

LES URGENCES CHIRURGICALES CHEZ LE NOUVEAU NE

I. INTRODUCTION

Nombreuses sont les malformations qui peuvent être dépistées chez le nouveau né, cependant seront décrites les malformations qui déterminent dès la naissance des troubles graves incompatibles avec la vie et curables par une intervention immédiate. Ces malformations peuvent être viscérales ou pariétales.

- Malformations digestives : atrésie de l'œsophage, fistule œsotrachéale occlusions intestinales, malformations ano-rectales
- Malformations diaphragmatiques : hernie diaphragmatique
- Malformations pulmonaires : emphysème obstructif, kyste pulmonaire
- Malformation de la paroi ventrale : omphalocèle, laparoschisis
- Malformation de la paroi dorsale : spina bifida, tératome sacro coccygien

* intérêt :

- Dépistage précoce par un diagnostic anténatal
- Améliorer les moyens de réanimation et organiser le transfert médicalisé vers un centre chirurgical

II. ANOMALIES CHIRURGICALES SE RÉVÉLANT PAR UN TABLEAU DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE

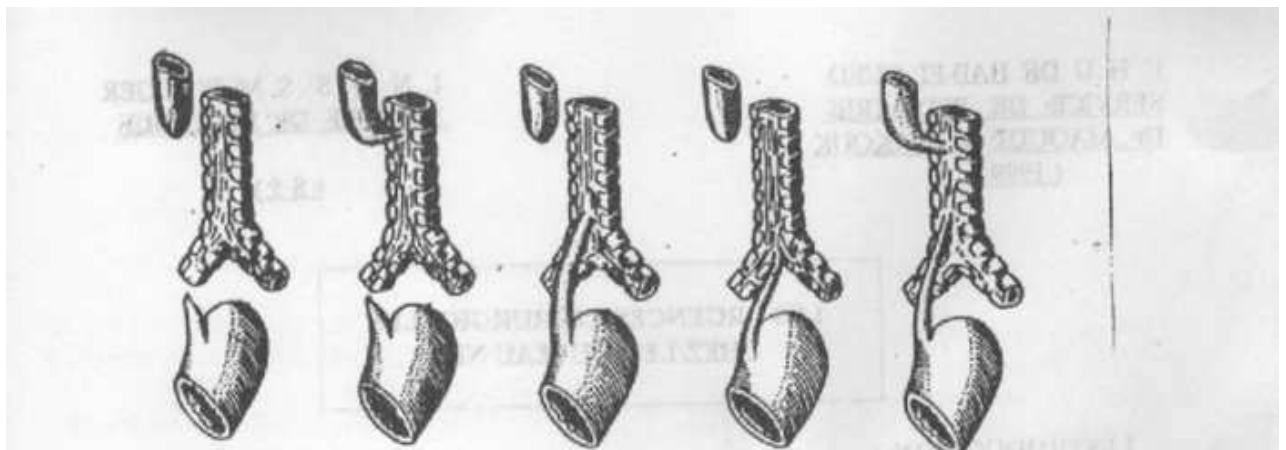
1/Atrésie congénitale de l'œsophage :

Elle se définit par l'interruption complète de la lumière œsophagienne, il s'y associe assez souvent une fistule trachéo-œsophagienne.

Sa fréquence est estimée à 1 cas pour 2000 naissances.

Formes anatomiques : LADD a décrit 5 groupes :

- Type I : atrésie œsophagienne sans fistule.
- Type II : atrésie œsophagienne avec fistule trachéo-œsophagienne proximale.
- Type III et IV : atrésie œsophagienne avec fistule trachéo-œsophagienne inférieure.
- Type V : atrésie avec double fistule trachéo-œsophagienne.



Type I (7%)

Type II (1%)

Type III et IV (90%)

Type V (2%)

*Malformation associées :

- Petit poids de naissance (1 fois sui 5)
- Cardiopathies congénitales. -Atrésie duodénale, imperforation anale.
- Génito-urinaire, respiratoires, ostéo-articulaires.
- Système nerveux central, fentes labiale et palatine.

*Tableau clinique :

L'hydramniose est fréquent (1/4 à 1/3 des cas) du à l'impossibilité de déglutition du liquide amniotique. Dans les premières heures de vie des signes caractéristiques mettent sur la voie du diagnostic: -La salive est abondante, aérée, mousseuse, encombre la bouche et le naso-pharynx. -Petits signes de détresse respiratoires (tirage, battements des ailes du nez)

Le diagnostic, sera confirmé par la radiographie du thorax face et profil, sonde gastrique en place. Le teste à la sonde de NELATON, ni trop molle, ni trop fine et à bout mousse note un arrêt net de la progression à environ de 10 cm des arcades dentaires avec impossibilité d'aspirer du liquide gastrique.

*La radiographie :

- confirme le diagnostic.
- précise l'état du parenchyme pulmonaire.
- l'insufflation d'air par la sonde dessine le cul de sac supérieur.

