

Les urgences chirurgicales du nouveau-né

INTRODUCTION-DEFINITION

Il s'agit d'une situation pouvant relever d'un état congénital ou acquis nécessitant une **chirurgie d'urgence** et survenant entre **0 et 28 jours de vie**

OBJECTIFS

- Reconnaître l'anomalie ou la pathologie en cause.
- Intérêt d'un diagnostic précoce voir anténatal.
- Nécessité d'un traitement adapté en milieu spécialisé, avec accouchement de la mère dans un centre spécialisé pourvu de chirurgie néonatale.

I. LES URGENCES THORACIQUES :

1. L'ATRESIE DE L'ŒSOPHAGE

✓ **DEFINITION** : Interruption de la continuité œsophagienne avec ou sans communication œso-trachéale.

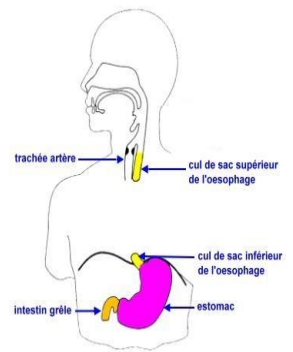
- Sa fréquence est 1cas/3000 à 1/4500Nces

- Malformation incompatible avec la vie et avec des conséquences pulmonaires graves.

- ✓ **EMBRYOLOGIE** : Au cours de la 4e semaine un Clivage de l'intestin primitif qui se différencie en trachée en avant et en œsophage en arrière.

Le mécanisme est sous l'influence de l'induction notochordale

« Défaut de séparation entre trachée et œsophage lors du développement embryonnaire »



- ✓ **ANATOMOPATHOLOGIE**

Classification de LADD et GROSS

Type I : atrésie sans fistule OT 7 %

Type II : atrésie avec fistule OT supérieure 1%

Type III : atrésie avec fistule OT inférieure 90%

Type V : atrésie avec fistule OT inférieure avec la carène

Type V : atrésie avec fistule OT supérieure et inférieure 2%

Malformations associées dans 50 % : Association VACTERL +++

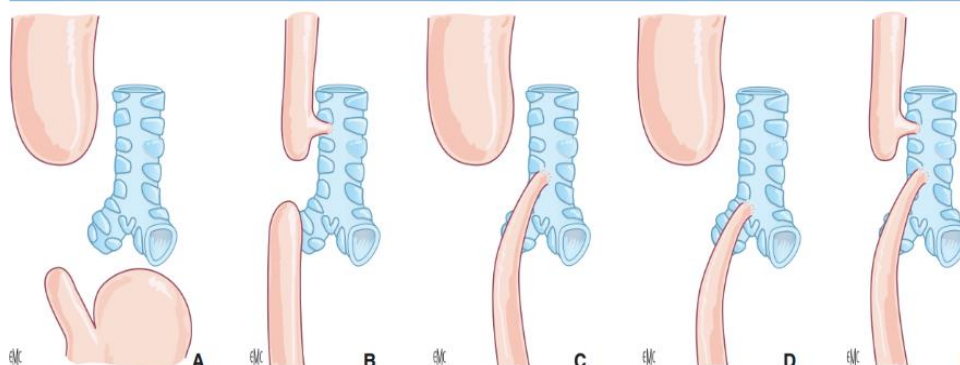
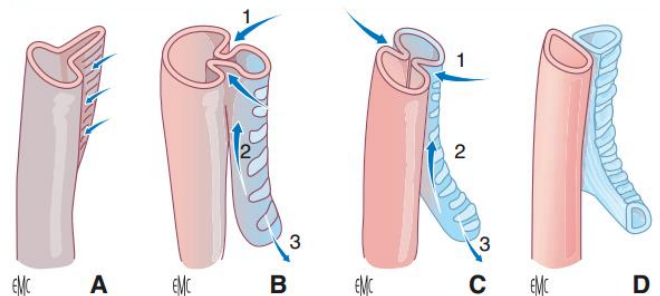


Figure 2. Classification des atrésies de l'œsophage selon Ladd et Gross.

