



RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ FERHAT ABBAS – SÉTIF 1
FACULTÉ DE MÉDECINE
SERVICE DE CHIRURGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT -- CHU DE SÉTIF



URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES NÉONATALES, DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Pr ACHOURI DJELLOUL

Service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent

Année 2023/2024

d.achouri@univ-setif.dz

**Cours de 5ème année de
médecine
Module de Pédiatrie**

OBJECTIFS

- Reconnaître les différentes urgences chirurgicales abdominales
- Savoir prendre en charge correctement et à temps ces urgences

PLAN

I. INTRODUCTION

II URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES NÉONATALES

1/ Les occlusions néonatales.

2/**Hernie congénitale de la coupole diaphragmatique**

3/ Appendicite aiguë du nouveau-né

4/ Les malformations de la paroi abdominale antérieure

III/ URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

1/ La sténose hypertrophique du pylore

2/ Invagination intestinale aigue

3/ Les anomalies de rotation et volvulus du grêle

4/Appendicite aigue

IV/ CONCLUSION

V/ Référence bibliographiques

I/ INTRODUCTION

- Les urgences chirurgicales pédiatriques représentent une situation clinique inquiétante pour le praticien
- La prise en charge des urgences chirurgicales en salle de naissance a été modifiée par le suivi obstétrical et le diagnostic prénatal
- Certaines de ces pathologies peuvent mettre en jeu le pronostic vital immédiat, Cependant certaines urgences sont encore découvertes lors du dépistage

II/ URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES NÉONATALES

1/ Les occlusions néonatales.

2/ **Hernie congénitale de la coupole diaphragmatique**

3/ Appendicite aiguë du nouveau-né

4/ Les malformations de la paroi abdominale antérieure

1/ Les occlusions néonatales

- Le diagnostic d'une malformation intestinale de caractère obstructif complet ➡ suivi obstétrical échographique du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre
- Révéler à la naissance par une occlusion intestinale (des vomissements bilieux ou un météorisme abdominal d'installation rapide)

Deux types d'occlusion :



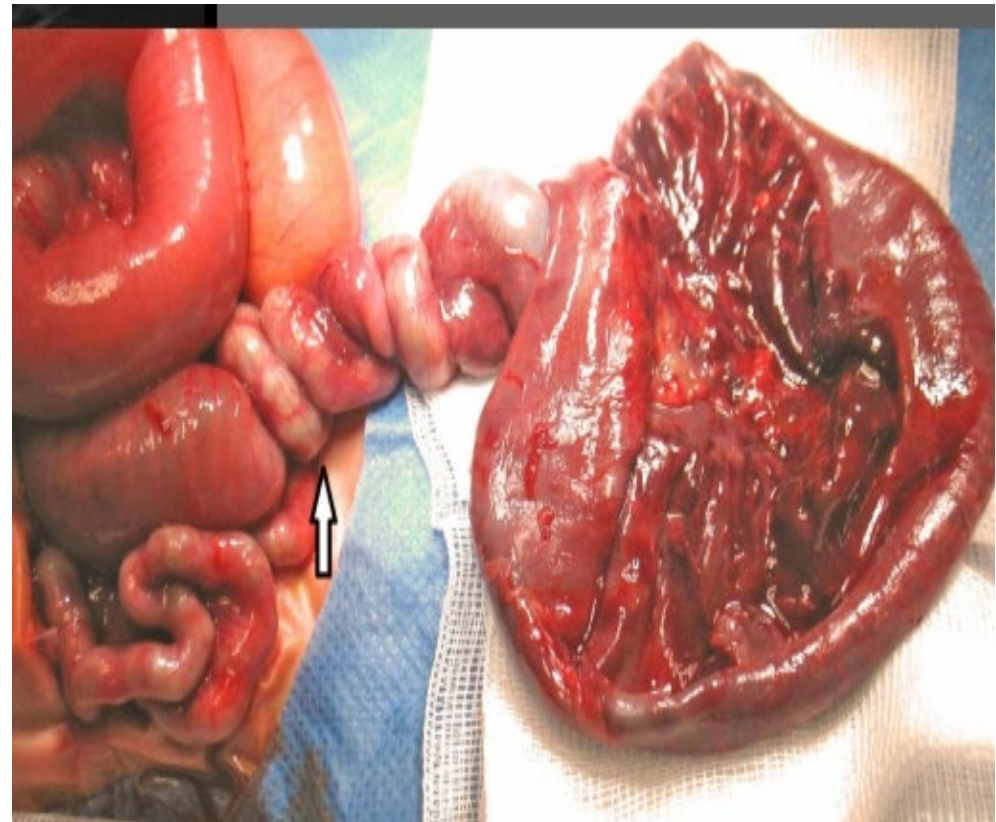
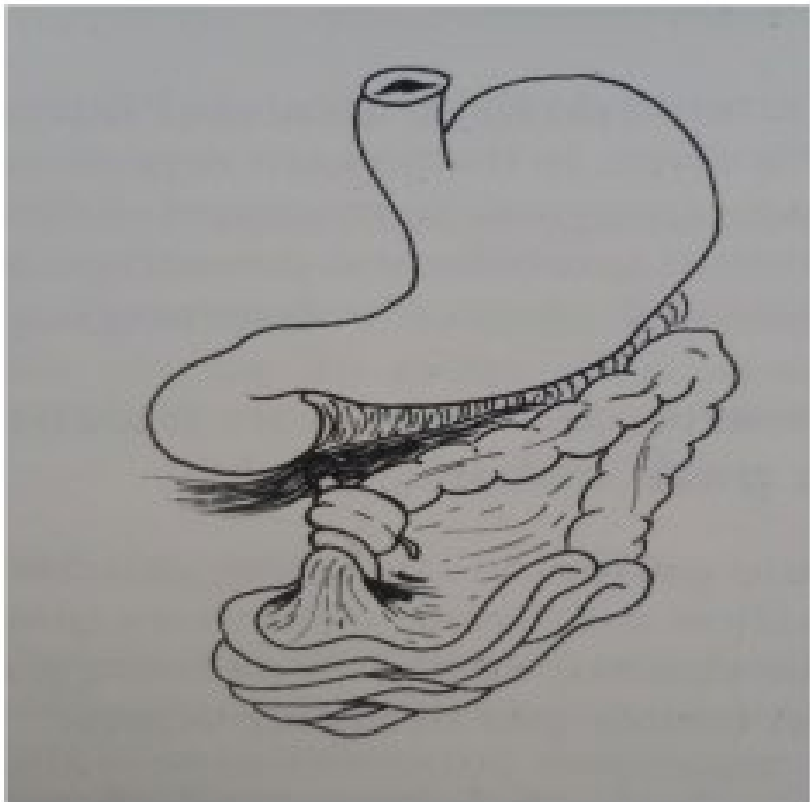
```
graph LR; A[Deux types d'occlusion :] --> B[mécanique]; A --> C[fonctionnel.]
```

