

Réalisée par : Dr Hadjit

LES URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES

PLAN

- × INTRODUCTION
- × LES URGENCES THORACIQUES
- × LES URGENCES ABDOMINALES
- × LES URGENCES UROLOGIQUES
- × LES URGENCES PARIETALES
- × CONCLUSION

A/INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales du nouveau-né comprennent :
Les urgences néonatales liées à une anomalie congénitale et celles éventuellement plus tardives consécutives à une pathologie acquise
Le diagnostic anténatal a permis une meilleure prise en charge du nouveau-né, il offre la possibilité de faire accoucher la mère dans un centre spécialisé pourvu d'une structure de chirurgie néonatale limitant ainsi la phase de transport

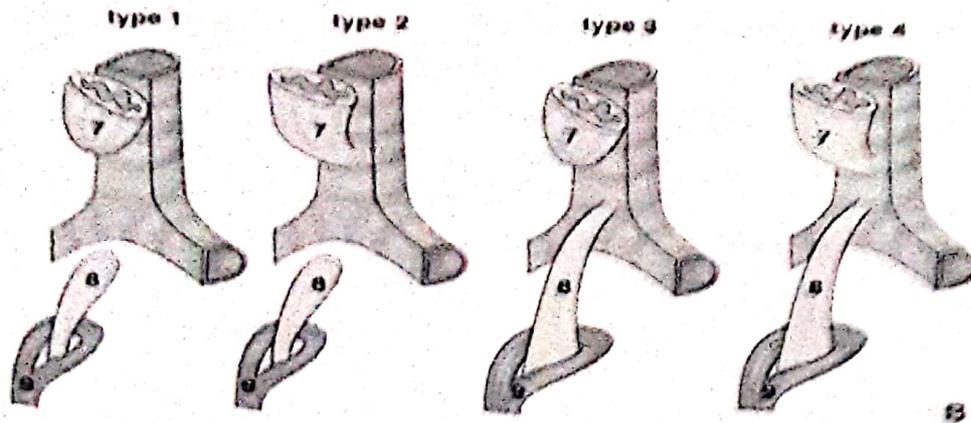
B/Les urgences thoraciques

a-Atrésie de l'œsophage :

1-Définition : c'est une interruption de la continuité œsophagienne avec ou sans communication aéro-digestive secondaire à un trouble de l'embryogenèse entre 4^e et 6^e semaine du développement

2-Classification :

- Type 1 : absence de fistule trachéo-oesophagienne
- Type 2 : fistule trachéo-oesophagienne avec le cul de sac supérieur
- Type 3 : fistule trachéo-oesophagienne avec le cul de sac inférieur (85%)
- Type 4 : fistule avec la bronche souche droite
- Type 5 : type II+ type III



3-Diagnostic :

Anténatal : à l'échographie ; l'atrésie est évoquée si pas d'estomac ou dilatation du cul de sac supérieur de l'œsophage .elle doit être recherché devant une malformation cardiaque, vertébrale, rénale et devant un hydramnios

À la naissance : vérifier la perméabilité de l'œsophage chez tout nouveau-né par la mise en place d'une sonde ni trop molle, ni trop dure et vérifier son emplacement dans l'estomac par le test à la seringue.

Si la sonde bute ou que le test est négatif, faire un cliché thoraco abdominale debout sonde en place

Diagnostic tardif : hyper sialorrhée, cyanose et dyspnée lors du premier biberon ou pneumopathie

4-les malformations associées : « le syndrome de VACTAREL » :

- vertébrales : héli-vertèbre, scoliose, malformation des cotes
- Ano-rectales : imperforation anale, sténose intestinale
- Cardiaques : CIV, Tétralogie de Fallot, PCA
- Trachéo-œsophagiens :trachéomalacie, atrésie de l'œsophage
- Rénales : rein en fer à cheval, anomalies des uretères ou de l'urètre, absence d'un des deux reins
- Limb : anomalies des membres (doigts surnuméraires, membre atrophié...)

5-Prise en charge :

-**mise en condition** : position Proclive sauf type 1 déclive

Alimentation parentérale et correction des troubles hydro électrolytiques

Sonde dans le cul de sac œsophagien supérieur en aspiration douce

Intubation naso trachéale si encombrement bronchique

-**Traitement chirurgical** fait dans les 24H après bilan des malformations en particulier du cœur et des gros vaisseaux dont le but est de fermer la ou les fistules œsotrachéales et de rétablir la continuité œsophagienne

- Si atrésie sans fistule ou les deux extrémités œsophagienne sont éloignées :

œsophagostomie et gastrotomie

œsophagostomie de remplacement entre 4 et 12 mois

- Si atrésie avec fistule trachéo œsophagienne, traitement en un temps par voie thoracique droite ; fermeture de la fistule et anastomose directe des deux bouts de l'œsophage

Les suites opératoires restent dominées par le risque de complications

Les complications précoces : - lâchage de l'anastomose

- reperméabilisation de la fistule

- infection post opératoire

Les complications tardives : le reflux gastro-œsophagien

Trachéomalacie, atteinte broncho-pulmonaire

Sténose anastomotique

b-Hernie diaphragmatique

1-définition : C'est une absence d'une partie ou de la totalité de la coupole diaphragmatique à l'origine de la migration des viscères abdominaux et leur développement en intra thoracique et par conséquent de la compression des poumons à gauche dans 9 cas sur 10

On distingue : - Les formes précoces

- Les formes tardives : les viscères migrent secondairement à travers un défaut postéro latéral.