A. Type I : atrésie sans fistule entre l'œsophage et la trachée.

B. Type II : fistule entre l'œsophage supérieur et la trachée.

C. Type III : fistule entre la trachée et l'œsophage inférieur.

D. Type IV : fistule entre la carène et l'œsophage inférieur.

E. Type V : fistule entre la trachée et les deux segments œsophagiens.

✓ PHYSIOPATHOLOGIE

- La déglutition de la salive et des aliments entraîne un encombrement du carrefour aéro-digestif et donc pénétration du liquide dans la trachée source de pneumopathie.
- L'air inspiré par la FOT provoque un ballonnement abdominal.
- Le reflux du liquide gastrique à travers la FOT provoque une inondation trachéo-bronchique et asphyxie.

03 notions fondamentales :

- Nécessité d'un diagnostic précoce avant toute alimentation.
- Nécessité d'une aspiration permanente du cul de sac supérieur.
- Nécessité de la position demi-assise.

✓ DIAGNOSTIC ANTENATAL

L'échographie obstétricale du 3^e trimestre

- Hydramnios
- Absence de visualisation de l'estomac.
- Recherche de malformations associées.

✓ DIAGNOSTIC CLINIQUE

- En salle d'accouchement

Vérification de la perméabilité œsophagienne par le passage d'une sonde gastrique peu rigide.

- Elle butte à environ 10cm de l'arcade dentaire.
- L'injection d'air n'est pas perçue dans l'abdomen.
- L'aspiration de la sonde ne ramène pas de liquide gastrique.

- En post-natal

Si l'épreuve à la sonde (non faite ou mal interprétée) =

- Encombrement salivaire dès la naissance
- Cyanose
- Météorisme abdominal
- Détresse respiratoire
- Si alimentation = régurgitation avec crise de suffocation

✓ DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Cliché thoraco-abdominal de face et de profil avec sonde radio opaque fait le diagnostic et montre :

- Type de l'atrésie (I II ou III IV V)
- Malformations associées
- Etat des poumons +++

✓ TRAITEMENT

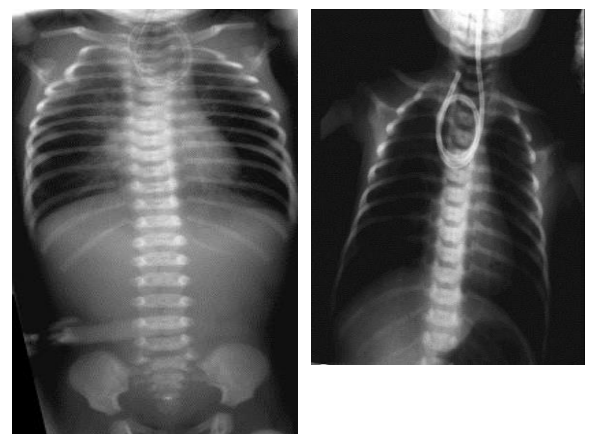
Urgence médico-chirurgicale

BUT : Rétablir la continuité œsophagienne et fermer la FOT

MOYENS

Mise en condition

- Position proclive
- Aspiration continue du CDS pour éviter les fausses routes
- Abord veineux : Perfusion /hydratation



- Réchauffement = couveuse
- Ventilation spontanée sinon intubation

Chirurgie

Dépend du type de l'atrésie et de l'écart entre les culs de sac

Situation 1= l'écart n'est pas important

- Anastomose primitive après fermeture de la fistule (type III et IV et V).

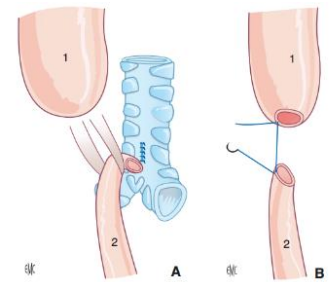
Situation 2: 2 segments œsophagiens éloignés et Anastomose impossible

- Traitement d'attente :
 - Œsophagostomie cervicale
 - Gastrostomie d'alimentation
- Traitement définitif :

Remplacement œsophagien par greffon gastrique ou colique

Ce qu'il faut retenir

- ✓ Sonde gastrique à la naissance est systématique et si ça ne passe pas
 - Ne pas alimenter
 - Cliché thoraco abdominal
 - Mise en condition
 - Envoyer en **chirurgie pédiatrique**



2. HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

- ✓ DEFINITION

Passage des viscères abdominaux dans la cavité thoracique à travers un orifice diaphragmatique congénital le plus souvent postéro latéral.