The diagram consists of a single point on the left from which two blue arrows branch out to the right. The top arrow points to the word 'mécanique' in red text. The bottom arrow points to the word 'fonctionnel.' in blue text.

mécanique

fonctionnel.

volvulus du grêle



Les volvulus du grêle et anomalies de rotation

- **Extrême urgence chirurgicale** l'absence de diagnostic entraîne des complications redoutables.
- **Clinique:** le tableau est celui d'une occlusion intestinale haute
 - Vomissements bilieux d'apparition brutale
 - Abdomen plat (ou voussure épigastrique)
 - Rectorragies
 - Choc hémodynamique.

- Examens complémentaires:

- ASP

- parfois normal

- Occlusion duodénale complète

- L'échographie abdominale avec doppler des vaisseaux mésentériques :

- position anormale des Vx (Veine à gauche de l'artère)

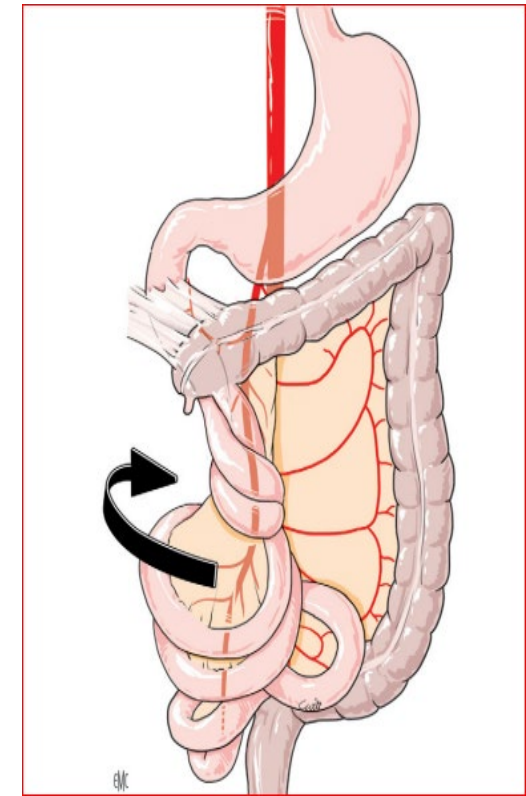
- Recherche des tours de spire

- Le TOGD :

- Position anormale de l'angle de Treitz (à droite du rachis)

- Spire de torsion

- dilatation duodénale d'amont




TRAITEMENT:

- urgence chirurgicale **Temps précieux**
 - Urgence vitale et fonctionnelle en raison du risque de volvulus du grêle sur cette racine courte qui peut aboutir à une nécrose du grêle.
-
- Détorsion section de la bride de Ladd appendicectomie
(Positionnement en mésentère commun complet)
 - Si vitalité douteuse : « second look »
 - Si nécrose : résection



Atrésies et sténoses du duodénum / grêle/colique

- Interruption de la continuité
- Embryopathies
- L'obstacle siège sus ou sous-vatérien
- La trisomie 21 et les malformations cardiaques sont présentes dans 30 % des cas.
- Souvent sur le jéjunum* plus rarement sur l'iléon * Côlon: exceptionnelle

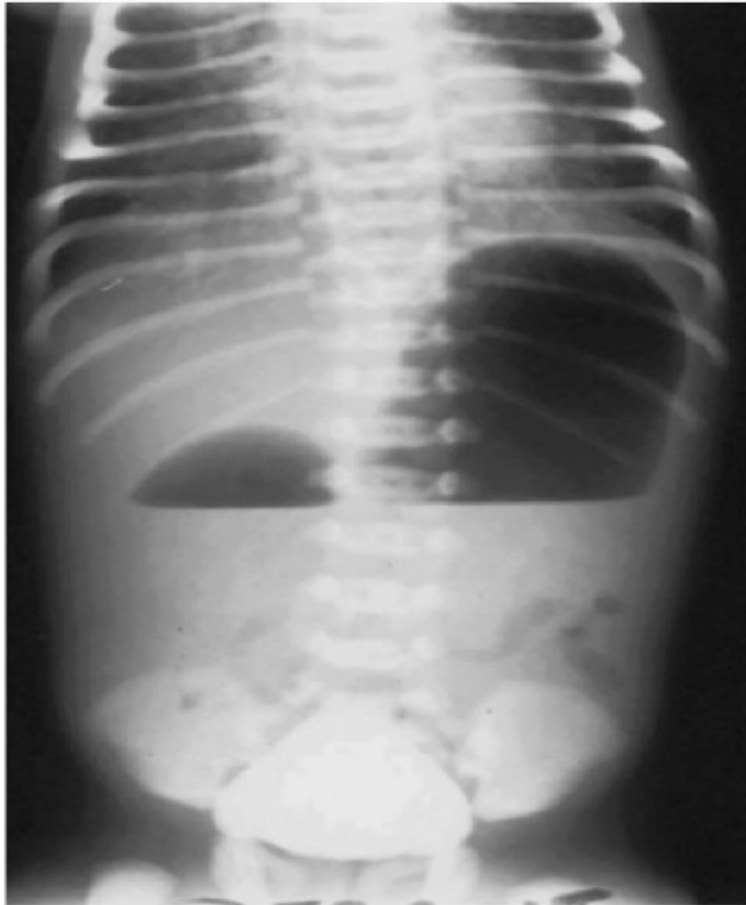
Un défaut de formation ou une involution d'une zone intestinale due à des accidents vasculaires mésentériques in utero  d'ischémie ou de nécrose d'un segment digestif

- Diagnostic anténatal +++
- Peut être asymptomatique à la naissance
- Une occlusion haute / basse
- Le diagnostic est parfois retardé

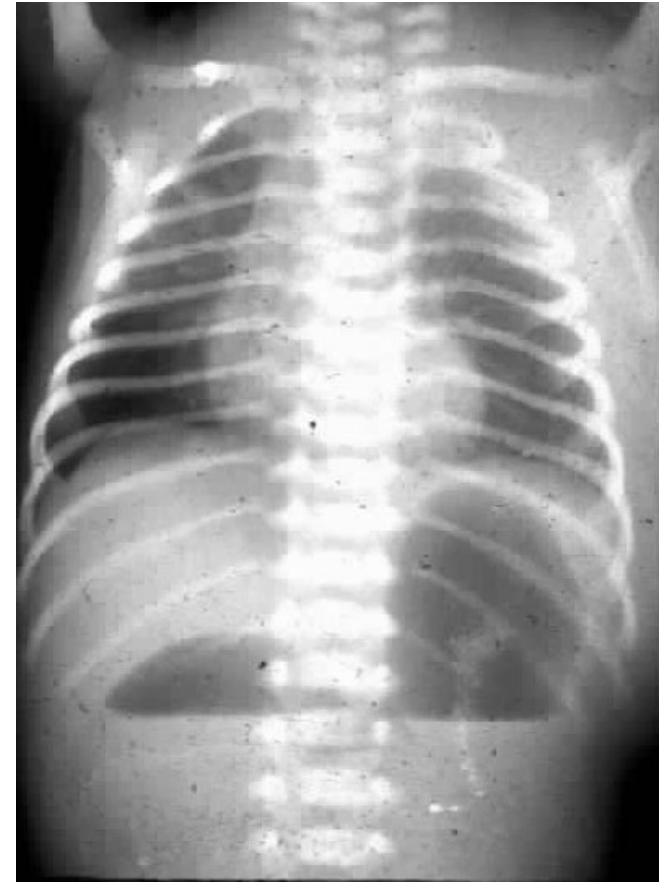
Diagnostic

- Vomissements bilieux associés +/- météorisme plus ou moins selon le siège de l'obstacle, apparaissent dans les premières 24 à 48 heures de vie
- L'émission de méconium n'est pas exceptionnelle.
- L'*ASP*: dilatation des anses grêles, sans aération colique, des calcifications intra-abdominales évocatrices d'une péritonite méconiale.