2-Embryologie :

-Jusqu'à la 8^e et la 9^e semaine, un orifice diaphragmatique appelé foramen de BOCHDALĀK fait communiquer à travers chaque coupole diaphragmatique abdomen et thorax,

-la persistance anormale de cet orifice permet aux organes abdominaux d'occuper l'hémithorax

-L'organe le plus affecté est le poumon, siège d'une hypoplasie structurale associée à une compression déterminant le pronostic

3 -diagnostic :

Diagnostic prénatal à l'échographie, visualisation des viscères abdominaux en intra thoracique refoulant ainsi les poumons et le cœur, Absence de l'interface échographique du diaphragme

Diagnostic néonatal :

-Détresse respiratoire avec bombement thoracique

-Dextroposition cardiaque

-Auscultation : bruits hydroaériques dans un hémithorax contrastant avec abdomen excavé silencieux

4 - radiologie : simple cliché thoraco-abdominal confirme le diagnostic

- Images bulleuses de types intestinaux dans l'hémithorax malade

- Le cœur et le médiastin refoulé vers le côté sain

- Le poumon du côté malade n'est pas visible ou réduit à une mince croissant du sommet de l'hémithorax avec abdomen opaque et rareté des gaz digestifs

5- Prise en charge : urgence obstétrico-médico-chirurgicale

-lutter rapidement contre la défaillance cardio-respiratoire

-Eviter la distension digestive par la pose d'une sonde gastrique, ventilation au masque proscrite

-intubation trachéale immédiate

-mise d'abord veineux solides, neutraliser l'acidose et prévenir l'hypothermie

-le traitement chirurgical pour un but de lever l'obstacle à l'expansion pulmonaire, réintégrer les anses dans la cavité abdominale et fermer la brèche diaphragmatique le tout par voie abdominale

Le pronostic reste sévère

C / Urgences abdominales « occlusions néonatales » :

Tout vomissement bilieux chez le nouveau-né est une urgence chirurgicale jusqu'à preuve du contraire

a-diagnostic anténatal : signes d'appel

- Antécédents
- Hydramnios
- Grêle distendu
- Méconium épais hyperechogène
- Malformations associées

b-Repères cliniques :

- Anamnèse : prématurité, hypotrophie, mère diabétique, trisomie 21
- Vomissements : précoces ou tardifs, bilieux ou fécaloïdes
- Méconium : spontané ou absent, abondant ou peu abondant
 - Noir visqueux ou jaunâtre et dur
 - Précoce < 24h ou tardif > 24hc

c-Examens complémentaires :

- radiographie simple : répartition des gaz, niveaux hydro-aériques, calcifications
- échographie abdomino-pelvienne
- Opacifications : lavement opaque, hydrosoluble, gastrograffine, baryte

d-Occlusions mécaniques :

1/Atrésie duodénale

- ✗ C'est une interruption de la continuité du duodénum complète ou non
- ✗ L'association à la trisomie 21 est classique ; intérêt de faire le caryotype
- ✗ Malformations associées possibles : cardiaque, anorectales, œsophagienne et rénales
- ✗ **Echographie prénatal** :
 - Dilatation de l'anse duodénale dans la continuité de l'estomac
 - Rechercher une malformation associée
- ✗ **A la naissance** : tableau d'occlusion néonatale haute :
 - Vomissements dans les premières heures suivant la naissance bilieux ou clairs
 - Ballonnement épigastrique (L'anse distendue est parfois visible sous la paroi abdominale)
- ✗ **ASP** : deux niveaux liquides l'un gastriques et l'autre duodénal (image en double bulle)
- ✗ **Traitement chirurgical** :

Rétablir la continuité digestive soit par anastomose directe duodéno-duodénale soit par résection d'un diaphragme muqueux

2/ Mésentère commun :

- la disposition en mésentère commun s'accompagne de brides pathogènes (bride de LADD)
- il faut y penser : -si la grossesse est normale avec poids de naissance normal
 - tableau occlusif progressif
- si le syndrome occlusif brutal + rectorragies il faut penser à un volvulus du grêle qu'il faut opérer en urgence avant la nécrose irréversible

3/Atrésie du grêle : interruption de la lumière intestinale par nécrose ischémique en anténatale

- ✗ C'est la conséquence d'un ou plusieurs accidents mécaniques : volvulus partiel, invagination, bride ou accident vasculaire entraînant une interruption complète ou non de la continuité intestinale

- ✗ **Tableau d'occlusion néonatale** : Vomissements verts et ballonnement abdominal sans émission méconale normale
- ✗ **ASP** : confirme le Diagnostic
- ✗ **Le traitement est chirurgical** : résection anastomose en un temps si longueur et vascularisation satisfaisante sinon dérivation temporaire pour permettre la croissance et la vascularisation d'aval du segment déficient pouvant durer 6 à 8 semaines
- ✗ **Le pronostic** est lié à la longueur du grêle restant

