

Les urgences abdominales chirurgicales pédiatriques

Les urgences abdominales chirurgicales pédiatriques

Sous cette dénomination, nous inclurons dans cet enseignement

- les pathologies **aiguës, non traumatiques,**
- dont l'expression clinique initiale est centrée sur **la cavité abdominale**
- qui nécessitent une prise en charge **chirurgicale** et **non pas médicale**
- **Chez l'enfant.**

Etiologies multiples, variables selon l'âge:

- Nouveau-né dominé par la pathologie malformative
- **Nourrissons**
- **Grand enfants**

Attention

L'examen clinique de douleurs abdominales de **l'enfant ne se limite pas à l'abdomen** : l'enfant doit être **entièrement examiné** !

Il peut être difficile d'examiner un ventre d'enfant algique « The abdominal examination in the young child requires artistry. »

Demander à un enfant « Et ici, est-ce que ça fait mal ? » provoque assez systématiquement une réponse positive, où que l'on palpe.

Quelques trucs pratiques peuvent ici s'avérer utiles :

- palper le ventre de l'enfant dans **les bras d'un parent** ;
- parler aux parents avec la main sur le ventre de l'enfant, sans bouger ; on perçoit très bien l'état de tension ou de défense de la paroi ;
- **parler à l'enfant** (y compris les bébés) en l'examinant ;
- plier ou faire plier les jambes pour détendre l'abdomen ;
- **regarder le visage** de l'enfant plutôt que lui demander si cela fait mal ;
- ne jamais commencer à palper directement à l'endroit où l'enfant a mal.

Etiologies multiples, variables selon l'âge:

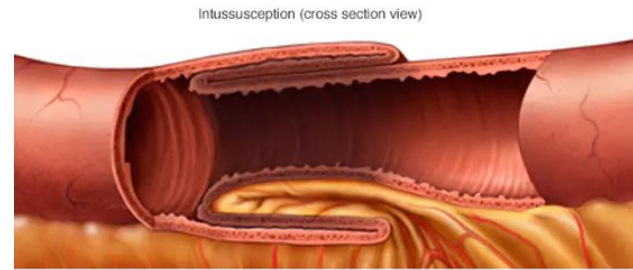
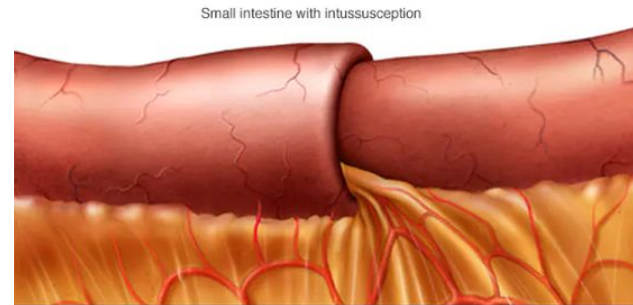
- **Nouveau-né** dominé par la pathologie malformative
- **Nourrissons**
 - **Invagination intestinale aigue IIA**
 - **Hernie étranglée**
- **Grand enfants**
 - **PATHOLOGIE appendiculaire**
 - **PATHOLOGIES annexielles**
 - **CHEZ LE GARCON**
Torsion du cordon spermatique
 - **CHEZ LA FILLE**
Torsion d'annexe saine ou pathologique

Invagination intestinale aigue IIA

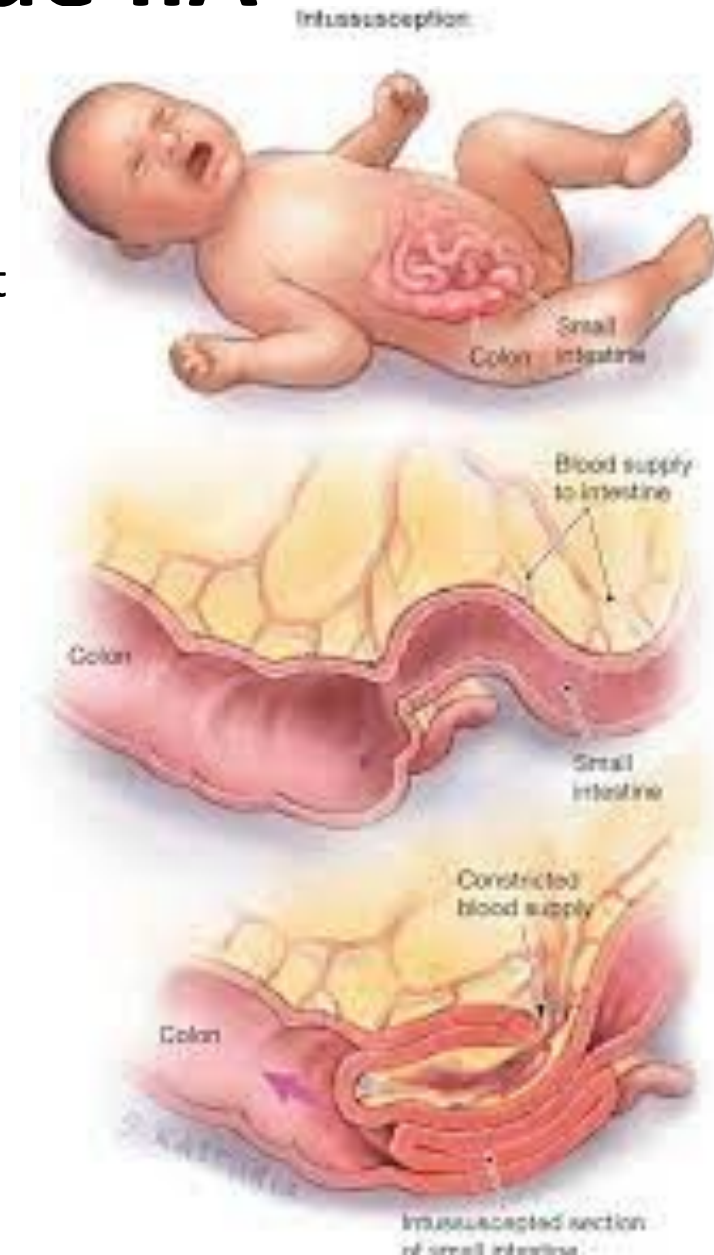
- la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez le nourrisson
- La pénétration d'un segment intestinal et de son méso dans le segment d'aval et sa progression dans le sens iso péristaltique. (le plus souvent IIA ileocaecale).