Les occlusions néonatales



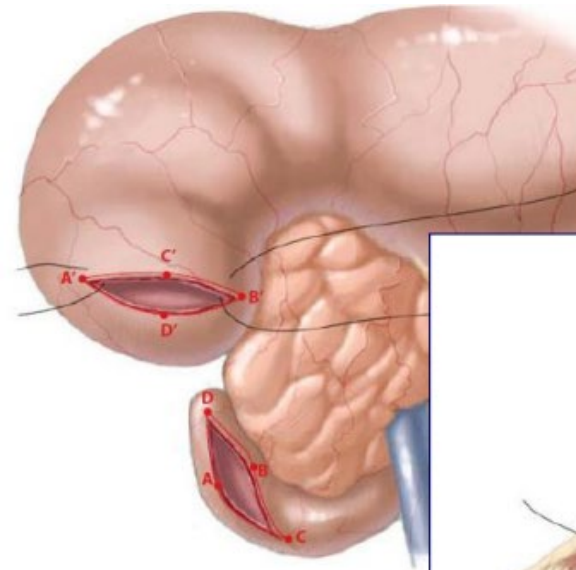
Sténose duodénale



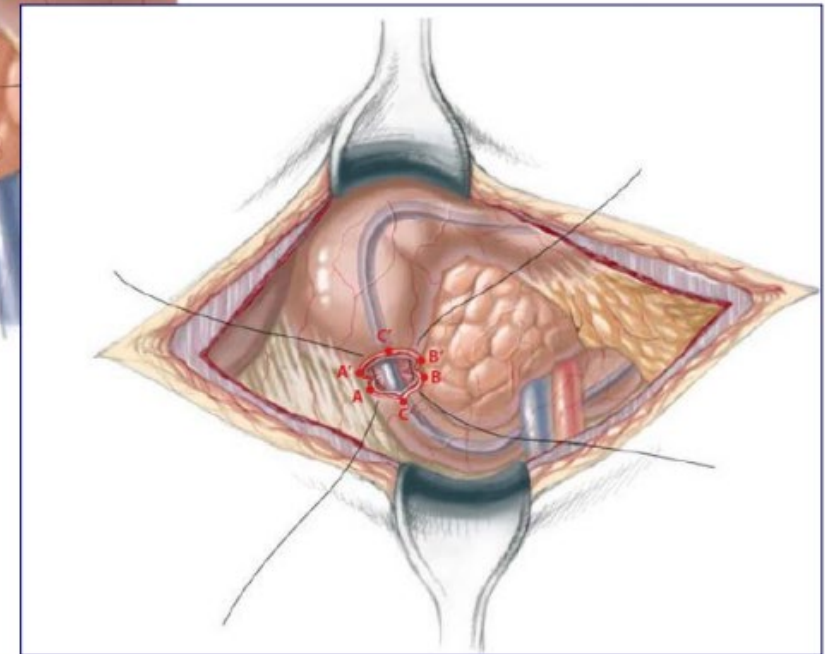
Atrésie duodénale

Les occlusions néonatales

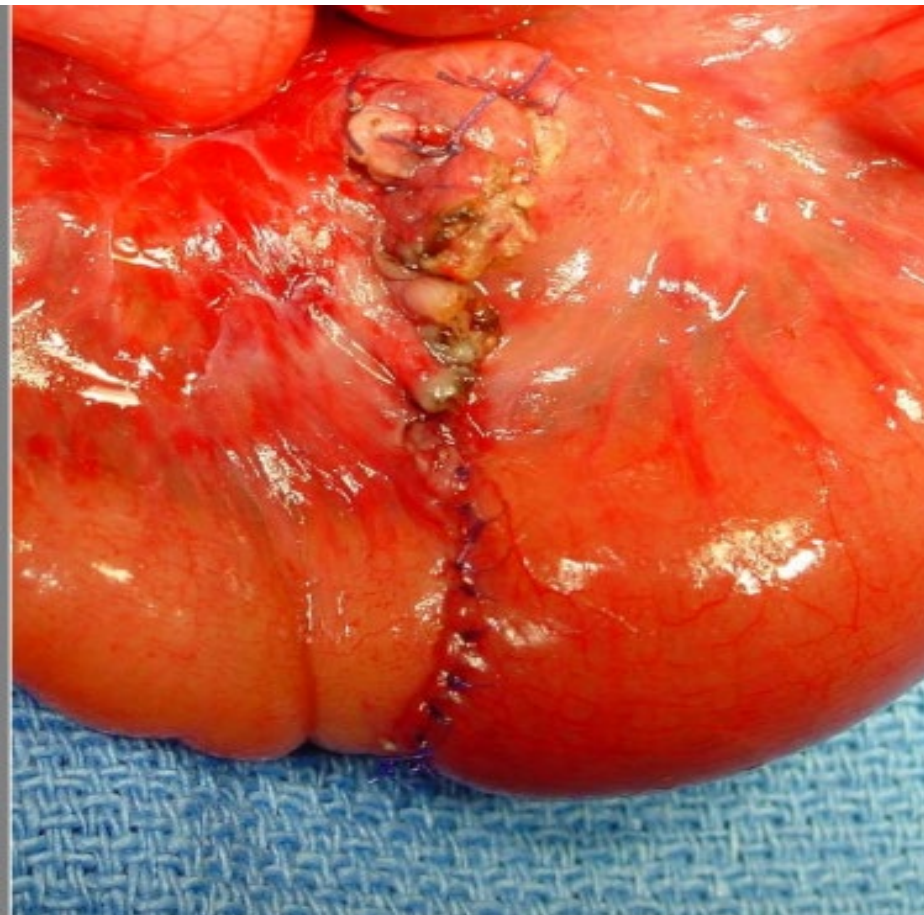
- **Traitement :**
- Traitement chirurgical :
atrésie est pratiqué dans les
1ères heures de vie
- La continuité digestive : une
duodénoduodénostomie +/-
associée à un modelage du
duodénum d'amont.



Anastomose duodéno-duodénale
« diamond-shape »



Les occlusions néonatales



Malformations anorectales

Anus anormal par son siège, sa taille ou par son absence

- La fréquence des MAR est de 1/5000 prédominance masculine
- A la naissance dépistage

Diagnostic :

- L'examen du périnée du nouveau-né est indispensable.
- Distension abdominale sans émission de méconium.
- Il faut vérifier la perméabilité de l'anus en introduisant une sonde rectale

- *ASP* :

face, profil

incidence de Rice détermine le niveau du cul de sac le type de la MAR

ratio sacré

TRAITEMENT

- -Les formes basses ➔ une proctoplastie

- - les formes hautes

une colostomie

puis la cure de la malformation.

Autres occlusions néonatales

Iléus méconial de la mucoviscidose

Entérocolite ulcéronécrosante

Le syndrome du petit côlon gauche

Maladie de Hirschsprung :

2/ Hernie congénitale de la coupole diaphragmatique

Hernie congénitale de la coupole diaphragmatique

- **Définition :**

- ✓ Défaut précoce de formation du diaphragme entre la 6ème et la 8ème semaine

- ✓ Ayant par conséquence :

- le développement ou la migration des viscères abdominaux dans le thorax + compression des poumons par les viscères herniés, en particulier le foie.