*Traitement :

Le transport vers un centre spécialisé se fait en position semi assise avec aspiration continue du cul de sac supérieur. Ne jamais ventiler au masque. La fermeture de la fistule oesotrachéale est le geste le plus urgent.

La reconstitution de la contiguïté œsophagienne peut être différée dans les formes compliquées, sinon rétablissement immédiat de la contiguïté (anastomose œsophagienne termino terminale) L'intervention est complétée ou non par l'établissement d'une gastrostomie d'alimentation.

*Pronostic :

80 % de succès chez les enfants, dont le poids, de naissance est supérieur à 2,5 kg et indemne par ailleurs d'anomalies congénitales graves.

2/ Hernie congénitale de la coupole diaphragmatique :

La hernie congénitale de la coupole diaphragmatique se définit comme le passage des viscères abdominaux dans la cavité thoracique à travers un orifice anormal de siège habituellement postéro latéral Plusieurs formes cliniques peuvent être retrouvées, la formes précoce se manifeste dès la naissance.

*Clinique :

- une détresse respiratoire d'intensité variable.
- un héli thorax plus globuleux et moins mobile.
- un abdomen plat, rétracté.
- l'auscultation retrouve :
- un refoulement des bruits du cœur.
- l'absence de murmure vésiculaire.
- éventuellement des bruits hydro aérique.

*Radiologie :

La radiographie simple du thorax et de l'abdomen de face confirme le diagnostic :

- présence de multiples images huileuses de type intestinal.
- l'ensemble du médiastin est déplacé vers le côte opposé.
- l'abdomen opaque avec absence des bulles gazeuses intestinales.

*Traitement :

- l'intubation trachéale est immédiate est toute ventilation au masque est proscrite.
- L'intervention consiste en une fermeture de la brèche diaphragmatique et réintégration du tube digestif.

3/ Les autres causes chirurgicales de détresse respiratoires :

- Emphysème lobaire géant.
- Malformations adénomatoïdes du poumon. • Pneumothorax.
- Obstruction congénitales des voies aériennes (atrésie des choanes, syndrome de pierre Robin).

III. ANOMALIES CONGÉNITALES SE RÉVÉLANT PAR UN TABLEAU D'OCCLUSION INTESTINALE:

1/ Diagnostic positif :

- Vomissement teinté de bile, est un signe d'alarme, traduit l'obstacle sur le tube digestif au dessous de l'ampoule de Vater.
- Météorisme abdominal (ballonnement abdominal).
- Absence de l'élimination méconiale

Mais ces trois symptômes différent dans leur intensité : -Plus l'obstacle est haut situé, plus précoces est intense seront les vomissements.

-plus l'obstacle est bas situé, plus important sera le météorisme abdominal.

-La notion d'hydramnios est un argument important traduisant les difficultés de résorption du liquide amniotique.

2/ Diagnostic étiologique:

A. Les occlusions duodénales :

*Clinique :

- Vomissements teintés de bile.
- Le méconium n'est pas évacué.
- L'abdomen est plat.

*La radiographie : (ASP) note :

Des images en double estomac, ou double niveau hydro aérique disposées à droite et à gauche de la ligne médiane.

L'occlusion duodénale peut être intrinsèque ou extrinsèque :

*L'atrésie et le diaphragme complet sont responsables d'une occlusion complète

*Le pancréas annulaire résulte d'une anomalie de développement des ébauches pancréatiques. Il enserre le deuxième duodénum. Les vomissements sont bilieux, l'occlusion est complétée ou incomplète.

*Anomalies de rotation de l'anse intestinale :

C'est un défaut de rotation d : l'anse intestinale primitive autour de l'axe de l'artère mésentérique, cette malformation peut entraîner un volvulus : s'il est serré, interrompt la vascularisation du grêle et conduit à la nécrose où bien la formation des brides de LADD tendues entre la région coecale et la paroi abdominale.

B. Occlusion du grêle:

Tous les symptômes de l'occlusion sont présents il peut s'agir de :

- Malformations congénitales (atrésie, diaphragme, duplication, syndrome du grêle court.
- Iléus méconial dans le cadre d'une mucoviscidose.) -Dilatation intestinale segmentaire.

C. Occlusion du colon :

a. La maladie de Hirschsprung :

Il s'agit d'un défaut de développement des cellules ganglionnaires des plexus nerveux des sous muqueux (de Meissner) et mésentérique entre les couches musculaires (dit de Auerbach).

La fréquence est de 1 cas / 5000, avec 4 garçons pour 1 fille.

***Clinique:**

Dans les cas typique, l'occlusion fonctionnelle basse progressivement complétée dans les 48 heures avec absence ou retard dans l'élimination du méconium Le toucher rectal et l'épreuve de la sonde provoque l'émission « explosive » de gaz et du méconium.