Le boudin d'invagination progresse dans le sens du péristaltisme et est responsable à la fois d'une **obstruction** luminale expliquant le **syndrome occlusif** et d'une **strangulation méésentérique**

- artérielle (risque de nécrose et perforation digestive),
- veineuse (stase et hypersécrétion muqueuse à l'origine des rectorragies)
- et nerveuse (réaction neuro-végétative expliquant la pâleur et l'atonie).



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



Invagination intestinale aigue IIA

- **IIA primitive ou idiopathique** entre l'âge de 2 mois et 2 ans, fréquente
- **IIA secondaire** après l'âge de 2 ans,
 - le point de départ est une cause **locale malformative** (diverticule de Meckel, duplication digestive),
 - s'intégrant dans une **pathologie plus générale** du tube digestif (lymphome, purpura rhumatoïde)
 - ou dans un contexte **post-opératoire** ou **Les enfants soumis à une chimiothérapie** .

Invagination intestinale aigue

Clinique: forme typique

- **Douleurs abdominale:**
 - » aigue
 - » **paroxystique**: notion d'intervalle d'accalmie
 - » pleurs, pâleur
- **Vomissements:**
 - » alimentaires puis bilieux
 - » **refus de biberon**: quasi constant
- **Rectorragies:**
 - » inconstantes



Invagination intestinale aigue

- **Clinique:** forme typique

- » Palpation du **boudin d'invagination**: mobile, ferme
au niveau du flanc droit ou le long du cadre colique
- » Rarement boudin à l'anus



