Congenital embryonal orbital rhabdomyosarcoma in a newborn. *Arch. Ophthalmol.*, 1987, 77, 662.
11. KHOURY E.N., SPEER F.D.: Rhabdomyosarcoma of the urinary bladder. *J. Urol.*, 1944, 51, 505-516.
12. LI F.P., FRAUMENI J.F.: Rhabdomyosarcoma in children. Epidemiologic study and identification of a familial cancer syndrome. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1969, 43, 1365-1373.
13. MAURER H.M., BALTANGADY M., GEHAN E.A., CRISTAZ W., HAMMOND D., HAYS D.M., HEYN R., LAWRENCE W., NEWTON W., ORTEGA J., RAGAB A.H., RANEY R.B., RUYMANN F.B., SOULE E., TEFFT M., WEBBER B., WHARAM M., VIETTI T.J.: The intergroup rhabdomyosarcoma study — I. *Cancer*, 1988, 61, 209-220.
14. RAGAB A.H., HEYN R., TEFFT M., HAYS D.N., NEWTON W.A., BALTANGADY M.: Infants younger than 1 year of age with rhabdomyosarcoma. *Cancer*, 1986, 56, 2606-2610.
15. SHIMADA H., NEWTON W.A., SOULE E.H., BALTANGADY M.S., MAURER H.M.: Pathology of fatal rhabdomyosarcoma. Report from intergroup rhabdomyosarcoma study. *Cancer*, 1987, 57, 459-465.
16. YOUNG J., MILLER R.N.: Incidence of malignant tumors in US children. *J. Pediatr.*, 1975, 86, 254-258.

Occlusion intestinale basse par lactobezoard

L. FREITAS, D. GOLDSZMIDT, A.M. DUBOUSSET, J. VALAYER

Service de Chirurgie, Département de Pédiatrie, Hôpital Bicêtre, 78, rue de Général-Leclerc, F 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex.

SUMMARY: Distal intestinal milk curd obstruction.

Two case of the so-called «mik curd obstruction» syndrome are reported. Although seldom found elsewhere than in the stomach, more distal obstruction in the ileum or the transverse colon by milk curd aggregates may mimick more classical causes of obstruction if one is not aware of the possibility of such incident related to feeding. Appropriate interviewing of the mother about regimen and medications will be of great help, in investigating the cause of the abdominal disorder, obviating the need for surgical intervention if confirmed by radiopaque enema.

Key-words: Impaction of the bowel. Bezoar.

INTRODUCTION

Le lactobezoard intra-gastrique n'est pas un accident rare chez le nouveau-né. Cette occlusion lactée est par contre moins souvent décrite au niveau du grêle ou du colon. Il est cependant important de la reconnaître pour essayer d'éviter un traitement chirurgical de ce type d'occlusion néo-natale, en principe inutile pour lever l'obstacle.

OBSERVATION

Damien M. est le 4^e enfant d'une fratrie sans antécédent particulier. Il est né le 10 mars 1986, à la 39^e semaine de grossesse. Le poids de naissance est de 3 730 grammes. Il élimine son méconium et est

Tirés à part: L. Freitas, à l'adresse ci-dessus.

alimenté par du lait maternisé le premier jour de vie. Au troisième jour de vie, en raison de vomissements lactés, on change le régime par un lait non maternisé. On note la persistance de vomissements qui sont décrits par la maman comme «des paquets de poudre légèrement humectés»; l'adjonction de Polysilane ne modifie rien. Au sixième jour les vomissements deviennent bilieux et l'enfant est hospitalisé. Il est en bon état général, l'examen clinique est normal en dehors d'un discret ballonnement abdominal. La sonde gastrique ramène un liquide jaune-vert, la radiographie sans préparation de l'abdomen montre une distension gastrique avec des niveaux liquides. L'enfant est transféré dans le service; il présente un ballonnement diffus, avec un empatement douloureux de la fosse iliaque droite. Le reste de l'examen est normal. Devant la suspicion d'occlusion intestinale par lactobezoard on pratique un lavement aux hydrosolubles qui localise l'occlusion au niveau de l'iléon terminal sur des matières fécales impactées. Le lendemain, on assiste à une débacle de selles. La réhydratation intraveineuse est rapidement arrêtée et l'enfant est alimenté avec un lait 1^{er} âge sans aucune difficulté.