- ✓ Les poumons sous-jacents et controlatéraux sont ainsi hypoplasiques avec une réduction du nombre d'alvéoles et une altération du lit vasculaire pulmonaire

- postérolatéral gauche * hernie de Bochdalek *

- **SDRA néonatales**

- *La Rx du thorax de face* : sonde gastrique : présence des clartés gazeuses anormales au niveau du thorax.
- Les opacifications digestives : TOGD → CI dans les formes aiguës
- TDM et L'IRM : en cas de doute diagnostic
- Bilan malformatif +++



3/ Appendicite aiguë du nouveau-né

- Appendicite aiguë du nouveau-né
rare
occlusion néonatale fébrile.
- Le diagnostic est fait à l'intervention, ou certaines entérocolites aiguës.
- L'appendicite herniaire (hernie de Littré).
Les signes étranglement herniaire.

4/Les malformations de la paroi abdominale antérieure

congénitales de la paroi antérieure abdominale
détectées en anténatal dès l'échographie de
premier trimestre.

Une Omphalocèle

- défaut de fermeture de la région ombilicale, les viscères extériorisés sont couverts de péritoine et d'amnios
- Associée à d'autres malformations
- 2 Types
- Pronostic : la taille du défaut pariétal et au contenu du sac

URGENTES CHIRURGICALES NÉONATALES



omphalocèle type I à contenu intestinal (malade des U.C.P.)



Omphalocèle géante type II

- **Prise en charge :**
- Dès la naissance, le nouveau-né protégé par un sac stérile
- Traitement chirurgical : la réintégration des viscères extériorisés dans la cavité abdominale et la fermeture de la paroi abdominale.