Invagination intestinale aigue

Attention

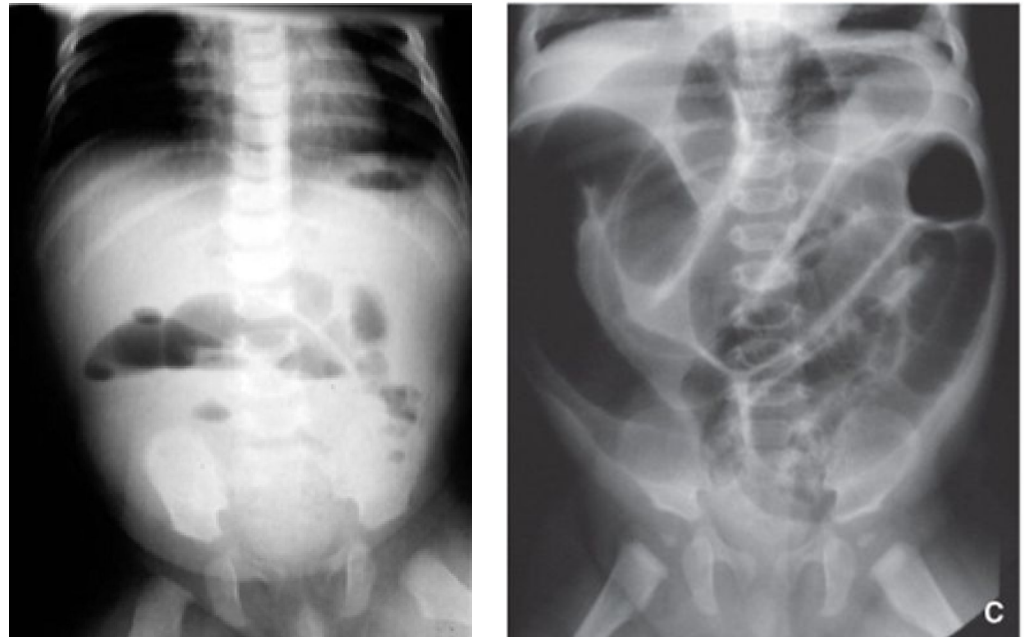
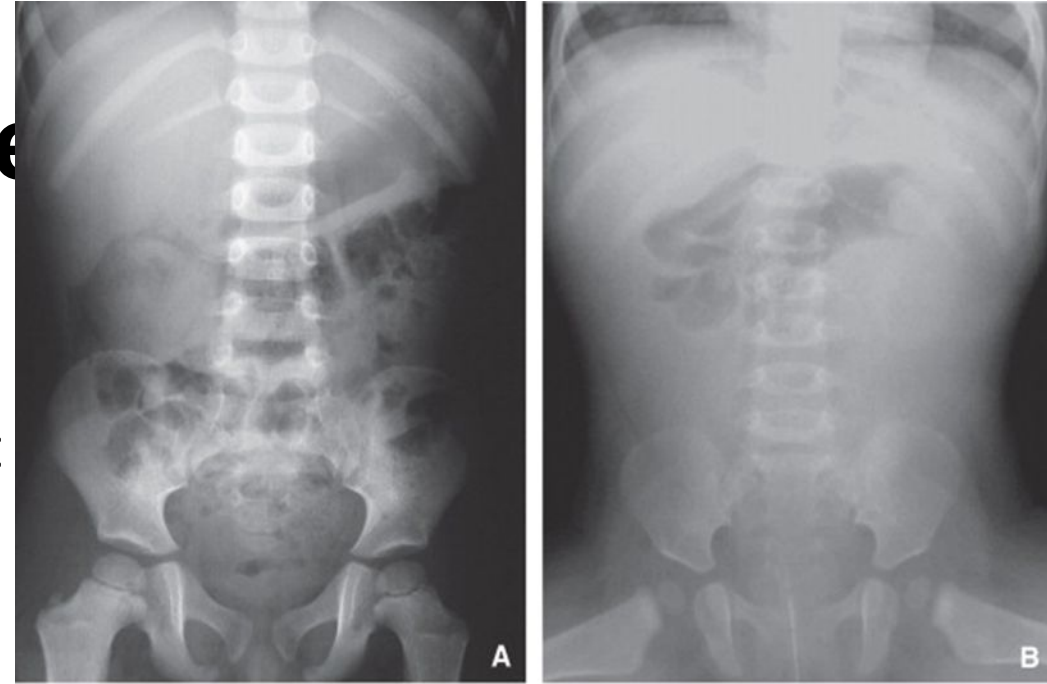
Les formes trompeuses mettent un symptôme inhabituel au premier plan

- Diarrhée isolé ou un tableau de gastroentérite, il faut savoir que l'invagination intestinale peut survenir dans un contexte de gastroentérite aigue
- **L'altération de l'état général** est retrouvée dans 30%
- **Formes pseudo-méningées** où les symptômes neurologiques sont au premier plan (hypotonie, prostration ou convulsions)

Toute suspicion clinique doit conduire à la réalisation d'une echo

Invagination intestinale aiguë

- Le bilan radiologique comporte :
 - ASP : si suspicion de **pneumopéritoine** devant
L'ASP est normal dans 30% à 50% des cas d'IIA.
- Dans les formes typiques, il existe



Abdomen sans préparation chez trois enfants présentant une invagination iléocolique.