4/Atrésie colique : très rare

- ✗ Liée à un accident de la croissance intestinale
- ✗ Réalise un Tableau d'occlusion intestinale basse
- ✗ Le traitement vise à rétablir la continuité colique
- ✗ De bon pronostic

e-Occlusions fonctionnelles :

1/Aganglionnose intestinale ou maladie d'Hirschsprung ou mégacôlon congénital

- ✗ C'est une anomalie de l'innervation de l'intestin par absence du plexus nerveux sous muqueux recto sigmoïdien le plus souvent ou plus étendu vers l'amont parfois remonte jusqu'au grêle terminale
- ✗ Le Diagnostic peut ne pas être fait durant la période néonatale si forme courte
- ✗ Si non tableau d'occlusion basse
- ✗ La montée d'une sonde rectale permet l'évacuation des selles et des gaz (débâcle diarrhéique)
- ✗ ASP : distension colique et disparition des niveaux hydro-aériques
- ✗ lavement opaque : disparité de calibre entre zone saine et zone malade
- ✗ Recto manométrie : étude des réflexes ano-rectals
- ✗ Histologie : absence de cellules ganglionnaires
- ✗ Le traitement : - d'attente : nursing, colostomie
- définitif : en faisant abaisser le rectum sain au niveau du sphincter anal si nursing inefficace et altération de l'état général du nouveau-né
- ✗ Le Pronostic dépend de l'étendue des lésions

2/Illéus méconial

- Obstruction iléale par du méconium durci et anormalement adhérent à la muqueuse souvent révélatrice de la mucoviscidose
- Diagnostic anténatal : -Grêle hyper échogène et ou distendu
- dosage des enzymes digestives dans le liquide amniotique
- Les signes cliniques d'une occlusion basse de grêle (vomissement bilieux, ballonnement précoce, absence de méconium)
- ASP : distension intestinale importante, granité méconiale
- Le traitement : lavement aux hydrosolubles
- Pronostic : Il dépend de la maladie causale

3/Malformations ano rectales « Imperforations anales »

C'est l'absence d'un orifice anal perméable en place sur le périnée

Les malformations associées sont fréquentes (50%) : VACTAREL

Classification : On distingue

- ✗ **Les formes hautes** : cul de sac rectal au-dessus du plancher pelvien de mauvais pronostic
- ✗ **Les formes basses** : cul de sac rectal en dessous ; parfois présence de fistules rectales avec le périnée, la vulve ou le vagin chez la fille ; l'urètre ou la vessie chez le garçon

Diagnostic : -Dépistage systématique en salle de naissance

-explorations radiologiques pour préciser le type anatomique et la recherche des malformations associées

Traitement -Si forme basse : abaissement d'emblée

-Si forme haute : colostomie et reconstruction dans un deuxième temps

4/Péritonite méconiale

- Correspond à la perforation digestive en prénatal
- S'associe fréquemment à l'atrésie et la mucoviscidose
- Diagnostic prénatal ; Présence de calcifications digestives
- Traitement : chirurgical

5/Entérocólite ulcéro nécrosante ; urgence médico-chirurgicale néonatale touche l'intestin grêle et /ou le colon

-c'est une inflammation puis infection puis nécrose de la muqueuse intestinale +/- de la paroi totale souvent précoce dès les premières heures ou jours de vie

-facteurs favorisants : prématurité+++ ; souffrance périnatale, anoxie, infection, alimentation hyperosmolaire, problème hémodynamique

-clinique : occlusion avec résidus gastrique bilieux

Ballonnement abdominal douloureux , rectorragie

Altération de l'état général, choc infectieux

-biologie : CRP fortement positive, acidose métabolique, thrombopénie, CIVD

-Radiologie : ASP+++ pneumatose intestinale importante +/-pneumatose porte, distension de grêle

Echographie : +/- pneumatose, pneumopéritoine

-Evolution :-rétrocession spontanée

-sténose ischémique, extension de la nécrose voir une perforation intestinale

-Traitement : aspiration gastrique + arrêt d'alimentation

-Antibiothérapie : entérobactéries et anaérobies

-soutien hémodynamique voir une sédation +/- intubation avec chirurgie

-les indications opératoires : Faciles : perforation en péritoine libre

Difficiles : état infectieux mal contrôlé, instabilité hémodynamique

-le pronostic : récupération possible de zones très abimées

Séquelle : syndrome du grêle court

Mortalité 15 à 20% en fonction de l'intensité et du terrain

D- urgences uro-génitales

Les uropathies malformatives sont de diagnostic anténatal fréquent

1-Torsion testiculaire néonatale : chez le nouveau-né est très souvent méconnue, bien qu'elle soit la cause la plus fréquente d'anorchidie unilatérale

La torsion prénatale est non douloureuse mais on constate une asymétrie testiculaire

Si torsion néonatale : grosse bourse douloureuse avec liquide foncé à la trans-illumination