- ✓ EPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 1 cas /5000 Nces

Coté : plus fréquente à gauche qu'à droite.

Sexe : prédominance masculine.

- ✓ PATHOGÉNIE

-Retard ou absence de fermeture du canal pleuro péritonéal

-Réintégration prématurée de l'anse intestinale primitive dans la cavité coelomique.

- ✓ ANATOMOPATHOLOGIE

L'orifice herniaire : foramen de BOCHDALEK

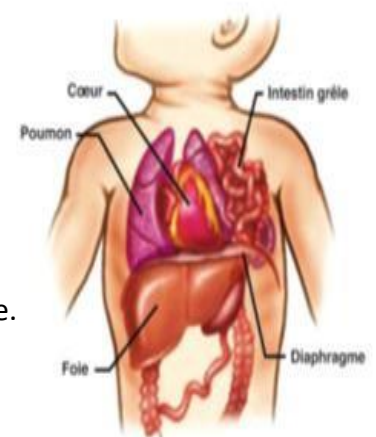
- Ovale
- Admettant 1 – 2 doigts
- De siège postéro latéral

Le sac herniaire : adossement des 2 séreuses pleurale et péritonéale

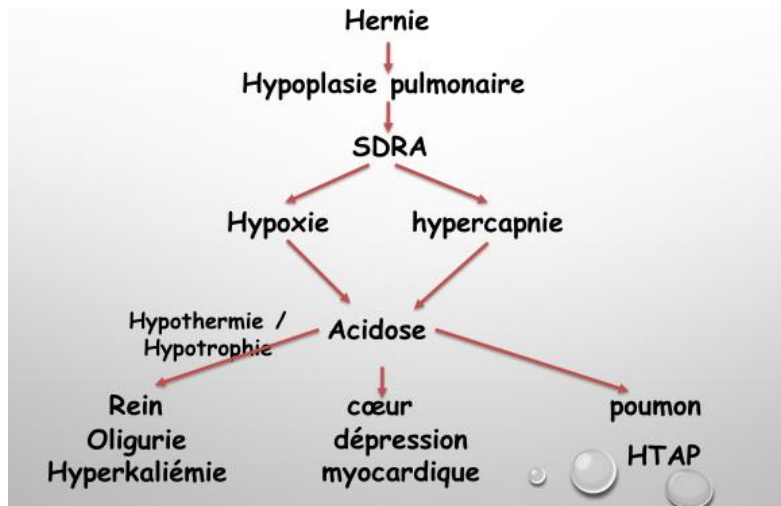
Organes herniés : tous les viscères sauf le bloc duodéno pancréatique et le sigmoïde.

Malformations associées :

- Hypoplasie pulmonaire
- Vice de rotation de l'intestin primitif



✓ **PHYSIOPATHOLOGIE**



✓ **DIAGNOSTIC ANTENATAL** : l'échographie néonatale montre Hydramnios

Image liquide intra thoracique

Refoulement du cœur

✓ **DIAGNOSTIC POSTNATAL**

TDD = « hernie postéro latérale gauche du NN dans sa forme aigue »

SF: Surtout respiratoire : dyspnée ; DR

Signes circulatoires : cyanose, tachycardie

SP:

Inspection :

- Héli thorax gauche bombé moins mobile que le droit
- Abdomen plat

Percussion : tympanisme thoracique anormal

Auscultation :

- Bruits cardiaques déviés à droite
- Bruits hydro-aériques à gauche
- MV diminué voir aboli

Cyanose, dyspnée, dextrocardie, hémi thorax bombé, abdomen excavé, sont quasi pathognomoniques de la HD.