A. Aspect typique de l'image en cocarde sous-hépatique.

B. Faible aération de l'abdomen chez une enfant présentant une invagination iléo-colorectale évoluant depuis 24 heures.

C. Distension grêlique chez un nourrisson présentant une invagination iléocæcale.

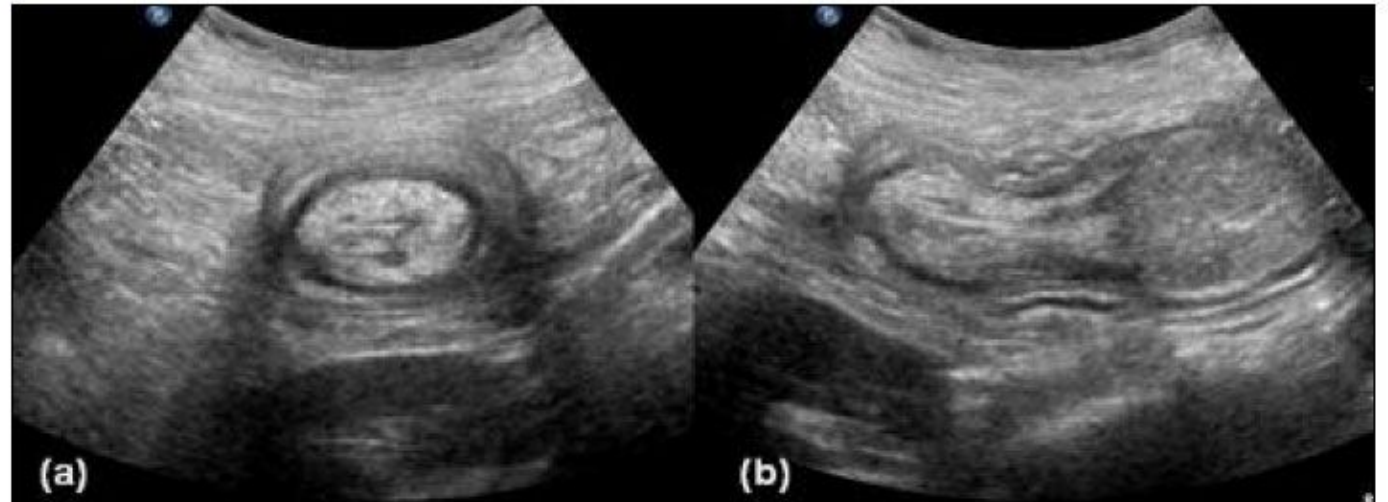
Invagination intestinale aigue

- Le bilan radiologique comporte :

- **Echographie** : c'est l'examen clé.

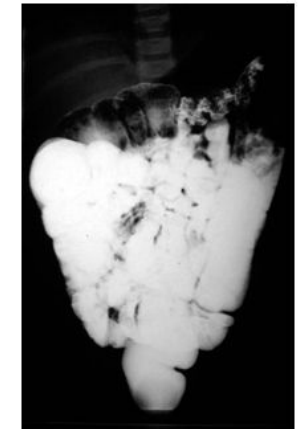
Il permet d'affirmer le diagnostic classique image en cocarde du boudin ou en sandwich.

Figure 1 (a, b) : Échographie abdominale préopératoire : invagination colo-colique du colon transverse avec une image en «cible» en coupe longitudinale (a) et une image en «sandwich» en coupe transversale (b) et une masse endoluminale hyperéchogène et bien limitée de 30 mm de grand-axe.



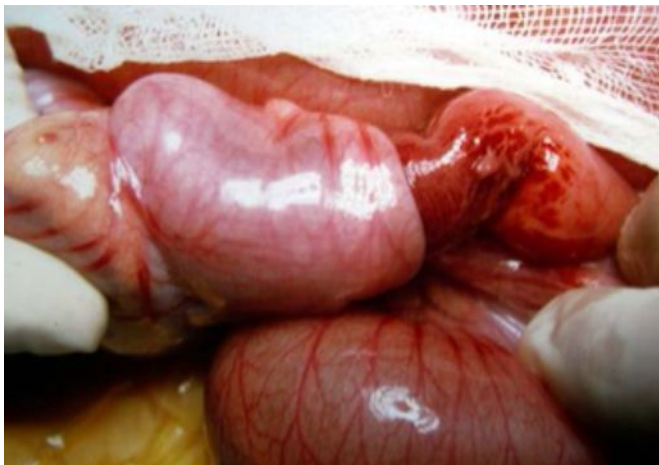
Invagination intestinale aigue

- Le bilan radiologique comporte :
 - **Le lavement** aux hydrosolubles ou à l'air:
 - » intérêt diagnostique et thérapeutique
 - » contre indiqué si:
 - AEG
 - Défense abdominale
 - Pneumopéritoine



Traitement

- Il s'agit d'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.
- L'invagination intestinale aiguë est une urgence thérapeutique. Elle peut être réduite par un lavement rétrograde pneumatique ou hydrostatique (en l'absence de contre-indications)
- ou réduite chirurgicalement.



La hernie inguinale étranglée

- La palpation **des orifices herniaires** chez l'enfant présentant une douleur abdominale aiguë doit être **systematique**.
- La palpation d'une **tuméfaction douloureuse et irréductible** de la région inguinale permet d'évoquer une **hernie étranglée**.
- Les signes cliniques **d'occlusion** et des signes **inflammatoires** en regard de la tuméfaction qui constituent des critères de **gravité** cliniques.