Traitement chirurgical par simple scrototomie avec orchidopexie controlatérale

2- Le kyste de l'ovaire peut se compliquer d'hémorragie ou de torsion :

-diagnostic échographique anténatal (dernière semaine)

- L'apparition de cloisons et de sédiments à l'intérieur du kyste oriente vers une complication (hémorragie ou une torsion)
- Si le kyste folliculaire non compliqué et < à 3 cm une ponction échoguidée est indiquée
- le kyste compliqué devra être opéré

3- Valve de l'urètre postérieur

- anurie ou oligurie
- pas de sondage vésical si pas de rétention (risque d'infection + levée d'obstacle)
- uretro-cystoscopie +section de la valve en urgence

E- Urgences pariétales

1/Omphalocèle

C'est une tuméfaction sessile réalisant une poche translucide

Large hernie centrée par le cordon ombilical

Les viscères extériorisés sont protégés par un sac avasculaire

Les malformations associées sont fréquentes

Le traitement chirurgical par réintégration immédiate ou progressive selon le volume de l'omphalocèle

2/Laparoschisis

Véritable éviscération congénitale par déficit pariétal en para ombilical

Le cordon est normalement implanté, pas de couverture amniotique

Les malformations associées sont rares

Les anses sont dilatées, épaissies, œdématisées

Le traitement :- Un champs stérile, nettoyage des anses

- Lutter contre la déperdition thermique et le risque de souillure
- risque d'ischémie
- fermeture pariétale avec réintégration des viscères herniés
- si la fermeture n'est pas possible d'emblée, elle sera effectuée de façon progressive

pendant plusieurs jours

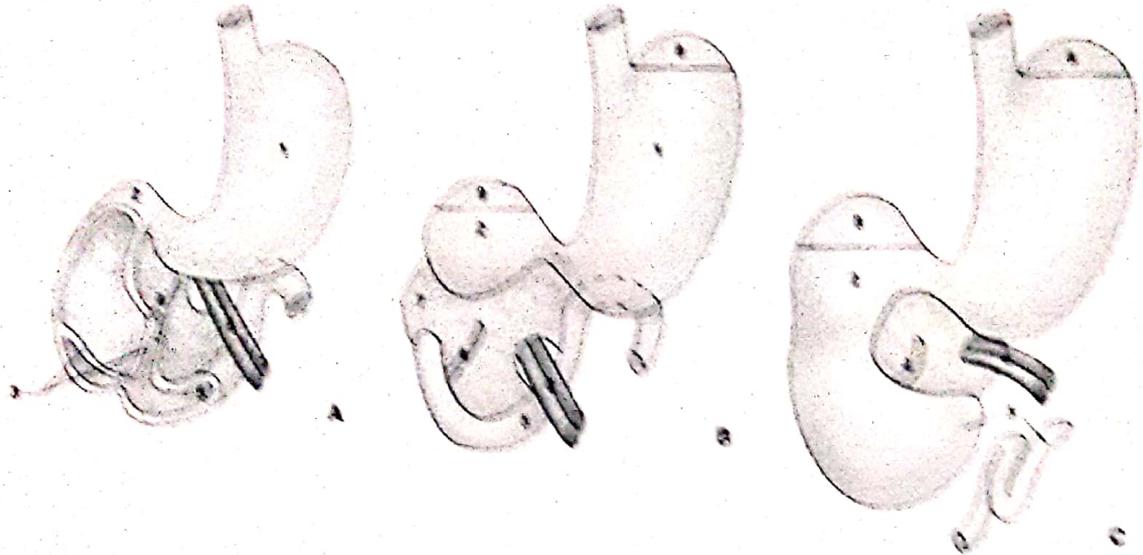
F-CONCLUSION :

-le diagnostic anténatal des anomalies et des malformations congénitales est très important dans le traitement et la prise en charge des urgences chirurgicales néonatales pour avoir un meilleur pronostic

-Malgré l'avènement des techniques chirurgicales le pronostic de ses urgences chirurgicales reste réservé du fait de l'association avec d'autres malformations et de la particularité de nouveau-né

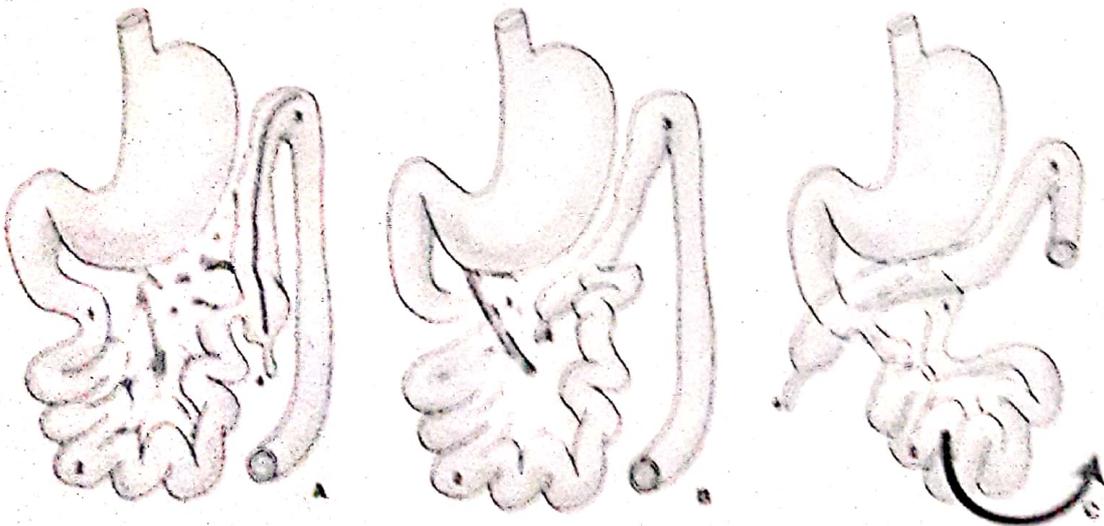
- leur prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire

Différentes atrésies duodénales



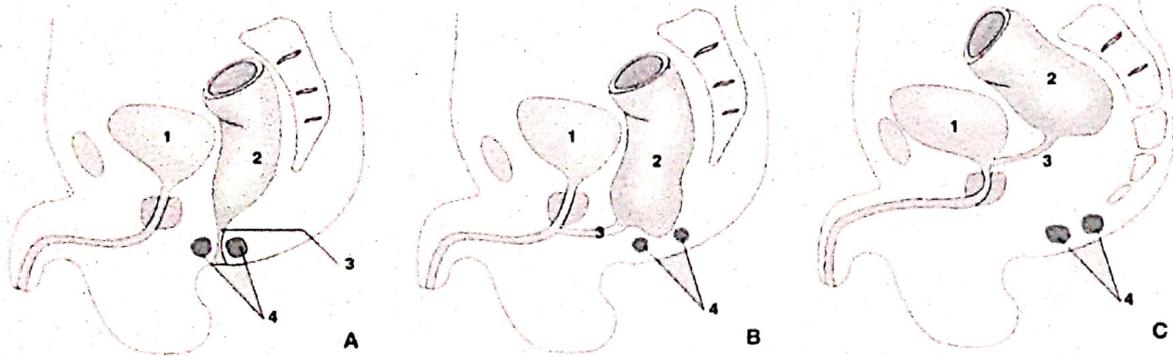
A. Chagrinage duodénaux incomplet. La partie duodénaux est très étroite pour permettre la motricité. La zone dilataée s'étend de la base de l'estomac à la région mésoentérique sans de zone - sans valvule - 1. Estomac ; 2. duodénum distal d'origine ; 3. chagrinage duodénaux ; 4. valvule ; 5. cæcocolon ; 6. cæcocolon appendicé.
 B. Atrésie complète aux valvules avec - fistule anastomotique - L'extrémité inférieure du duodénum distal se jette la grande artère mésoentérique (trouée en - double duile - sur le côté d'apex du duodénum ; 7. portion proximale ; 8. - duile - duodénaux ; 9. - duile - jejunale.
 C. Atrésie incomplète sur le troisième duodénum. L'obstacle est partiellement sans valvule. Elle se jette sur le côté mésoentérique des branches de grêle et les malformations associées sont plus rares.

Mésentère commun



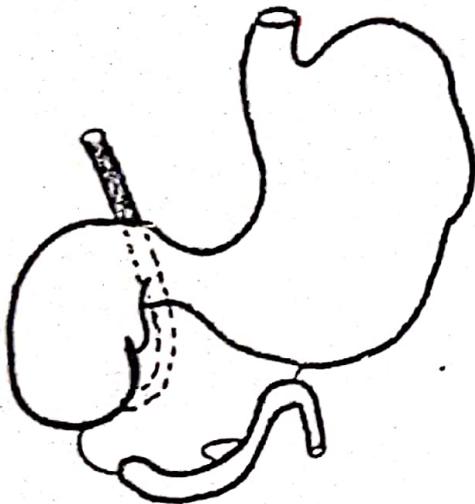
A. Mésentère commun sans risque de volvulus.
 B C. Mésentère commun incomplet avec risque important de volvulus : les deux pieds de la racine du mésentère sont côte à côte. 1. Angie duodéno-jejunal ; 2. grêle ; 3. colon ; 4. cæcocolon.

Malformations anorectales (MAR) chez le garçon



- A.** MAR basse avec fistule périnéale (coupe sagittale). 1. Vessie ; 2. rectum ; 3. fistule ; 4. sphincter.
B. MAR intermédiaire. La fistule est recto-urétrale sous le sphincter de l'urètre.
C. MAR haute avec anomalie du sacrum (notochordodysraphie) ; lorsque la fistule existe, elle est rectovésicale ou au-dessus du sphincter.