Lorelei M. est le 2^e enfant, d'une fratrie sans antécédent particulier. Elle est née le 14 août 1986, à la 40^e semaine de grossesse. Le poids de naissance est de 3 100 grammes. Elle élimine son premier méconium à la huitième heure de vie, les premiers jours de vie à la maternité sont marqués par des rejets minimes mais fréquents, un traitement par Gelopectose et Primperan est suivi d'une amélioration passagère. Au dixième jour, comme les vomissements deviennent verdâtres, elle est hospitalisée. Mais en repos alimentaire et hydratation parentérale, on notera que la sonde gastrique qui donnait un liquide jaune verdâtre, ramènera un liquide de plus en plus clair, Lorelei reprendra un transit normal au douzième jour. Une nouvelle tentative d'alimentation par gavage continu va se traduire par des nouveaux épisodes de vomissements verdâtres et Lorelei sera transférée dans le service. Elle est en bon état général, l'abdomen est ballonné, la sonde gastrique donne un liquide verdâtre. Un lavement opaque aux hydrosolubles sera réalisé mais le produit de contraste ne pourra progresser au-delà de l'angle colique gauche. Un TOGD montre un bon passage pylorique, l'angle duodéno-jéjunal est en place. L'enfant est opérée et on trouve une masse pétrifiée, d'aspect blanchâtre, au niveau de l'angle gauche du colon; cette masse est morcelée et en fin d'intervention, un lavement aux hydrosolubles permet d'obtenir des morceaux de selles dures et blanchâtres. Les suites opératoires sont simples et la reprise du transit se fait le lendemain et elle est alimentée normalement 48 heures après et elle va très bien depuis.

DISCUSSION

L'occlusion intestinale par corps étranger est connue depuis longtemps. Chez le nourrisson, l'occlusion à la carotte n'est pratiquement plus rencontrée depuis que d'autres moyens sont utilisés pour traiter les diarrhées (1). L'origine lactée (lactobezoard) exclusive ou associée à un épaississement du bol alimentaire est de description plus récente (2). Le lactobezoard siège habituellement dans l'estomac mais plusieurs observations le rapportent à différents niveaux du tube digestif (3, 4). De nombreux facteurs favorisants ont été incriminés dans la genèse de cette obstruction par du lait caséifié chez des nouveau-nés, souvent hypotrophiques ou prématurés: erreur de dilution du lait (5), formules lactées inadaptées (3), intolérance aux protéines du lait de vache (6) mais le lactobezoard existe chez des enfants nourris au lait de mère (7), l'immaturation des sécrétions caséolytiques digestives (8), le gavage gastrique continu ou le gavage transpylorique (7), une déshydratation et enfin certains traitements fréquemment utilisés chez les nouveaux-nés vomisseurs comme les atropiniques ou les épaississements à base de pectine et de cellulose (4, 9).

Dans nos deux observations nous retrouvons l'utilisation d'un épaississant (Gelopectose ou Polysilane granulé) mais il faut faire quelques remarques:

1. les enfants vomissaient déjà avant l'introduction du traitement;

2. le produit a été utilisé à la concentration habituelle proposée par le fabricant;

3. dans la première observation, la maman, qui n'était pas inexpérimentée (3 autres enfants) avait remarqué que les premiers vomissements de lait n'avaient pas l'aspect habituel et paraissaient très épais (lait mal reconstitué à la maternité?).