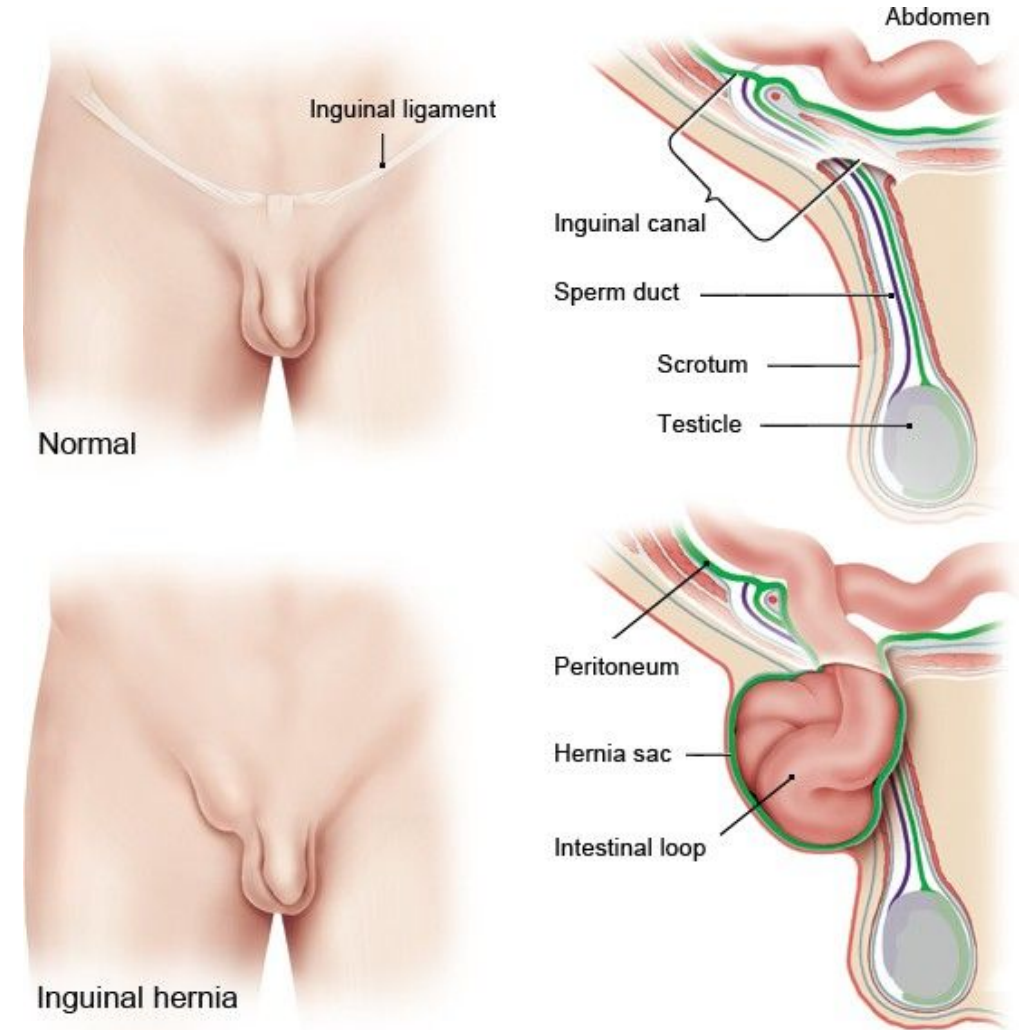
La hernie inguinale étranglée

Chez le nourrisson de sexe masculin, l'étranglement herniaire entraîne

- une **compression** du contenu **digestif** hernié
- mais également du **pédicule spermatique** dans le canal inguinal

pouvant de ce fait induire une **ischémie intestinale** mais aussi **testiculaire**.

Urgence diagnostique et thérapeutique.



La hernie inguinale étranglée

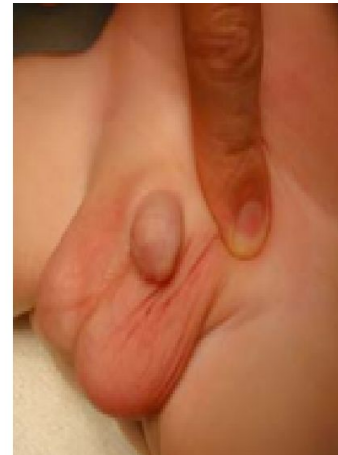
- Un transfert en **milieu chirurgical** doit être réalisé dans les plus **brefs délais** pour la réalisation d'une **sédation** et d'une tentative de **réduction**.



- En cas de succès de la réduction, une intervention chirurgicale est en général effectuée après diminution de l'œdème local.
- En cas d'échec, l'enfant doit être opéré en urgence.

Prise en charge d'une HIE

- En l'absence de signes cliniques évident de nécrose digestive, la réduction d'une HI étranglée doit toujours être tentée.
- Pour augmenter les chances de réussite, la réduction doit se faire sur un enfant le plus calme possible, en cédant d'une prémédication de type Hypnovel ou Valium intra-rectal.
- La réduction se fait par un mouvement de piston, appliquée depuis la bourse en direction de l'aîne.
- la réduction est oblique de dedans en dehors et de bas en haut
- En fin de réduction, le pli inguinal (correspondant à la bourse) doit être parfaitement libre. Dans le cas contraire, une intervention chirurgicale en urgence est nécessaire.



