

URGENCES CHIRURGICALES DU NOUVEAU NE

I INTRODUCTION :

Les urgences chirurgicales du nouveau né est l'ensemble de malformation à révélation neonatale, dont la prise en charge doit être chirurgicale.

Il faut différencier :

- ❖ Les pathologies qui surviennent à la cour de l'organogénèse avant la 10^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) ou les malformations sont nombreuses.
- ❖ Et celles qui surviennent plus tard à cause d'un trouble de croissance et qui sont isolés.

II. URGENCES THORACIQUES :

A. ATRESIE DE L'ŒSOPHAGE :

1. DEFINITION :

- ❖ c'est l'interruption de la continuité œsophagienne avec ou sans communication oero-digestive (fistule).
- ❖ Résulte d'un défaut de croissance du bourgeon tracheo-oesophagien entre le 6^{ème} et le 8^{ème} SA, d'où le risque de malformation associée : cardiaque, vertébrale, anorectale et rénale.

2. DIAGNOSTIC (dgc) :

- ❖ Dgc prénatal difficile.
- ❖ Recherché systématiquement à la naissance par le passage d'une sonde jusqu'à l'estomac et le test à la seringue.
- ❖ En cas de doute une Radiographie thoracique avec sonde radio-opac en place s'impose.
- ❖ Tardivement le dgc est évoqué devant :
 - ↻ Une hyper sialorrhée.
 - ↻ Une cyanose.
 - ↻ Une dyspnée
 - ↻ Des pneumopathies à répétition.

3. CLASSIFICATION

- ❖ Type I : aucune fistule oesotracheale *des deux bout sont très loins l'un de l'autre*
- ❖ Type II : fistule oesotracheale supérieur unique : entre le bout proximal de l'œsophage et la trachée.
- ❖ Type III : fistule unique entre le bout distal de l'œsophage et la trachée.
- ❖ Type IV : double fistule, entre le bout distale de l'œsophage et la trachée et une deuxième fistule entre le bout proximale de l'œsophage et la trachée.

4. PRISE EN CHARGE (PEC) :

- ❖ Mise en condition :
 - ✓ Position ½ assise.
 - ✓ Arrêt de l'alimentation par voie orale et aspiration continue du cul de sac supérieur.
 - ✓ Transport spécialisé vers l'unité de chirurgie pédiatrique.
- ❖ L'Atrésie sans fistule type I :
 - ✓ Les deux extrémités sont très éloignés, donc on fait une oesophagostomie cervical et gastrostomie en urgence.
 - ✓ A froid entre 4 et 12 mois on fait une oesophagoplastie de remplacement colique ou gastrique.
- ❖ Dans l'Atrésie avec fistule type II, III, IV :

On réalise une fermeture de la fistule et une anastomose directe des deux extrémités dans les heures qui suivent la naissance.

5. EVOLUTION :

- Dépend surtout des malformations associées.
 - Il existe des complications post op qui sont ;
 - ❖ RGO : dans le 1/3 des cas, bien contrôlé par un traitement médical.
- la cure chirurgicale est indiquée :
- Si échec du TRT médicale.
 - L'existence d'une oesophagite rebelle entrainant une sténose.
 - Si association à une tracheomalacie.
 - ❖ Tracheomalacie :
 - Retrouvé dans les atrésies avec fistule.
 - Expose au risque de bronchite à répétition.
 - Guérit spontanément à l'âge de 3 ans .

❖ Sténose anastomotique

- Plus rare, entraîne un blocage du bol alimentaire en amont de la sténose.
- Elle peut être traitée par des dilatations endoscopique. *par balayage.*

B. HERNIES DIAPHRAGMATIQUES ;(HD)

1. DEFINITION :

C'est une absence de fermeture du canal pleuro-péritonéal entre 6 et 8 SA avec passage des viscères abdominaux dans la cavité thoracique entraînant une hypoplasie pulmonaire avec risque d'HTAP :

- Fréquence : 1 cas sur 3000 à 5000 naissances, à gauche dans 9 cas sur 10.
- Existe différents types :
 - ↻ H.D latérale de BOUCHDALEK : 80 à 90% des cas, dont 85% à gauche, 10% à droite et 5% bilatérale.
 - ↻ H.D de MORGANI, LARRY ou retro-costo-xiphoïdienne ; rare, de Dgc difficile.
 - ↻ H.D centrale
- il existe des formes précoces ou les viscères se développent dans le thorax et des formes tardives ou les viscères migrent secondairement.