✓ **LA RADIOLOGIE :**

Cliché thoraco-abdominal de face et de profil :

-Signes directs

Multiples images claires dans le thorax gauche

Repérage de la SG remontant en hameçon vers le thorax

-Signes indirects

A la compression du contenu thoracique :

- Déviation du cœur vers la droite



- Déviation du médiastin (sondes œsophagiennes et trachéales)

Au défaut diaphragmatique :

- Absence de visualisation de la coupole gauche

A la vacuité abdominale :

- Raréfaction de la pneumatisation digestive

✓ FORMES CLINIQUES

Symptomatiques

F sur aigue

F aigues à révélation précoce avant 3jours

F à révélation secondaires : après 3jours « Tolérées »

F asymptomatiques

Anatomiques

La hernie antérieure et retro-costo-xiphoidienne

Aplasia complète d'un hémi diaphragme

✓ TRAITEMENT : urgence médico-chirurgicale

But :

Réparation du défaut diaphragmatique après réintégration des viscères herniés sur un **malade stabilisé**

Moyens

1- Mesures de réanimation et Mise en condition

Lutte contre l'acidose et HTAP en améliorant la perfusion pulmonaire et donc diminuer HTAP grâce à l'hyperventilation et une oxygénation optimale.

- Sonde gastrique
- Désobstruction des voies aériennes
- Oxygénation
- Intubation trachéale, si nécessaire et ventilation artificielle (haute fréquence basse pression) pour éviter le barotraumatisme +++++
- La ventilation au masque est proscrite aggrave la détresse par distension gastrique
- Lutter contre l'hypothermie

2-La chirurgie

- Fermeture de l'orifice diaphragmatique après réduction de viscères abdominaux.

II. LES URGENCES ABDOMINALES :

1. ATRESIE DUODENALE

✓ DÉFINITION

Interruption de la continuité du duodénum soit complète ou incomplète, le plus souvent en sous vatrien.

1cas/6000Nces.

C'est une embryopathie liée à un défaut de développement du duodéno pancréas entre la 5^e et 7^e semaine.

✓ ANATOMOPATHOLOGIE

3 types d'atrésie Membraneuse, Cordonale et Complète

Malformations associées

➤ Trisomie 21



➤ Malformation cardiaque, anorectale, œsophagienne et rénale.

✓ DIAGNOSTIC

-En anténatal :

Image en double bulle liquidienne liée à la dilatation du duodénum et de l'estomac.

Hydramnios.

-En post natal : « tableau **d'OIA haute +++** »

SF

Vomissement : dès les 1eres heures de vie, alimentaires puis bilieux

Absence d'émission de méconium

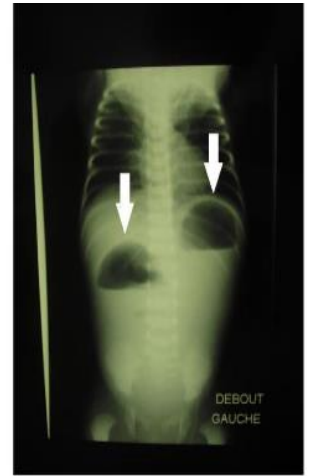
SP

Abdomen est plat parfois une voussure épigastrique

✓ RADIOLOGIE : cliché thoraco abdominal de face

- Image en double bulle de part et d'autre du rachis

- Absence d'aération digestive d'aval



✓ TRAITEMENT

But : Rétablissement de la continuité digestive pour permettre une alimentation normale

Moyens

Réanimation

Aspiration gastrique précoce

Antibiothérapie

Rééquilibration hydroélectrolytique

Chirurgie

- Anastomose duodéno duodénale latéro-latérale

- Résection d'un diaphragme muqueux.

2. ATRESIE DU GRELE

✓ DÉFINITION

Interruption de la continuité intestinale pouvant siéger du jéjunum proximal jusqu'à l'iléon terminal

✓ PATHOGÉNIE

Liée à une pathologie vasculaire ischémique anténatale qui entraîne une nécrose puis disparition d'un segment du tube digestif.