ATRESIES DUODENALES



ATRESIE SOUS - VATERIENNE AVEC
ASPECT DE PANCREAS ANNULAIRE

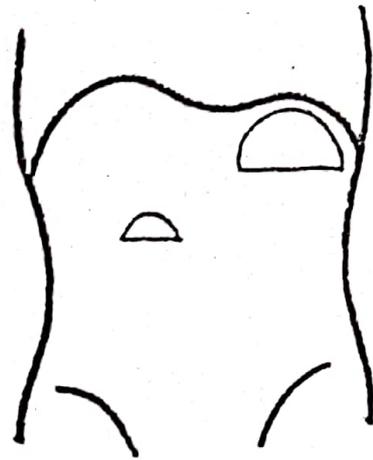
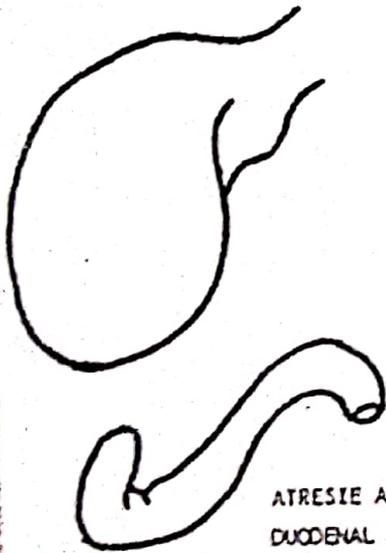
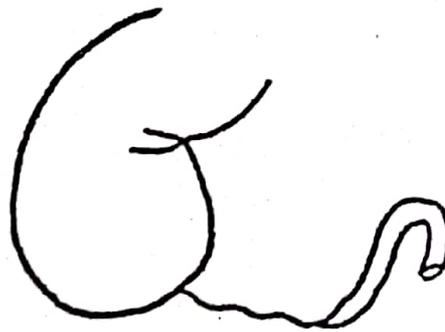


IMAGE EN " DOUBLE BULLE + VENTRE OPAQUE

VARIETES



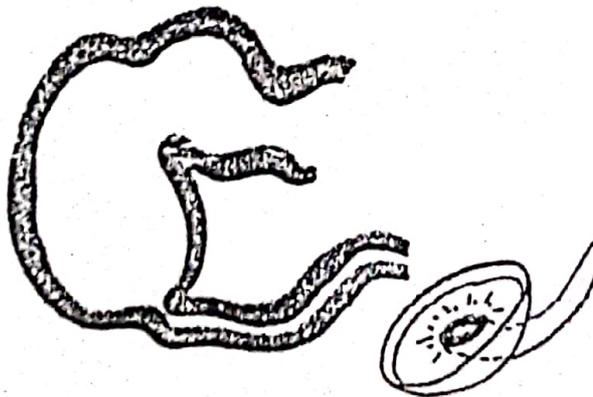
ATRESIE AVEC MANQUE
DUODENAL



ATRESIE CORDONNALE

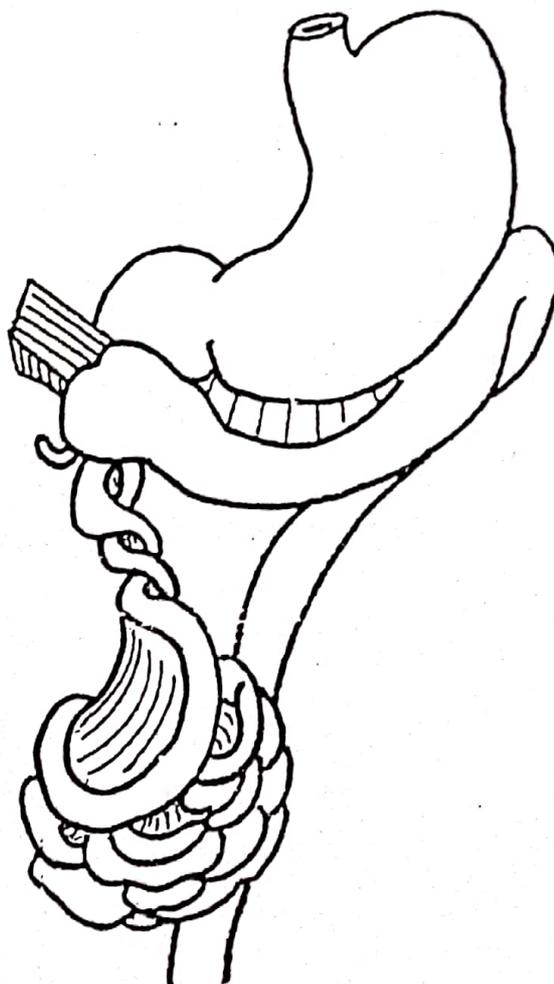
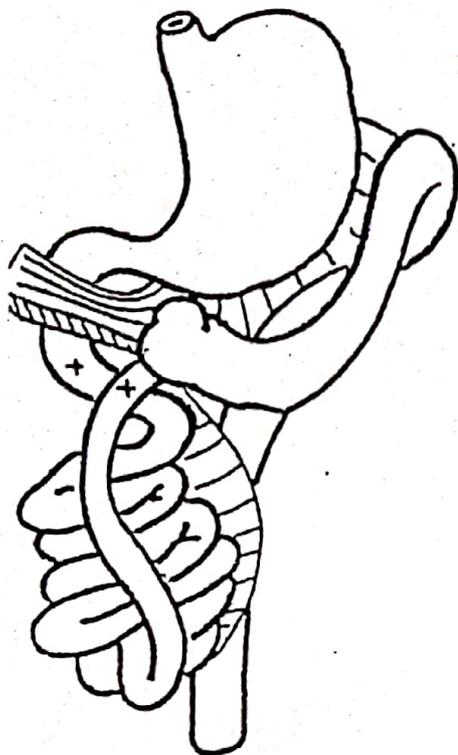