2. DIAGNOSTIC :

❖ Cliniquement :

- Hemithorax ou thorax immobile
- Abdomen anormalement plat
- Refoulement des bruits du cœur.

encreurisme au h thoracique.

❖ Radio graphie du Thorax :

- Viscères en intra thoracique
- Hypoplasie pulmonaire
- Cœur dévié en controlatéral.

3. PEC :

- ❖ Réparation chirurgicale des coupes diaphragmatique en préservant au max les compliances thoraciques.
 - En 1^{er} temps : réduction douce des viscères hernies
 - En 2^{ème} temps : réparation du diaphragme et mise en place d'une prothèse en silastic ou Gore-text permet une suture sous tension.

III. URGENCES ABDOMINALES :

A. ATRESIE DUODENALE :

1. DEFINITION :

- C'est une interruption de la continuité du duodénum complète ou non.
- Dû à un défaut du développement survenant entre 7 et 9 SA.
- Touche 1 nouveau né sur 6000.
- Association classique avec T21, malformation cardiaque, anorectale et oesophagienne.

2. CLINIQUE :

- Suspecté devant une dilation gastroduodénale et notion d'hydramnios
- Tableau clinique d'une occlusion néonatal, ballonnement abdominal avec vomissement bilieux si obstacle sous vaterien. Et vomissement clair si obstacle sus vaterien. *Absence d'émission de méconium.*

3. ASP :

Signe de double bulle, la présence de l'air en aval d'une zone distendue indique que l'obstacle est incomplet.

4. PEC :

Rétablie la continuité digestive :

- Soit par anastomac directe avec ou sans plastie modelante de la portion dilatée
- Soit par résection d'un diaphragme muqueux une alimentation parentérale stricte pendant 4 semaines.

La guérison sans séquelle, cependant le duodénum garde un aspect hypotonique pendant des années.

× B. ATRESIE DU GRELE :

- Sont dues à un accident de croissance et pas de l'organogénèse, donc pas de malformation associée.
- Sont secondaire à un accident :
 - Mécanique : volvulus, invagination.
 - Vasculaire : entraînant l'ischémie et la nécrose d'un segment intestinal en inutero.
- Echographie prénatal : anses d'amont dilatées

- A la naissance : tableau d'occlusion intestinale haute avec vomissement bilieux, ballonnement abdominale, absence d'émission du méconium.
- ASP : niveau hydro aérique sans aération colique.
- PEC : chirurgie en urgence
 - Si l'intestin d'aval est jugé satisfaisant on réalise une résection avec anastomose termino-terminale en même temps.
 - Si l'intestin d'aval ou sa vascularisation est insuffisante, une dérivation temporaire est nécessaire avec alimentation parentérale de 6 à 8 semaines.

Le rétablissement de la continuité se fait par une nouvelle laparotomie.

C. ATRESIE DU COLON :

- Complete ou incomplète, rare, réalisant un tableau d'occlusion intestinale basse.
- Le traitement est simple par dérivation suivie d'un rétablissement de la continuité précoce ou par anastomose d'emblée.

D. AGANGLIONOSE INTESTINALE

Ou maladie de HIRSCHPRUNG ou Megacollon congénital.

- C'est une anomalie d'innervation motrice de l'intestin par absence du plexus nerveux sous muqueux du à un défaut de migration des cellules de la crête neurale de l'embryon entre 30^{eme} et 60^{eme} jours de la gestation.
- Révélé dans 90% des cas au cour du 1^{er} mois de vie par un tableau d'occlusion basse : vomissement tardif, ballonnement abdominale, retard d'émission du mécanium.
- Le Dgc de certitude repose sur la biopsie colique.
- PEC : si le nursing à la sonde est inefficace une exploration chirurgicale s'impose par colostomie en zone saine et prélèvement pour étude histologique.