Fréquence : 1cas/10 à 15000Nces

✓ DIAGNOSTIC

Anténatal

Image de dilatation des anses intestinales en amont de l'obstacle

Hydramnios

A la naissance

Tableau OIA haute (jéjunum proximal) ou basse (iléon terminal)

Vomissement bilieux

Pas d'émission du méconium

Météorisme abdominale

✓ RADIOLOGIE= ASP

Dilatation grêlique avec nombreux niveaux hydro-aériques plus larges que hauts.

Calcification en cas de péritonite méconiale.

✓ TRAITEMENT :

- Réanimation et mise en condition

- Chirurgie : Résection économe de la zone atteinte puis anastomose termino-terminale après vérification de la perméabilité de l'intestin d'aval.

3. ATRESIE COLIQUE : Exceptionnelle

✓ DIAGNOSTIC : « tableau d'occlusion basse »

- Vomissement tardif
- Absence d'émission de méconium
- Ballonnement abdominal très important
- Niveaux hydro-aériques de type colique.

✓ TRAITEMENT :

Dérivation initiale, suivie de rétablissement précoce de la continuité colique.

4. LA MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

✓ DÉFINITION

Anomalie caractérisée par l'absence de cellules ganglionnaires au niveau des plexus intramurales de la paroi intestinale.

✓ DIAGNOSTIC CLINIQUE : Le tableau varie selon la longueur du segment atteint.

Type de description : **Forme recto-sigmoïdienne**

Se révèle précocement, en général avant la fin du premier mois par un « **Tableau OIA basse** »

SG

Souvent conservé sauf si complication (entérocolite)

SF

Retard d'émission de méconium de plus de 48h

Vomissement tardif

SP

Ballonnement abdominal

Le TR ou le passage de la sonde rectale entraîne une débâcle de méconium et de gaz avec affaissement de l'abdomen

✓ PARA CLINIQUE

ASP

Distension gazeuse prédominante sur le colon gauche et le transverse

Absence d'aération du pelvis

Lavement baryté

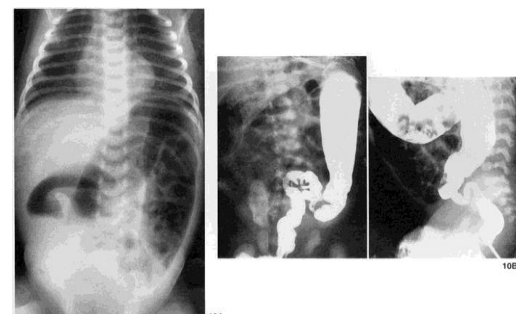
- Segment pathologique : Aspect rigide, figé et rétréci.
- Zone de transition en entonnoir
- Zone dilatée au-dessus

La manométrie rectale n'a pas d'indication à la période néonatale.

La biopsie rectale, par voie chirurgicale ou à la pince Noblett confirme le diagnostic.

✓ TRAITEMENT

D'attente - Nursing = lavements et évacuation du colon par le passage d'une sonde rectale



- Colostomie en zone saine.

Définitif : Abaissement du colon sain après résection du segment aganglionnaire.

5. LES MALFORMATIONS ANORECTALES

✓ DÉFINITION

Absence congénitale de l'anus avec ou sans communication génito-urinaire

✓ CLASSIFICATION on distingue :

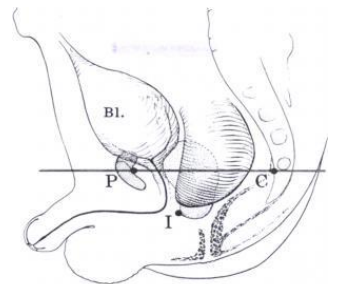
Forme haute : cul de sac rectal est au-dessus du plan du muscle releveur.

Forme intermédiaire : cul de sac se projette en regard du plan du muscle releveur.

Forme basse : cul de sac est au-dessous du plancher du muscle releveur.

✓ DIAGNOSTIC

- ❖ Souvent fait à la naissance par un examen du périnée
- ❖ Rechercher une méconiurie



✓ RADIOLOGIE : incidence de Waganstein et Rice.

Permet d'identifier la forme topographique en précisant la hauteur du cul de sac rectal par rapport à la ligne pubo coccygienne (Stephens) qui correspond au muscle releveur.