Le laparoschisis

- Eviscération intestinale congénitale à travers un orifice pariétal abdominal situé à droite de l'ombilic.
- Le cordon ombilical est inséré normalement.

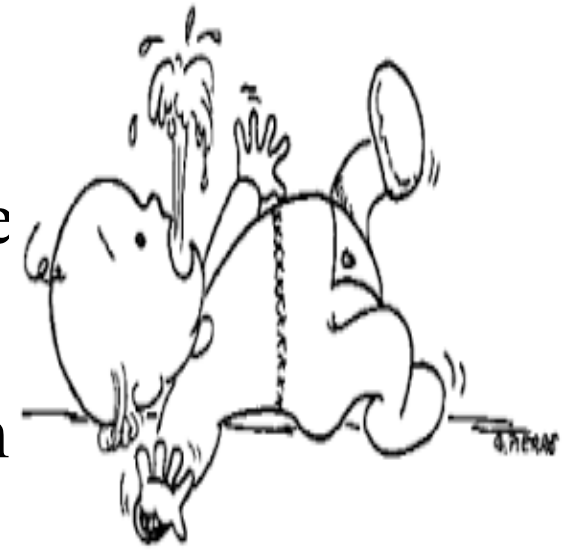


III/ URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

- 1/ La sténose hypertrophique du pylore
- 2/ Invagination intestinale aigue
- 3/ Les anomalies de rotation et volvulus du grêle
- 4/ Appendicite aigue

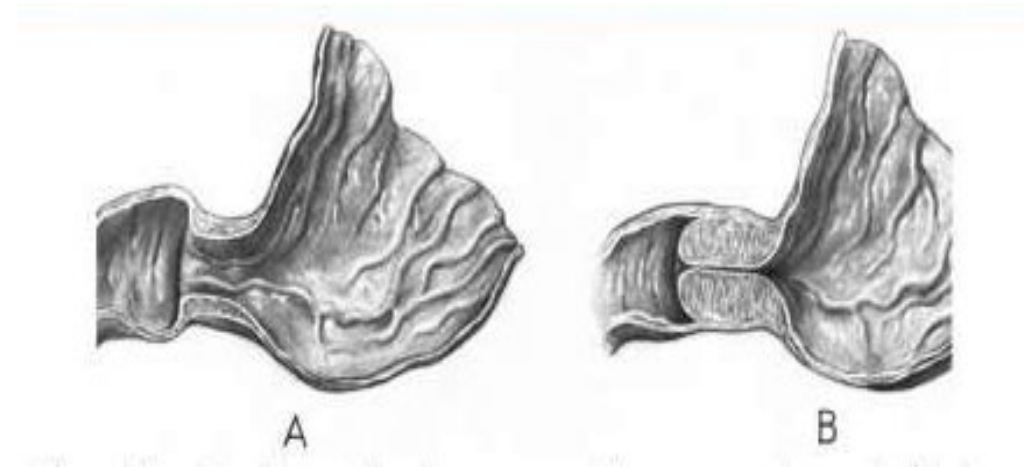
1/ La sténose hypertrophique du pylore

- ✓ Physiopathologie : liée à l'hypertrophie de la couche musculieuse interne et circonférentielle du pylore
- ✓ Concerne le nourrisson entre 2 et 8 semaines de vie.
- ✓ Affection fréquente : 2% des nourrissons de cette tranche

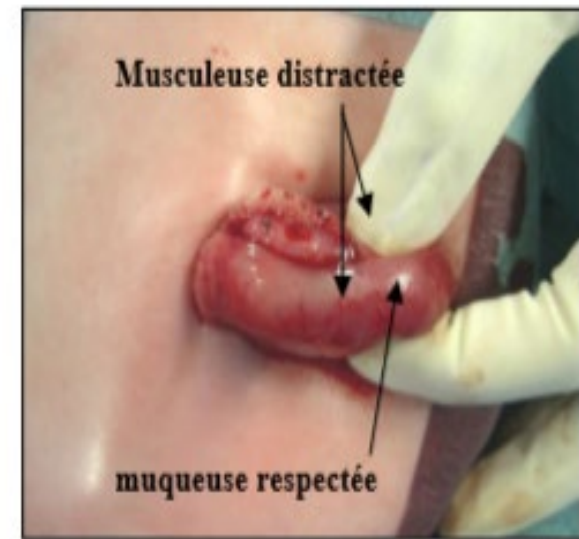
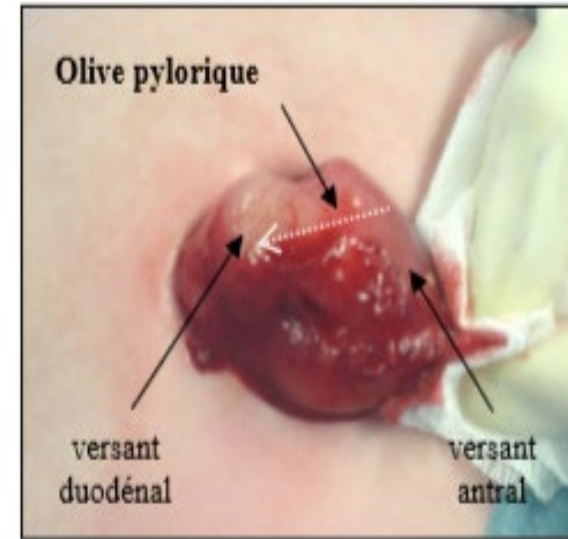