La cure définitive utilise l'abaissement retro-rectal du colon sain.

E. L'ILEUS MECONIAL

- C'est une obstruction de la lumière de l'ileon par méconium dure.
- Due dans 98% des cas à la muconscidose
- Non compliqué peut être levé par un lavement aux produits hydrosolubles.
- La présence d'une complication ou l'échec des lavements indique une ileostomie temporaire.

F. VOLVULUS DE L'INTESTIN SUR MESENETRE COMMUN :

- Le mésentère commun est une anomalie du développement entraînant un défaut de rotation des anses intestinales primitive lors de sa réintégration dans la cavité péritonéale.
- Se manifeste brutalement par :
 - Vomissement bilieux
 - Abdomen douloureux avec défense généralisé
 - Tardivement : des selles sanglantes évoque une ischémie intestinale.
- L'ASP : normale ou évoque une occlusion haute.

G. IMPERFORATION ANALE :

- Se définit par l'absence de l'orifice anale visible en place.
- Dgc fait en salle d'accouchement par inspection systématique du périnée ou tardivement par un tableau d'occlusion basse.

IV? URGENCES PARIETALES:

❖ L'OMPHALOCELE :

- C'est l'absence de fermeture de la paroi ventrale avant 11 SA, se présente comme une large hernie centrée par le cordon et les viscères extériorisés protégés par le sac.

❖ LAPAROSCHISIS

- c'est un défaut de croissance donc pas d'anomalie associé.
- Se présente comme un défaut de la paroi latéro-ombilical sans sac, les anses intestinale baignes dans du liquide amniotique.
- Pronostic excellent .

V- URGENCES UROGENITALES:

T. TORSIONS TESTICULAIRES

- Fréquente chez le nouveau-né, souvent méconnue
- Si la torsion est prénatale, la douleur fait défaut, il existe une asymétrie testiculaire, gonade involu par nécrose.

- Si la torsion est postnatale, on trouve une grosse bourse douloureuse avec liquide plus foncé à la transillumination qu'il ne faut pas confondre avec une banale hydrocèle.
- Une intervention en urgence par serotomie permet de sauver le testicule et pose l'indication d'une orchidopexie contralatérale pour prévenir le risque de torsion de l'autre côté.

2. KYSTE OVARIEN COMPLIQUÉ

- La présence du kyste ovarien avant la naissance peut être reconnu à l'échographie dans les dernières semaines de gestation.
- Le kyste ovarien se complique par une hémorragie ou une torsion ou les deux à la fois.
- Les signes d'hémorragie ou de torsion et des deux sont l'apparition de cloison ou des sédiments à l'intérieur du kyste.
- PEC :
 - Si le kyste n'est pas compliqué, on fait une fonction échoguidée seulement.
 - Si le kyste est compliqué, il doit être opéré.

3. EXTROPHIE VESICALE :

- C'est l'absence de la paroi antérieure de la vessie et de la paroi abdominale antérieure sous ombilicale.
- Touche 1 sur 20 000 nouveau né, le plus souvent les garçons.
- La correction chirurgicale est complexe, sur plusieurs temps, avec risque d'incontinence urinaire.

4. PATHOLOGIE DE L'OURAQUE :

- L'involution du canal allantoïdien aboutit à la formation d'un cordon fibreux qui relie la vessie à l'ombilic.
- La persistance de la perméabilité totale ou partielle explique les différentes anomalies rencontrées à ce niveau.

A. Fistule de l'ouraque :

- La perméabilité est totale, les urines s'écoulent par l'ombilic
- A la naissance l'ombilic est distendu, rempli d'urine qui coule.
- Dgc confirmé par une cystographie d'urgence.

B. Kyste de l'ouraque :

- La persistance d'une cavité suspendu sur le trajet de l'ouraq entre l'ombilic et la vessie qui peut être à l'origine des infections réalisant un plastron sous ombilical.
- Le traitement nécessite en 1^{er} temps : mise à plat et drainage et a distance en 2^{eme} temps l'exérèse du reliquat ouraquien.