La hernie inguinale étranglée

Chez la fille, lors des **premiers mois** de vie, la hernie contient plus souvent **l'ovaire**,

- dont la traduction clinique est une fausse adénopathie **masse ovoïde** mobile et asymptomatique de la région inguinale et de la grande lèvre (en dehors de complications),
- Dans cette position, l'ovaire est exposé au traumatisme et à la torsion.
- Comme chez le garçon, l'étranglement se manifeste par une tuméfaction **douloureuse et inflammatoire, fixée et irréductible**
- toute tentative de réduction est **proscrite**.
- C'est une **urgence chirurgicale**



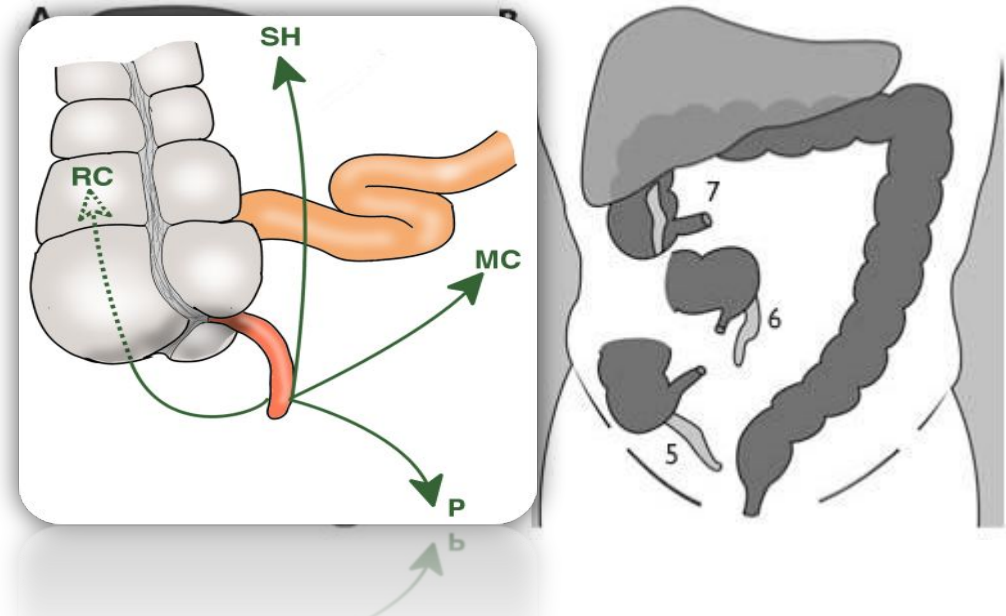
Appendicitis Symptoms

- L'appendicite aiguë de l'enfant est une pathologie **fréquente**,
- ayant un très bon pronostic mais **Potentiellement grave**
- **Complications:** abcès, péritonite, choc septique