DIAPHRAGME COMPLET



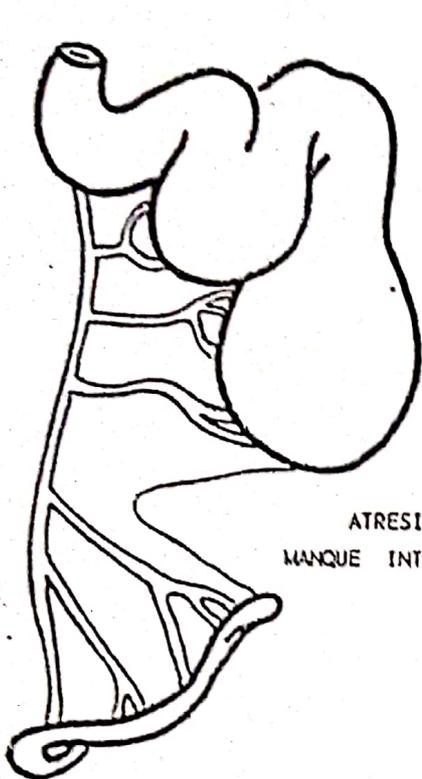
DIAPHRAGME PERFORE

ESENTERE COMMUN (ARRET DE LA ROTATION A 180°)



