

Module de pédiatrie (cours externes)

## Urgences chirurgicales néonatales

**Professeur H. Boumaraf**

Service de néonatalogie CHU Ben Badis Constantine

*Pr / BOUMARAF Habib  
Chef de Service Néonatalogie  
CHU Constan*

### **Introduction :**

Urgences viscérales : 3 types

1. Externes évidentes exemple donné par l'omphalocèle, l'extrophie vésicale
2. Systématiquement recherchées comme l'atrésie de l'œsophage
3. Non évidentes soit à symptomatologie respiratoire exemple (hernie diaphragmatique), soit à symptomatologie digestive (occlusion intestinale aigue).

Traitement chirurgical spécialisé

Actuellement beaucoup de ces problèmes peuvent être évités, soit par dépistage in utéro (échographie), soit suspectés avant la naissance (hydramnios et obstruction digestive haute).

### **I. Atrésie de l'œsophage**

C'est une interruption de la continuité œsophagienne dans le thorax

Anatomie : associée à une fistule entre la trachée et le cul de sac inférieur de l'œsophage ou type 3 (90%).

Fréquence : 1 cas sur 4000 naissances.

Malformations associées fréquentes : cardiaques, intestinales, vertébrales.

Gravité : liée aux complications pulmonaires secondaires (inhalation de salive et de liquide gastrique par les bronches).

Antécédents : hydramnios.

Diagnostic positif : à rechercher systématiquement en salle de naissance avant l'apparition de DRN ou hyper salivation. A la naissance, le test de la seringue et la RX sonde en place confirment le diagnostic.

Conduite à tenir :

- Transport immédiat vers service de chirurgie infantile néonatale
- Position demi assise (RGO)
- Sonde dans le cul de sac œsophagien (aspiration de salive)

Pronostic dépend :

- Précocité diagnostic
- Pré maturité, poids de naissance
- Anomalies associées
- Complications respiratoires et infectieuses

Espérance de guérison dans 80 à 90% des cas.

## **II. Occlusions intestinales néonatales**

Diagnostic positif :

- Vomissements précoces ou résidus gastriques teintés de bile (signe d'alarme)
- Météorisme si occlusion basse
- Absence ou retard d'élimination de méconium (élément de valeur mais inconstant)
- ASP permet d'apprécier la répartition des clartés digestives ainsi que l'existence d'épanchement intra-péritonéal liquidien ou aérique.

Diagnostic différentiel :

Infections néonatales si météorisme avec vomissements bilieux.

Mise en conditions

- Arrêt de l'alimentation orale

- Perfusion intra-veineuse
- Aspiration digestive haute
- ATB selon situation

Diagnostic étiologique :

1. Occlusions duodénales : vomissements bilieux avec images radiologiques de double estomac, à la RX, on a des niveaux hydro-aériques gastrique et duodéal.

Les causes sont dominées par :

Atrésie (trisomie 21)

Diaphragme

Anomalie de rotation (volvulus)

2. Occlusions du grêle : syndrome occlusif au complet avec vomissements bilieux, météorisme abdominal, absence d'élimination de méconium et niveaux hydro-aériques à la RX.

Les causes sont dominées par :

Atrésie du grêle

Iléus méconial (lié à la présence d'un méconium anormalement épaissi et visqueux d'où risque d'obstruction intestinale. Il traduit une mucoviscidose dans la plupart des cas notamment en cas de symptomatologie anténatale, mais dans 10% des cas, il s'agit d'un syndrome de méconium épaissi de cause inconnue, fréquent chez le prématuré et le petit poids de naissance, l'iléus est généralement post natal).

3. Maladie d'Hirschsprung : l'obstacle est fonctionnel lié à l'absence de cellules ganglionnaires des plexus myentériques et sous muqueux localisé au rectum++.

La symptomatologie clinique est dominée par les occlusions et les épisodes de constipations entrecoupés de périodes de transit normal, d'où diagnostic tardif.

RX : distension côlon et grêle

LB : disparité de calibre

CAT : levée de l'obstacle par sonde rectale ou bien recours aux solutions chirurgicales (colostomie)

### **III. Entérocolite ulcéro-nécrosante (EUN)**

Généralités :

- Affection grave du NN
- Facteurs de risque : prématurité et SFA
- 90% des NN atteints ont un poids de naissance <1500g
- Lésions de nécrose avec ulcérations muqueuses et pneumatose kystique (grêle, côlon et la totalité du TD dans les formes graves.
- Complications : dominées par la perforation (péritonite) et le pouvoir cicatriciel élevé avec risque de sténoses du grêle et côlon.
- Mécanisme physiopathologique : inconnu, mais on incrimine l'ischémie, l'infection entérale et l'alimentation per os.

Clinique : 1ers jours ou 3<sup>ème</sup> semaine de vie, avec apparition de régurgitations, vomissements bilieux, selles diarrhéiques sanglantes et un abdomen ballonné et sensible. Parfois, tableau de septicémie.

ASP : iléus, pneumatose intestinale (double contours des anses), et pneumopéritoine si perforation.

TRT : médical si diagnostic suspecté seulement

- Arrêt de l'alimentation orale
- Aspiration gastrique
- Alimentation parentérale exclusive
- ATB (+anti-anaérobiques)
- Exploration chirurgicale si péritonite et TRT des lésions intestinales (dérivations)
- TRT des sténoses intestinales secondaires.