

Faculté de Médecine d'Alger
d'Alger

Urgences Abdominales Chez L'Enfant

Dr D. Mesbah
Service Pédiatrie "A" CHU Béni Messous
le 04/10/ 2023

- Les urgences abdominales de l'enfant constituent une situation pathologique **aigue** nécessitant un **diagnostic et une prise en charge urgente**
- **« L'urgence étant ce cas nécessitant des soins sans délai »**
(Etienne, 1995)
- Une bonne connaissance des signes d'orientation permet un diagnostic et une prise en charge **précoce et optimale**
- 2 écueils à éviter:
 1. Banaliser l'existence de douleurs abdominales en méconnaissant une urgence chirurgicale avec parfois des conséquences graves
 2. A l'inverse il est dangereux de poser une indication chirurgicale inutile chez un enfant ayant une pathologie médicale qui peut être décompensée par l'anesthésie et/ ou l'intervention

Introduction

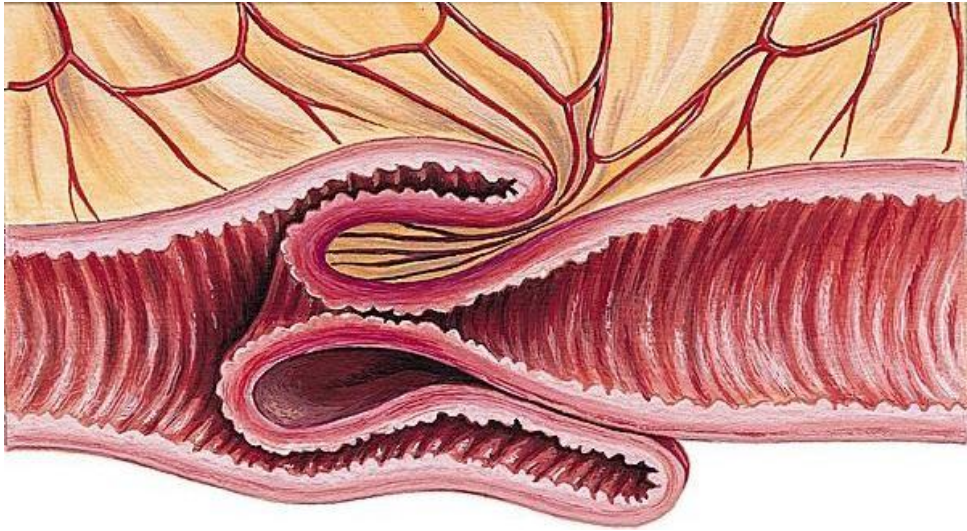
Les principales urgences abdominales de l'enfant: variables

- ✓ Invagination intestinal aiguë.
- ✓ appendicite aigue
- ✓ Occlusion sur bride.
- ✓ Torsion testiculaire.
- ✓ Hernie inguinale étranglée. Torsion d'annexe.
- ✓ Volvulus du grêle sur mal rotation intestinale

Invagination intestinale aiguë (IIA)

Invagination intestinale aiguë (IIA) :

- ✓ Une urgence chirurgicale .
- ✓ La cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans [1].
- ✓ Définit comme la pénétration d'un segment d'intestin dans la lumière du segment qui lui est immédiatement adjacent(aval) par un mécanisme de retournement en doigt de gant.
- ✓ ***la Physiopathologie*** est liée à un trouble du péristaltisme intestinal dont l'étiologie est encore mal connue.



Anatomie pathologique

✓ il existe 3 Types:

- 1) **iléo-colique** trans-valvulaire iléo-caeco-appendiculaire.
- 2) **iléo-iléale.**
- 3) **Colo-colique.**

physiopathologie Ischémie

 invagination intestinale aigue

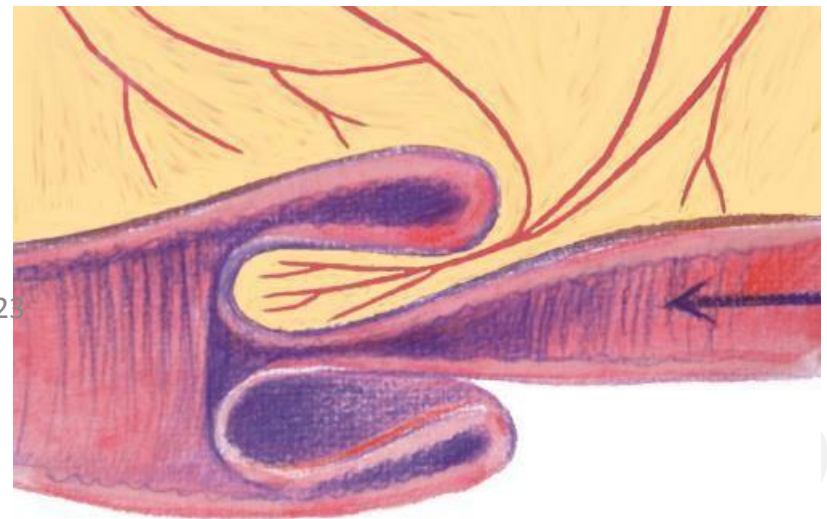
Entrainement du meso- intestinal

Compression vasculo-nerveuse

Ischémie Intestinale

Douleurs abdominales

01/10/2023



Clinique: la triade classique clinique associe

1. **Douleurs abdominales paroxystiques** (accès de pleurs et de cris avec

flexion des cuisse sur l'abdomen; de survenu brutale accompagnés d'une

paleur inhabituelle; dures quelques minutes; ces crises cessent aussi

brutalement qu'elles ont débuté. Elles se répètent avec une fréquence et

une intensité variable , entre les crises l'enfant se comporte normalement

2. **Vomissements** : alimentaires ;refus de biberon signe constant; parfois

bilieux dans les cas vu tardivement

3. **Rectorragies**, mais ne concerne qu'un tiers des patients.

Examen clinique :

- ❖ Altération de l'état général
- ❖ Palpation de l'abdomen :
 - « boudin d'invagination tumefaction ovalaire;ferme et mobile;sensible»
- ❖ Météorisme abdominal lié à une occlusion du grêle

Imagerie

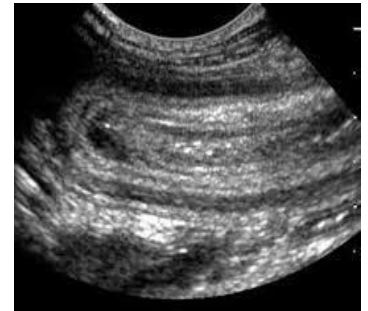
- Une fois le diagnostic suspecté, la réalisation des examens complémentaires doit se faire chez un enfant réhydraté et analgésié.

Echographie abdominale : +++

Examen clé permettant d'affirmer le diagnostic en montrant

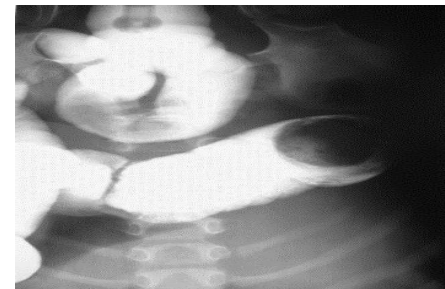
«Boudin d'invagination»qui donne 2 images caractéristiques

- 1) image en cocarde(coupe transversale)
- 2) image en sandwich (coupe longitudinale)



Lavement opaque :

- Arrêt de la colonne opaque
- Pince de homard



Formes cliniques

- **Formes paucisymptomatiques**
- Vomissements isolés.
- Rectorragie isolée.
- Douleurs abdominales isolés

12

Etiologies

***IIA primitives :
90 à 95 %.***

- ☐ infection virale ORL.
- ☐ Lymphadénite mésentérique.

***IIA secondaires :
5 à 10 %***

- ☐ **lésion organique** :diverticule de Meckel
+++
- ☐ Tumeur bénigne (polype...) tumeur maligne (lymphome).
- ☐ Duplication intestinale
- ☐ Purpura rhumatoïde
- ☐ Mucoviscidose
- ☐ Post-opératoire

Diagnostic différentiel

- Diagnostic: Invagination vs coliques du nourrisson
- Pleurs du nourrisson / Invagination

Traitement

Invagination intestinale aiguë est une urgence thérapeutique.
Dès le diagnostic suspecté, l'enfant doit être perfusé, réhydraté et réchauffé, cela afin d'éviter les chocs hypovolémiques lors de la désinvagination.