- ✓ Vomissements alimentaires (lait caillé), jamais bilieux, post-prandiaux, abondants, en jets, d'aggravation progressive.
- ✓ Perte de poids variable.
- ✓ signes de déshydratation extra cellulaire.
- ✓ Appétit conservé, altération de l'état général tardive.
- ✓ Palpation d'une olive pylorique +++ : masse oblongue, ferme, mobile, sous le bord antérieur du foie

- ✓ Echographie pylorique +++ : établit un diagnostic de certitude
- ✓ Image en **cocarde** en coupe transversale et en sandwich en longitudinale
 - longueur du pylore > 20 mm
 - largeur > 15 mm
 - épaisseur de la paroi musculaire > 4 mm



- ✓ Ionogramme sanguin: désordres hydroélectrolytiques qu'il faudra corriger par une réhydratation intra-veineuse avant l'anesthésie générale nécessaire à l'intervention chirurgicale.
- ✓ Réanimation pré-opératoire :
 - arrêter l'alimentation
 - aspiration gastrique
 - corriger les troubles hydro-électrolytiques
- ✓ Chirurgie :
 - Pylorotomie extra-muqueuse



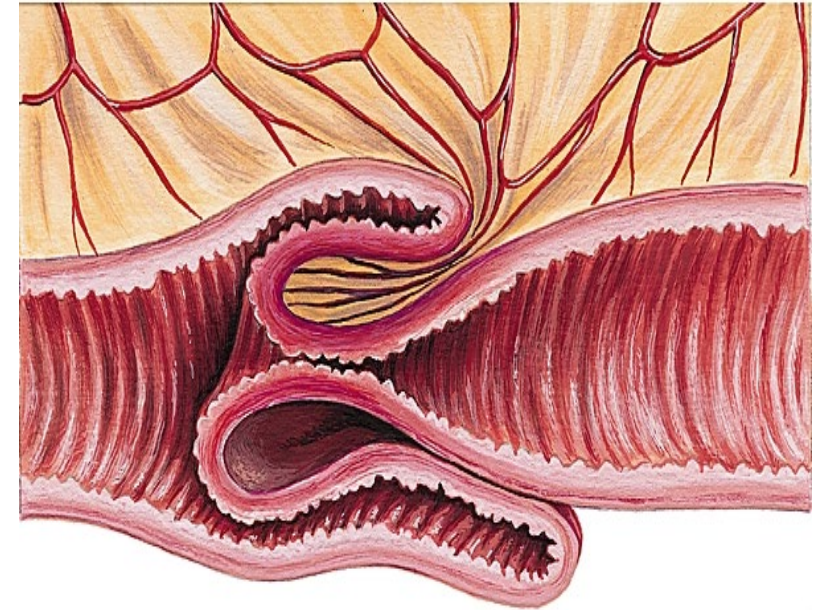
Vues per-opératoires
Pyloromyotomie extra-muqueuse

2/ Invagination intestinale aigue

- IIA = **urgence chirurgicale**
- IIA = pénétration d'un segment intestinal dans le segment d'aval
- IIA primitives : **90 à 95 %.**
- IIA secondaires : **5 à 10 %.**

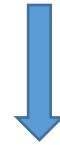
lésion organique :

- ✓ diverticule de Meckel +++
- ✓ tumeur bénigne (polype...) tumeur maligne (lympho
- ✓ duplication intestinale
- ✓ purpura rhumatoïde
- ✓ mucoviscidose
- ✓ post-opératoire



Physiopathologie

invagination intestinale aigue



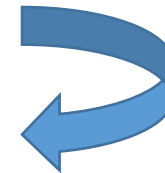
Entrainement du méso intestinal



Compression vasculo-nerveuse



Ischémie
intestinale



Dlr
abdominales

- **Clinique : Forme typique**

- ✓ Nourrisson : 2 mois à 2 ans.