Le tableau habituel est celui d'une occlusion d'installation insidieuse en quelques jours, n'entraînant pas une grande distension intestinale, cependant perforation (3) et entérocolite (4) ont déjà été rapportées. Ces enfants présentent un abdomen globalement météorisé, avec quelques ondulations péristaltiques intestinales, témoignant de l'occlusion basse alors que la sonde rectale ne ramène rien et peut éliminer le diagnostic de maladie de Hirschsprung. On peut être amené à envisager aussi celui de volvulus sur mésentère commun en raison de l'intervalle après la naissance. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre une distension diffuse du grêle mais

pas d'image de granité. L'opacification digestive faite de préférence par voie basse permet d'éliminer ces diagnostics. Finalement, ce n'est qu'en évoquant systématiquement le lactobezoard et avec un interrogatoire très complet qu'on pourra éviter d'opérer inutilement ce nouveau-né.

Le traitement de ce type d'occlusion basse (grêle terminal ou colon) repose sur le lavement aux hydrosolubles à osmolarité élevée (10) associé à l'arrêt alimentaire et réhydratation parentérale. Le lactobezoard peut alors disparaître en 24 à 48 heures et le traitement chirurgical peut être évité.

Ainsi l'obstruction intestinale par un lactobezoard reste une cause rare d'occlusion néo-natale à laquelle il ne faut pas oublier de penser et dont le mécanisme précis n'est pas toujours reconnu. On pratique systématiquement un test à la sueur, mais aucune mucoviscidose n'a été rapportée avec une telle présentation clinique. Des études sur la motricité intestinale apporteront peut-être un début de réponse sur le mécanisme de cette occlusion.

BIBLIOGRAPHIE

1. DAUDET M., DEFRENNE P., RACLE P., BALATRE J.: Occlusion intestinale du nourrisson par la soupe de carottes. *Vie Med.*, 1966, 47, 869-880.
2. WOLF R.S., BRUCE J.: Gastrostomy for lactobezoar in newborn infant. *J. Pediatr.*, 1959, 54, 811-812.
3. COOK R.C.M., RICKHAM P.P.: Neonatal intestinal obstruction due to milk curd. *J. Pediatr. Surg.*, 1969, 4, 599-605.
4. MERCIER J.C., HARTMANN J.F., COHEN R., TRAN H., BIRIOTTI V., KESSLER A.: Occlusion intestinale et entérocolite par gélopectose. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1984, 41, 709-710.
5. BALSON S.G., REYNOLDS J.W.: Lactobezoars. *Pediatrics*, 1979, 64, 55.
6. LEMOH J.N., WATT J.: Lactobezoar and cows milks protein intolerance. *Arch. Dis. Child.*, 1980, 55, 128-129.
7. YOSS B.S.: Human milk lactobezoars. *Clin. Lab. Obs.*, 5, 819-822.
8. BERAUD C., DISANT F., ANDRET J.M.: Lactobezoard chez un prématuré de 9 jours — considérations radiocliniques. *Rev. Int. Pédiatr.*, 1979, 94, 19-25.
9. FOURNIER A.M., MUROU M., CHIUSSE E.: Pseudotumeurs gastriques du nourrisson. *J. Radiol. Electrol. Med. Nucl.*, 1973, 54, 101-102.
10. SZNAJDER M., BENICHOU J.J., LABRUNE B.: Lactobezoard chez un nourrisson. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1985, 42, 699-700.

© 1988, Masson, Paris.

Le Directeur de la Publication: J. TALAMON

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les «copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective» et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, «toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite» (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Masson Éditeur, Paris. Dépôt légal: 1988
Imprimé par l'Imprimerie Chirat, 42540 Saint-Just-la-Pendue (France), n° 4408

N° d'ordre: 5781 1^{er} trimestre 1989

(Printed in France)

Commission paritaire n° 54-55

Des microfiches et des microfilms de cette publication peuvent être obtenus auprès de / This publication is available in Microform

MASSON-SPPIF (réf. MIMC), 120, boulevard Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06.