Le patient est à jeun.

Des antalgiques intraveineux doivent être prescrits en cas de douleurs abdominales

Traitement

- **Traitement non chirurgical:**

- contre-indication

- la peritonite
 - perforation digestive avec pneumopéritoine
 - altération majeure de l'état général avec état de choc

- methodes

- exercer une contre-pression dans l'intestin d'aval au moyen d'un lavement rétrograde pneumatique ou hydrostatique .

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

- **Traitement chirurgical:**

- Réduction chirurgicale.

Traitement: indications

- ☐ Le traitement non chirurgical est efficace dans 90 % des cas.
- ☐ Le traitement chirurgical (à ciel ouvert ou par voie laparoscopique) est réalisé en cas de contre-indications au lavement ou en cas d'échec de celui-ci ou dans certaines circonstances particulières.

Pronostic

Le pronostic de cette affection est excellent, au prix d'une **étroite collaboration** entre les différentes équipes pédiatrique, chirurgicale, radiologique et anesthésique.

La morbidité de l'affection est liée aux **complications** de l'invagination (perforation, choc septique). Ces complications sont d'autant plus importantes que le **retard au diagnostic** est grand mais elles dépendent également de l'étiologie de l'invagination.

De plus, en cas de traitement chirurgical, il existe une morbidité liée à toute intervention (complications de l'anesthésie, abcès de paroi, risque d'occlusion sur bride), de l'ordre de 1 %.

Recidives : 10% des cas

Conclusion

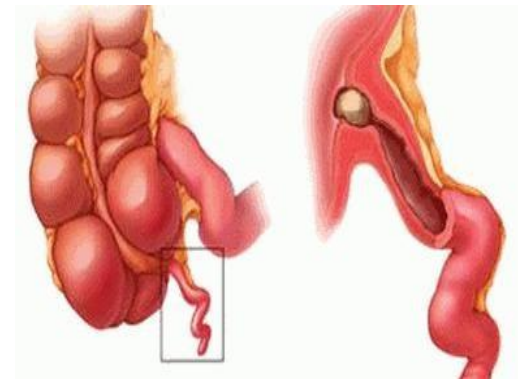
C'est grâce à un diagnostic précoce et à une étroite coopération entre les équipes pédiatrique, anesthésique, radiologique et chirurgicale que le pronostic de l'IIA pourra encore être amélioré.

La mortalité est liée aux retards diagnostique et/ou thérapeutique.

Appendicite Aigue

introduction

- C'est une inflammation aigue de l'appendice
- motif le plus fréquent de consultation aux urgences.
- Absence de parallélisme anatomo-clinique (topographie de l'appendice).



Clinique

Douleur de la FID à type de déchirure, crampes, torsion, évoluant par coups, (suivie d'accalmies) et pouvant irradier vers l'ombilic(+++) débutant volontiers au milieu de l'épigastre pour migrer vers la Fosse Iliaque Droite

accompagnée de nausées, vomissements ou troubles du transit --(+++)

- Fébricule 38 - 38,5 C

Examen clinique

□ La palpation: doit être très douce, en commençant par la

FIG, en remontant le cadre colique jusqu'à la FID.