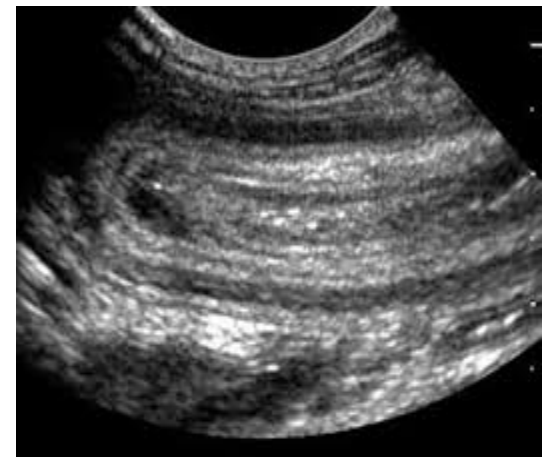
- ✓ 2 garçons pour 1 fille.

- ✓ **Triade classique** = crises douloureuses abdominales paroxystiques + refus de tétée + vomissements + rectorragie

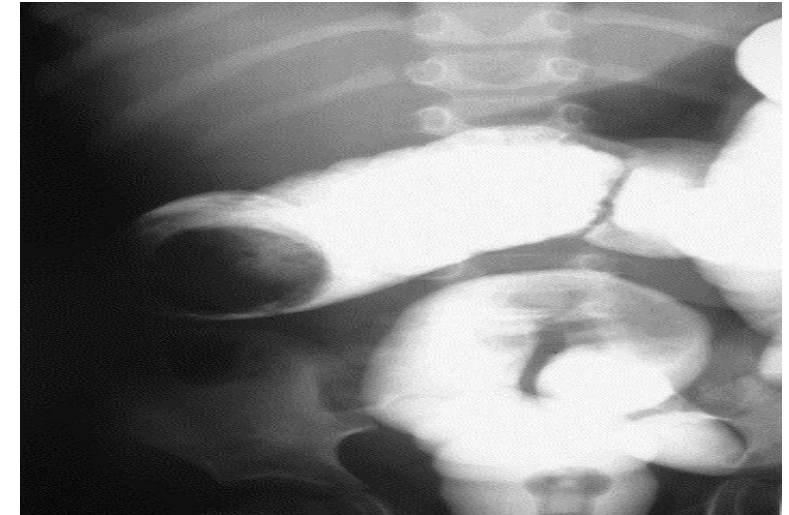
- ✓ FID vide.

- ✓ Masse sous-costale droite douloureuse = **boudin**.

- Dgc: Echographie abdominale: image en cocarde ou en sandwich



- Le lavement opaque: confirme l'invagination et permet sa réduction



Traitement

Traitement non chirurgical

- Réduction de l'IIA par le lavement opaque
- Reduction hydrostatique (eau).
- Réduction pneumatique (air).

Traitement chirurgical

- Réduction chirurgicale.

3/ Les anomalies de rotation et volvulus du grêle

4/Appendicite aigue

- C'est une inflammation aigue de l'appendice
- Motif le plus fréquent de consultation aux urgences.
- Absence de parallélisme anatomo-clinique.
- Clinique:
- Douleur de la FID pouvant irradier vers l'ombilic (+++)
- Nausées, vomissements ou troubles du transit (+++) Inappétence
- Fébricule 38-38,5°C
- Signe de Mac Burney
- Le diagnostic est évoqué systématiquement devant une occlusion fébrile, très difficile chez le moins de 3 ans



- **Biologie:** FNS : Polynucléose, CRP positive
- **Imagerie:** l'échographie +++
 - ✓ une augmentation de **la taille supérieure à 06 mm**
 - ✓ une infiltration de la graisse péri-appendiculaire.
 - ✓ un stercolithe
 - ✓ **les diagnostics différentiels** (pathologies annexielles, iléite terminale....).

TRAITEMENT

- Traitement médical:
ATB avec une surveillance régulière clinique biologique et échographique
- Traitement chirurgical: appendicectomie par voie classique ou coelioscopique

IV/ CONCLUSION

- Chaque enfant doit pouvoir bénéficier, dès son arrivée aux urgences, d'une prise en charge débutant par la détection rapide de toute urgence chirurgicale.
- Cette étape d'évaluation initiale est cruciale pour assurer la sécurité du patient, faciliter la gestion de la prise en charge
- Des décisions doivent être prises parfois dès la réception de l'enfant.
- Des choix stratégiques se posent qui peuvent aller de la simple surveillance parentale à domicile jusqu'au transfert vers un centre de référence.
- C'est de cette phase initiale de la prise en charge en urgence que va souvent dépendre le résultat.
- Cet instant n'est pas affaire de spécialiste, il concerne tout médecin conduit à voir et recevoir des enfants.

V/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bargy, F., & Beaudoin, S. (2006). *Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson. EMC - Pédiatrie - Maladies Infectieuses, 1(1), 1–12.*
2. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson: L. Fievet, A. Faure EMC - Pédiatrie - Maladies Infectieuses 2015

MERCI DE VOTRE ATTENTION



THANK YOU FOR TAKING CARE OF ME