✓ TRAITEMENT : il faut rétablir la continuité digestive

Forme basse : se traite d'emblée par une chirurgie périnéale.

Forme haute ou intermédiaire : colostomie première puis abaissement du cul de sac rectal au périnée.



6. L'ILEUS MECONIAL

✓ DÉFINITION

Obstruction de la lumière de l'iléon par du méconium anormalement épais et durci.

98% association à la mucoviscidose

✓ DIAGNOSTIC

« Tableau d'occlusion intestinale basse »

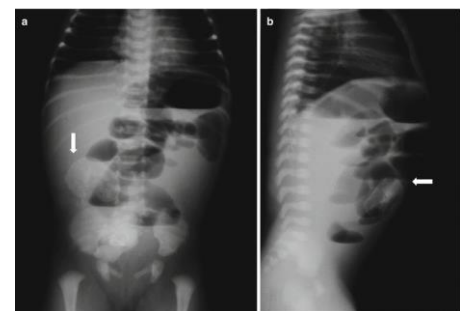
✓ RADIOLOGIE : Cliché thoraco-abdominal

- Niveaux hydro-aériques
- Aspect de granités de la fosse iliaque droite

✓ TRAITEMENT

L'iléus non compliqué : simple lavement aux hydrosolubles (gastrographine)

L'iléus compliqué ou échec du lavement : iléostomie puis rétablissement de la continuité secondairement.

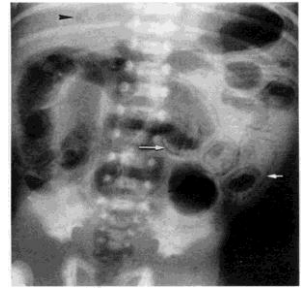


7. LA PERITONITE MECONIALE

Liée à une perforation anténatale de l'intestin souvent associée à une atrésie.

8. L'ENTEROCOLITE = urgence médico-chirurgicale

Affection acquise caractérisée par une inflammation de la paroi intestinale d'origine vasculaire et infectieuse pouvant aboutir à la perforation.



- **LE TABLEAU TYPIQUE :**

État septique

Rectorragies

Abdomen tendu et douloureux

- **Pneumatose** de la paroi intestinale à l'ASP
- TRT : médical et chirurgical, Arrêt de l'alimentation, Antibiothérapie et Iléostomie en zone saine.

9. VOLVULUS DE L'INTESTIN SUR MESENTERE COMMUN

C'est un Trouble de la croissance de l'anse intestinale primitive avec défaut de rotation lors de sa réintégration dans la cavité abdominale.

Réalise un tableau OIA haute duodénale avec altération de l'état général après un intervalle libre.

Le traitement permet de détordre l'intestin et de le positionner en mésentère commun complet.



10. APPENDICITE DU NOUVEAU NE

- Exceptionnelle et souvent diagnostiquée à l'intervention.

III. LES URGENCES UROGENITALES :

1. VALVES DE L'URÈTRE POSTÉRIEURE

Réalisent un obstacle sous vésicale chez le garçon et sont caractérisés par la présence de replis membranaires au niveau de l'urètre postérieur.

Peuvent nécessiter une intervention chirurgicale urgente en cas de détresse urologique.

2. TORTION TESTICULAIRE NEONATALE

C'est une grosse bourse douloureuse

Traitement : est chirurgical avec orchidopexie controlatérale.

3. KYSTE OVARIEN COMPLIQUÉ :

- Soit d'hémorragie, soit de torsion ou les deux.
- Le traitement est chirurgical.

IV. LES URGENCES PARIETALES :

Sont secondaires à un défaut de fermeture de la paroi abdominale

1. L'OMPHALOCELE

Les viscères sont extériorisés à travers un défaut ombilical et protégés par **un sac amniotique** qui est coiffé par le cordon ombilical.

2. LAPARISCHISIS

Les viscères sont extériorisés à travers un défaut latéro ombilical droit **sans sac**.

Leur traitement consiste en une réintégration des viscères herniés et fermeture de la paroi.