- **Signe de Mac Burney** : Douleur provoquée, nette, précise et vive à la palpation de la FID

- **Signe de Blomberg** : Douleur à la décompression de la FID

- **Signe de Rovsing** : Douleur FID lors de la palpation de la FIG

Biologie

- *FNS : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles*
- *CRP positive*

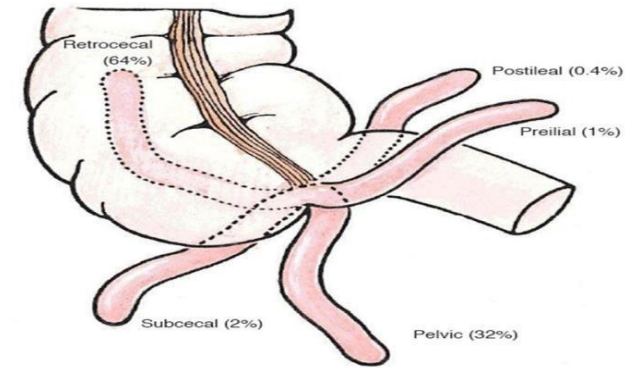
Examen

- l'échographie est le meilleur examen en faveur du diagnostic d'appendicite

complémentaire

- une **augmentation de la taille de l'appendice supérieure à 06 mm**
- une infiltration de la graisse péri appendiculaire.
- un stercolithe
- la douleur au passage de la sonde
- Son intérêt réside également dans l'identification des diagnostics différentiels (pathologies annexielles , iléite terminale

Figure 1. Frequency Of Appendix Locations



©LifeART/www.fotosearch.com. Used with permission.

Formes cliniques

appendicite rétro-caecale: douleur lombaire

- appendicite pelvienne: des signes urinaires
- appendicite méso-coeliaque: une occlusion fébrile
- Appendicite sous hépatique:

La douleur siège au niveau de

l'hypochondre droit

Formes cliniques

- **Appendicite aigue du nourrisson et du petit enfant** trompeuse et grave.

- Les formes compliquées dominant.

- Le tableau associe : altération de l'état général,

fièvre élevée, vomissements fréquents, diarrhée réactionnelle.

- L'examen abdominal est difficile

devant des pleurs incessants : l'examineur doit laisser sa main sur

l'abdomen du nourrisson et attendre chaque inspiration profonde pour

détecter une défense.

Formes cliniques

Les formes compliquées:

- ❖ Abcès appendiculaire
- ❖ Plastron
- ❖ Péritonite appendiculaire.

Traitement

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

Urgences génitales

Garçon

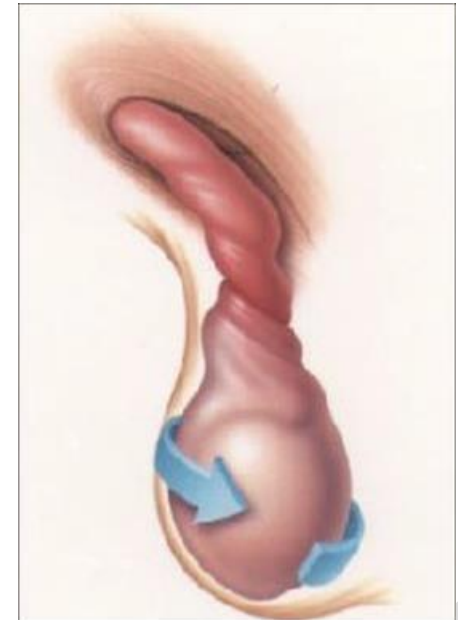
- Grosse bourse aigue
- ❖ La torsion du cordon spermatique
- ❖ Hernie inguinale et inguino-scrotale

Fille

- L'hernie de l'ovaire
- Torsion d'annexe

La torsion du cordon spermatique

- La glande tourne sur son axe vasculo
- déférentiel une striction du pédicule
- vasculaire une ischémie testiculaire
- classiquement irréversible après
- six heures de torsion
- Elle touche préférentiellement
- l'adolescent et nouveau né.
- Principale cause de douleur testiculaire



La torsion du cordon spermatique

Tableau clinique

,Douleur brutale intense
continue;unilaterale:

- Par fois nausées vomissements
- Pas de fièvre ni signes urinaires
- signes inflammatoires testicule
dur douloureux avec bourse
volumineuse
- **Plus tard:** la douleur
- les signes inflammatoires
- apparition d'une fièvre

30

La torsion du cordon spermatique

Examens complémentaires

Ils sont généralement inutiles et l'attente de leur résultats peut être préjudiciable pour la vitalité testiculaire

- aucun examen ne peut éliminer le diagnostic

de manière formelle.