***Radiologie**

- ASP : note une distension gazeuse considérable.
- Lavement baryte : est fondamental retrouve un contraste entre l'étranglement de l'intestin et la dilatation du segment colique sus jacent assure le diagnostic de maladie de Hirschsprung.
- La manométrie : la recherche du réflexe recto anale inhibiteur est difficile chez le nouveau-né

*La biopsie rectale: le diagnostic est confirmé par la biopsie rectale à l'aspiration qui certifie l'absence de cellules ganglionnaire et l'épaississement des troncs nerveux caractéristique de l'anomalie.

b. Le syndrome du bouchon méconial:

Survient habituellement chez un prématuré ou un petit poids de naissance. Le tableau clinique est rarement sévère

L'ASP montre une distension des anses intestinales avec ou sans niveaux hydro aériques. Le lavement aux hydrosolubles montre une ampoule rectale normale et permet, en général l'évaluation d'un moule caractéristique et la disparition de la symptomatologie occlusive dans les heures qui suivent

c. Petit Colon Gauche

Se voit surtout chez les nouveaux de mère diabétique et les petits poids de naissance. En rapport avec l'immaturation fonctionnelle des plexus nerveux de l'intestin.

La radiographie montre une distension intestinale diffuse, modérée, en principe sans niveaux hydro aériques.

Le lavement note un petit colon gauche de petit calibre à bords lisses.

d. Les malformations ano-rectales :

Fréquence : 1 cas/5000 naissances

Ces malformations peuvent être : une imperforation vraie, une sténose, ou une anomalie de situation.

Malformations associées : urinaires, pied bot, atrésie de l'œsophage, mongolisme, cardiaque. Diagnostic: les malformations ano-rectales sont reconnues dès la naissance avant que n'aient le temps d'apparaître la distension abdominale et les vomissements.

Une radiographie simple de profil en position tête basse permet de situer l'ampoule rectale par rapport au plan des releveurs

IV. LES PERITONITES NEO NATALES :

Les péritonites néonatales ont une symptomatologie commune très voisines des occlusions :

- Vomissement précoces.
- Ballonnement abdominale dès la naissance ou les premiers jours.
- Circulation collatéral

Deux éléments en faveur de la péritonite :

- Œdème de la paroi infiltrant la région pubienne, les bourses ou les grandes lèvres Silence abdominal à l'auscultation.

- Le diagnostic sera confirmé par un cliché en position verticale de face qui note :

Un important pneumo- péritoine (une opacité à tout l'abdomen avec à sa partie supérieure

Un large niveau horizontal barrant tout l'abdomen, parfois mobile avec la position de l'enfant.

Étiologies :

* Péritonite méconiale :

La perforation intestinale est consécutive à une ischémie suivie de nécrose locale du grêle, ou à une obstruction (atrésie, bouchon méconial de la mucoviscidose.)

La radiographie affirme la présence de l'épanchement péritonéal cernant des anses grêles modérément distendues et groupées dans une partie de l'aire abdominale. Le pneumo péritoine est souvent présent mais d'importance variable.

La recherche de calcification est capital, leur présence élimine de façon formelle la mucoviscidose.

*La péritonite post-natale par perforation :

Les signes sont souvent retardés, mais de survenue brutale:

- altération de l'état général.
- distension abdominale douloureuse, vomissements.
- Le pneumo péritoine est présent.

Le siège de la perforation n'est reconnu qu'à l'intervention.

* La péritonite primitive :

Elle survient dans le cadre d'une infection néo-natale et son traitement est médical.

V. MALFORMATION DE LA PAROI VENTRALE :

1/ Omphalocèles :

Est dues à un défaut de développement des parois latérales de l'abdomen avec absence de délimitation au niveau de la région ombilicale, ou de la persistance de la hernie physiologique de l'anse intestinale primitive dans le coelome extra embryonnaire. Les viscères contenues dans le sac sont aisément identifiables (foie, anses intestinales) Sans traitement le sac peut se rompre, se nécroser.

2/ Laparoschisis :

D s'agit d'une véritable éviscération congénitale, le défaut pariétal est para ombilical à droite de la ligne médiane et les viscères herniés sont dépourvue de toute couverture (anses intestinale surtout)

Le traitement de ces malformations vise à réintégrer les viscères abdominaux et à les couvrir.

VI. LES TÉRATOMES SACROCOCCYGIEN :

Ils surviennent chez les filles, elles sont peu fréquentes, le diagnostic anténatal de ces tératomes sacrococcygiens par échographie est possible, il peut s'agir :

- Tumeurs fessières complètement extériorisées, unilatérale, fermes à la palpation.
- Tumeurs non extériorisées, pelviennes ou abdominopelviennes (la plus fréquente).

Le diagnostic se fait par :

- Le toucher rectal.
- L'alpha foetoprotéine élevée.
- l'échographie et scanner.

Le traitement est chirurgical; les récurrences sont possibles.

Le risque de dégénérescence est minime, le pronostic reste excellent.