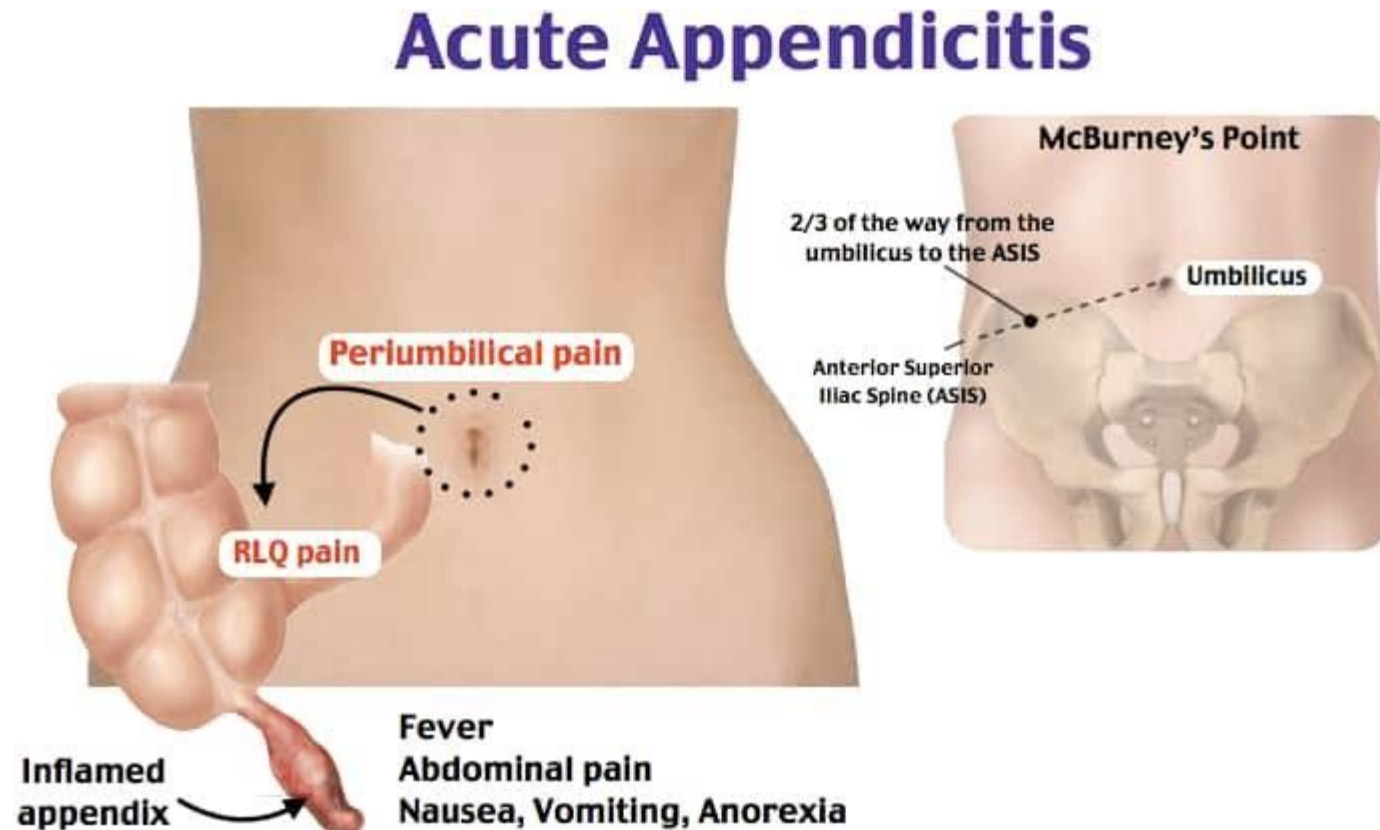
Appendicite aigue

- Examen clinique, qui doit être répété en cas de doute diagnostique +++
 - Les formes cliniques dépendent :
 - du stade de l'évolution de l'appendice aigue (caractère compliqué ou non)
- Sensibilité de la FID, un empâtement ou une défense **abcès**,
une contracture avec AEG **péritonite**
- de la localisation de l'appendice et de l'âge de l'enfant.



- **Tableau clinique:**

- Douleur abdominale **périombilicale** puis **FID**
- Inappétence, nausées, vomissements
- Troubles du transit (ralentissement – diarrhée)
- Fébricule 38-38,5°C