LYUJUS DU CREIC

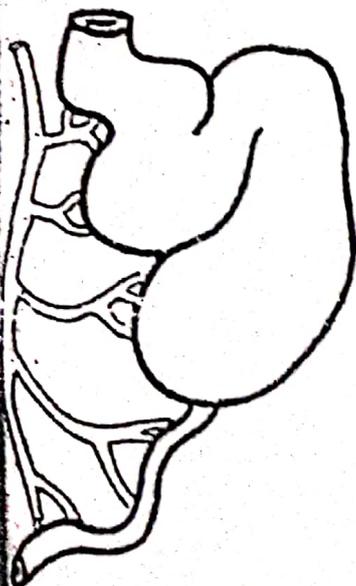
LES ATRESIES DU GRELE



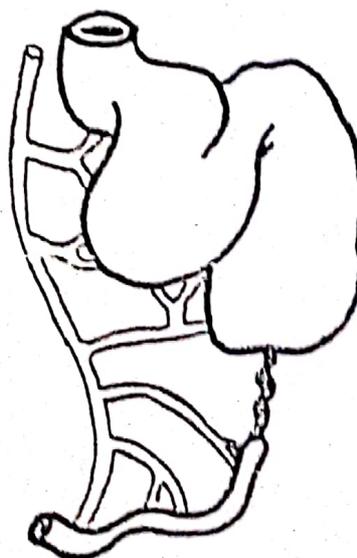
ATRESIE AVEC
MANQUE INTESTINAL



ATRESIES ETAGEES

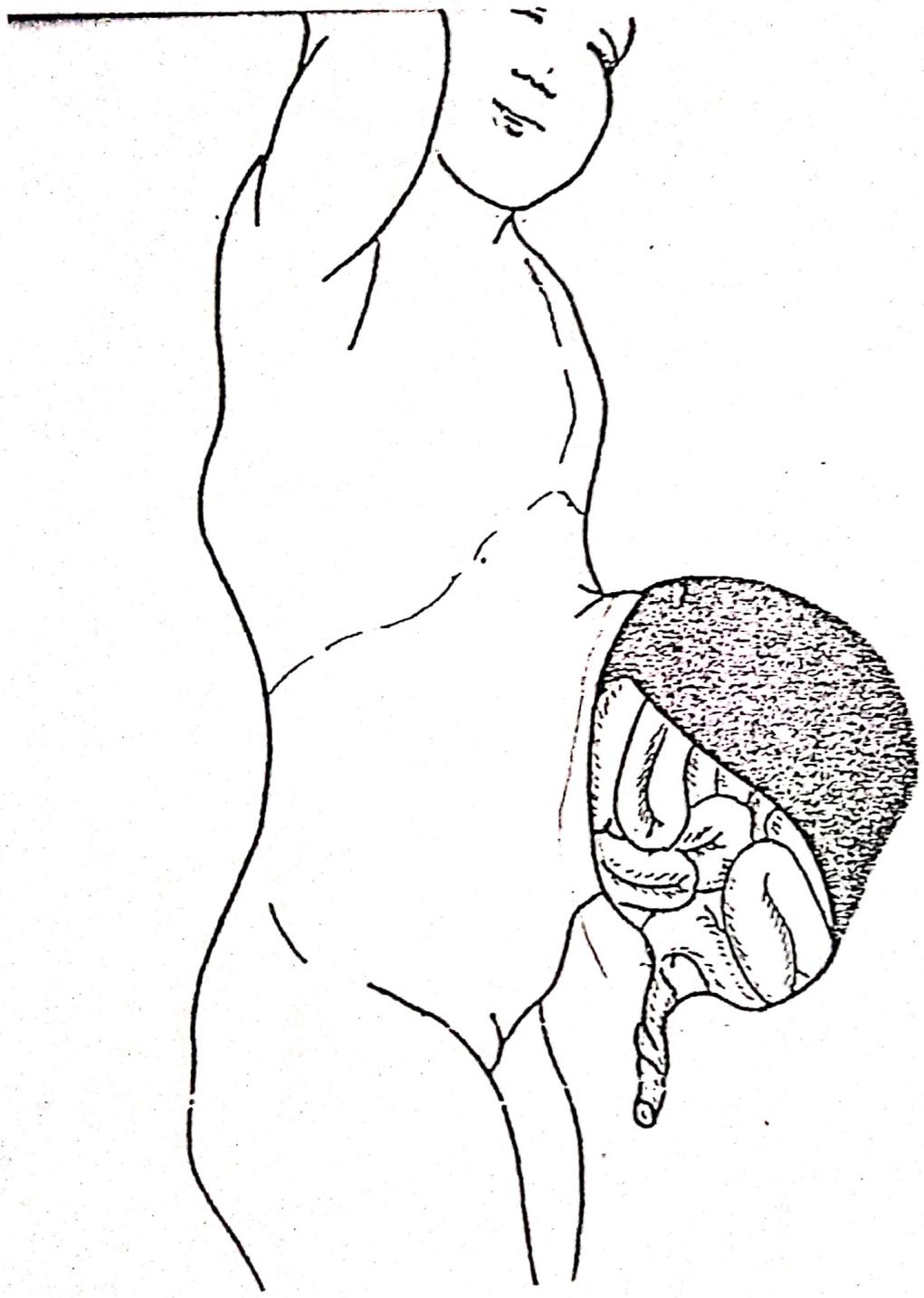


DIAPHRAGME COMPLET



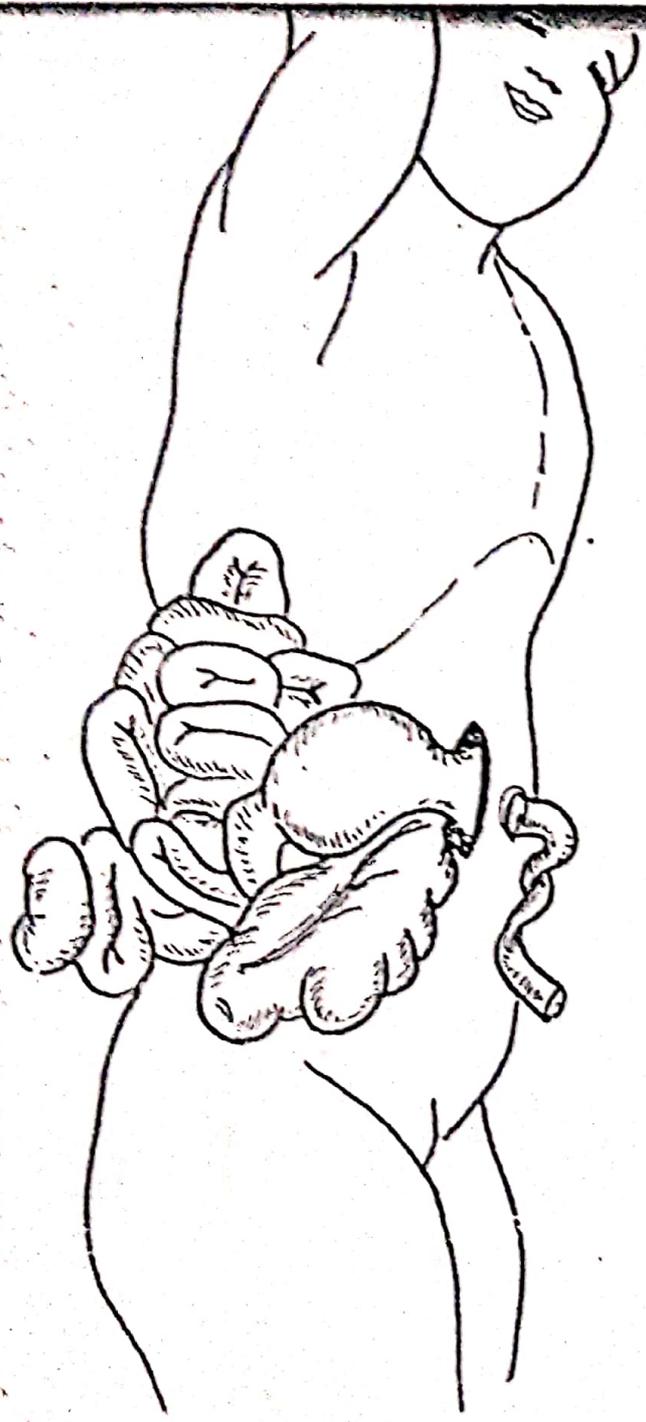
ATRESIE CONGENIALE

OMPHALOCELE



LAPAROSCHISIS

96



-15-