- Dans les centres où l'échographie est facilement disponible, cet examen est demandé. Il peut montrer une diminution du flux artériel

31

La torsion du cordon spermatique

Retenir

Ainsi toute suspicion de torsion du cordon spermatique doit imposer en urgence une exploration chirurgicale +++.

32

La torsion du cordon spermatique

Traitement

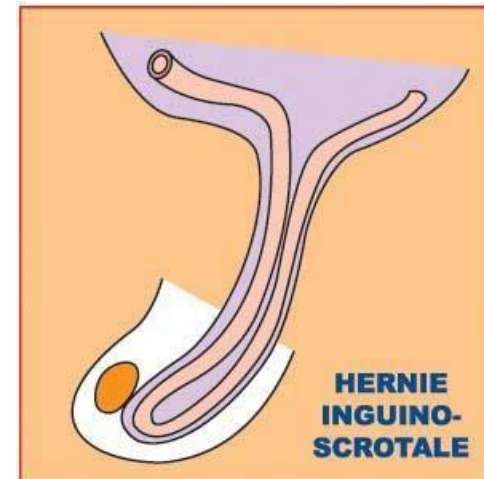
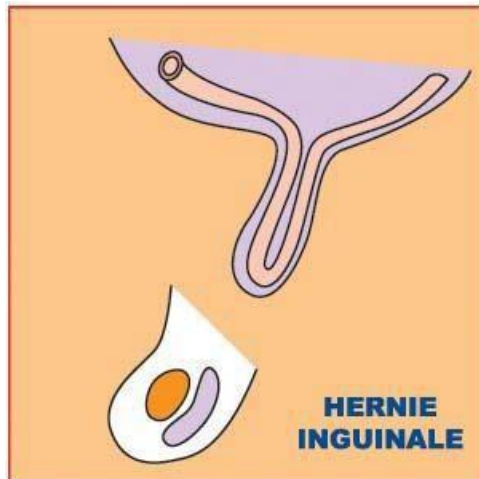
- Urgence Chirurgicale
- Détorsion simple ou orchidectomie
- Fixation du coté controlatéral+++

33

Hernie inguinale et inguino scrotale étranglée chez le garçon

Incarcération irréductible d'un segment du tube digestif dans le canal peritoneovaginal CPV

Pathogénie : persistance du CPV



34

Hernie inguinale et inguino scrotale étranglée chez le garçon

- ATCD : hernie
- Tuméfaction inguino scrotale dure

douloureuse irréductible

- Le testicule est palpé et de volume normal

- Plus tard : occlusion clinique et radiologique



35

Hernie inguinale et inguino scrotale étranglée chez le garçon

- **Traitement non chirurgical**

- Malade vu précocement
- Pas de sd occlusif



- **Traitement chirurgical**

- Malade vu tardivement
- Sd occlusif franc
- Echec du traitement non chirurgical

36

Hernie inguinale chez la fille

- contenu ovarien +++
- Petite masse ferme, mobile ,indolore à la partie supérieure de la grande lèvre
- Parfois notion de tuméfaction intermittente avec
- un examen clinique normal
- **Traitement:**
 - Chirurgical
 - Urgence différée
 - **Pas de réduction manuelle ≠ garçon**



La torsion d'annexe chez la fille

- **introduction**

- Ovaire seul ou ovaire + trompe
- Diagnostic difficile souvent méconnu
- Met en jeu à court terme le pronostic fonctionnel
- Peut survenir sur un ovaire sain mais surtout sur un ovaire kystique ou tumoral .

38

La torsion d'annexe chez la fille

Clinique

- Douleurs pelviennes: latéralisées, de survenue brutale,
- intenses, associées à des vomissements
- Abdomen chirurgical (défense)
- Parfois kyste palpable en sus pubien ou au toucher vaginal

Echographie:

- Confirme le diagnostic
- Élimine la grossesse extra-utérine GEU

39

Hernie inguinale chez la fille

- **Traitement**
- Chirurgie en urgence pour détorsion
- Si retard ovariectomie ou annexectomie
- Intérêt de la rapidité de la prise en charge :
- **Duree de vie de l'ovaire : 6 heures**

40