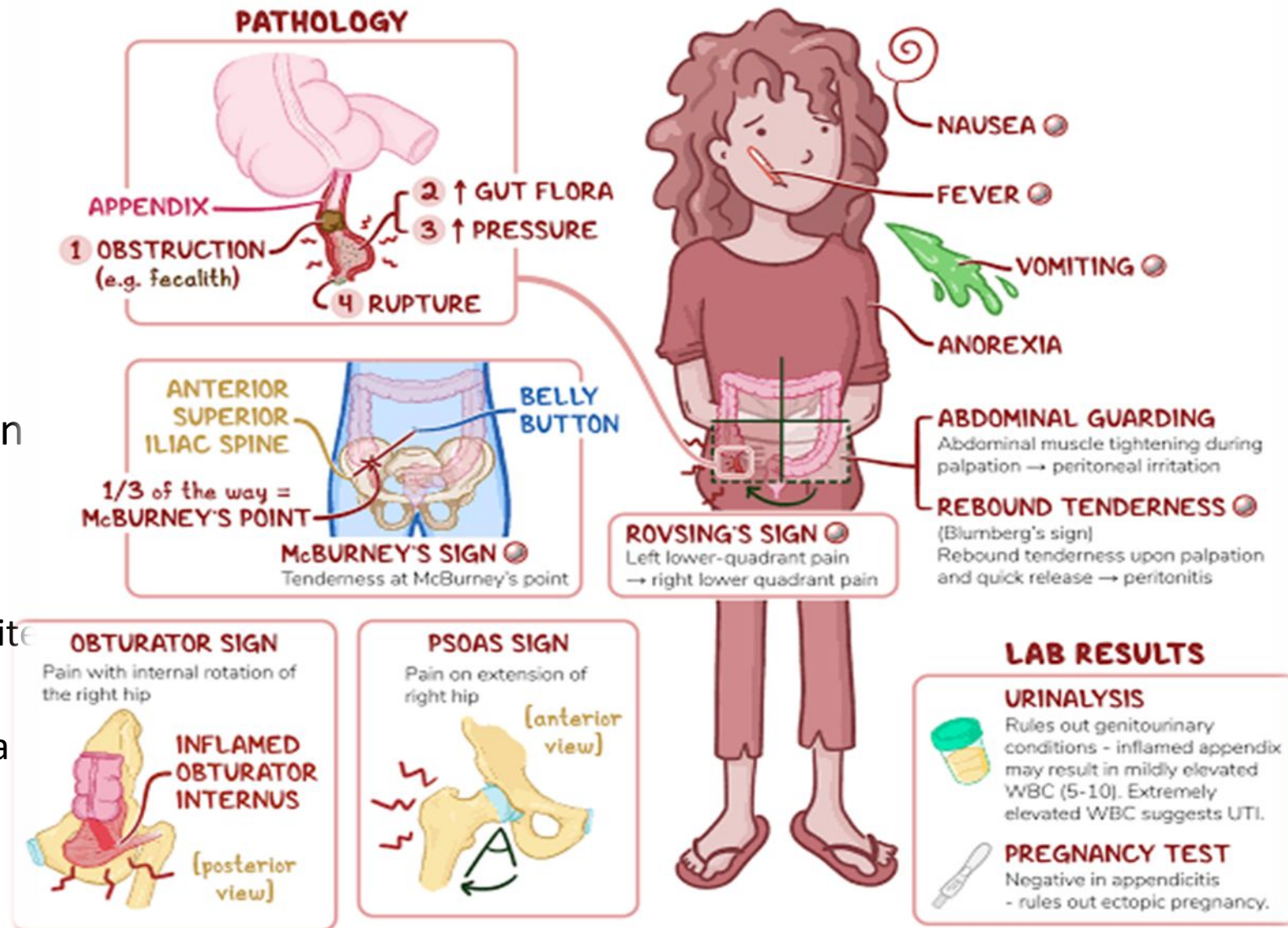


APPENDICITIS

l'inspection de la marche et de la mobilisation (pour monter sur la table d'examen), du faciès (pâleur, langue saburrale, etc.), de l'abdomen (cicatrices, ballonnement, etc.), des membres (purpura)

l'examen physique débute par la région de l'abdomen supposée être la moins douloureuse de signes **d'irritation péritonéale**

- **signe de Blumberg** = douleur à la décompression de la fosse iliaque droite [FID];
- **signe de Rovsing** = douleur à droite déclenchée par une compression de la fosse iliaque gauche)
- **un psoïtis**



Appendicite aigue

- La localisation retro-caecale:
irritation psoas ---- **psoitis**
- La rotation interne de la cuisse:
irritation obturateur
- Douleur à la toux

L'examen s'achève par l'inspection systématique des organes génitaux externes, tant chez le garçon que chez la fille.

La majorité des appendices sont en position rétro-caecale, de ce fait le signe du psoas ou psoitis possède une valeur discriminante supérieure à la palpation de la fosse iliaque droite. Chez le petit enfant, le caecum ne se trouve pas en fosse iliaque droite mais le plus souvent en position haute sous-hépatique.



A. Iliopsoas test

B. Obturator test

Source: Leblond RF, DeGowin RL, Brown DD: *DeGowin's Diagnostic Examination*,

Appendicite aigue

- la prise de **température** et la **bandelette urinaire** doivent également rester **systematiques** dans ce cas chez l'enfant.
- Les examens **biologiques** à la recherche d'un syndrome **inflammatoire**(NFS – CRP) restent indiqués bien que très sensibles, ces marqueurs restent peu spécifiques
- Abdomen sans préparation (ASP) **n'est plus recommandé** aujourd'hui de première intention sauf complications
- **Échographie abdominale**: l'examen d'imagerie de **première intention** chez l'enfant devant une forte suspicion clinique d'appendicite aiguë

Appendicite aiguë

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS:

Toutes douleurs de la FID n'est pas une appendicite, rechercher signes associés

- Pneumopathies de la base droite +++
- Angine
- Maladies inflammatoires intestinales
- ♀ Pathologie annexielle +++ Kyste ovarien fonctionnel ou organique, torsion de l'ovaire ---- échographie
- ♂ Torsion testiculaire +++

Appendicite aigue

Attention

A la forme du petit enfant

- Tableau de gastro-entérite:

DLR abdominale toujours péri-ombilicale, mal systématisée,
la diarrhée et les vomissements sont plus fréquents,
la fièvre est plus élevée,

En revanche, la défense est moins fréquente et l'abdomen est souvent asthénique, même en cas de péritonite généralisée.

- Au stade de péritonite:

sensibilité abdominale sans défense
distension abdominale
altération de l'état général
un stercolithe calcifié à RX +++

les péritonites généralisées sont plus fréquentes, sans doute du fait d'un épiploon encore très fin et Très court, ne pouvant limiter la diffusion de l'infection en s'accolant sur l'appendice perforé.

Pathologies annexielles

- Chez le garçon

Torsion du cordon spermatique

Toute douleur testiculaire doit faire évoquer le diagnostic de torsion testiculaire



Attention

- Notion de traumatisme
- Testicule ectopique: masse inguinale douloureuse avec **bourse vide**
- Orchi-épididymite



- La palpation des bourses doit rester systématique dans le cadre de l'examen de l'enfant se
- plaignant de douleurs abdominales, la douleur abdominale pouvant correspondre à une
- irradiation d'une douleur inguino-scrotale en rapport avec une torsion du cordon spermatique.

Pathologies annexielles

- Chez la fille

Torsion de l'ovaire saine ou pathologique

Les urgences gynécologiques concernent en général la grande fille ou l'adolescente qui présente une douleur abdomino-pelvienne brutale :
échographie .

Chirurgie en urgence pour détorsion

- Si retard ovariectomie ou annexectomie

- **Nouveau-né** dominé par la pathologie malformative

- **Nourrissons**

- **Invagination intestinale aigue IIA**
 - **Hernie étranglée**

- **Grand enfants**

- **PATHOLOGIE appendiculaire**
 - **PATHOLOGIES annexielles**

- **CHEZ LE GARCON**

- Torsion du cordon spermatique

- **CHEZ LA FILLE**

- Torsion d'annexe saine ou pathologique