



Les urgences chirurgicales du nouveau-né

Professeur A.A.BENSEBTI
Service De Chirurgie Pédiatrique Mansourah

• 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. (**reconnaitre**)
- Un diagnostic précoce voir anténatal. (**Précocement**)
- Transfert en milieu spécialisé, avec accouchement de la mère dans un centre spécialisé pourvu de chirurgie néonatale. (**transférer**)

- 
- 1. URGENCES THORACIQUES**
 - 2. URGENCES ABDOMINALES**
 - 3. URGENCES URO-GENITALES**
 - 4. URGENCES PARIETALES**

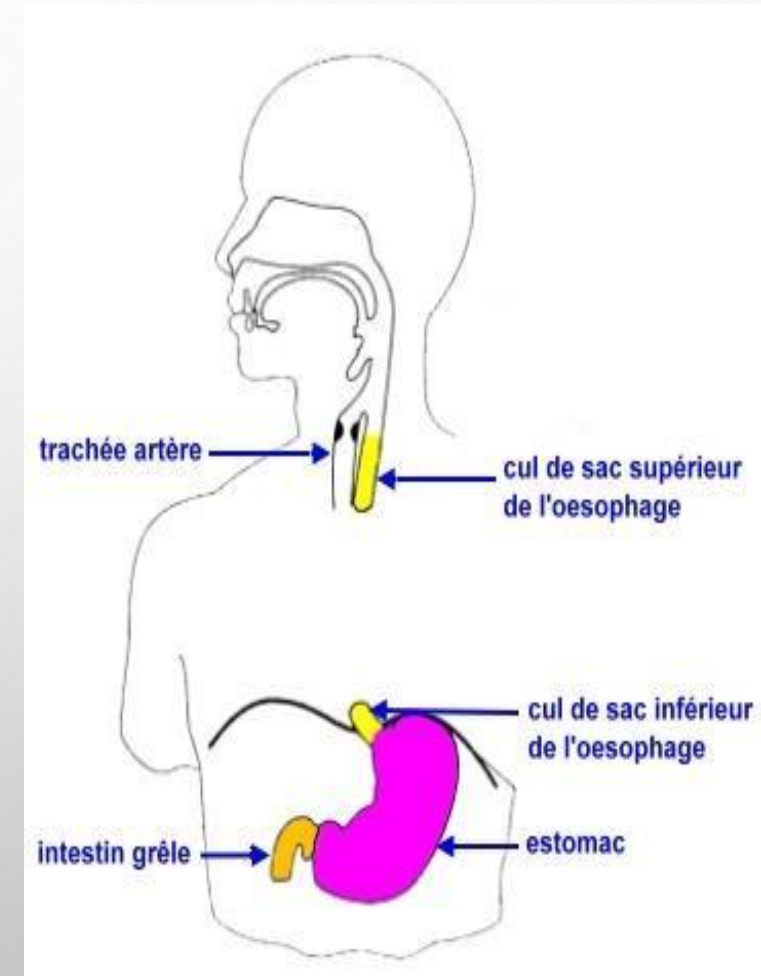
LES URGENCES THORACIQUES

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 avec des conséquences pulmonaires graves.



✓ **EMBRYOLOGIE**

Au cours de la 4^e semaine:

- Clivage de l'intestin primitif

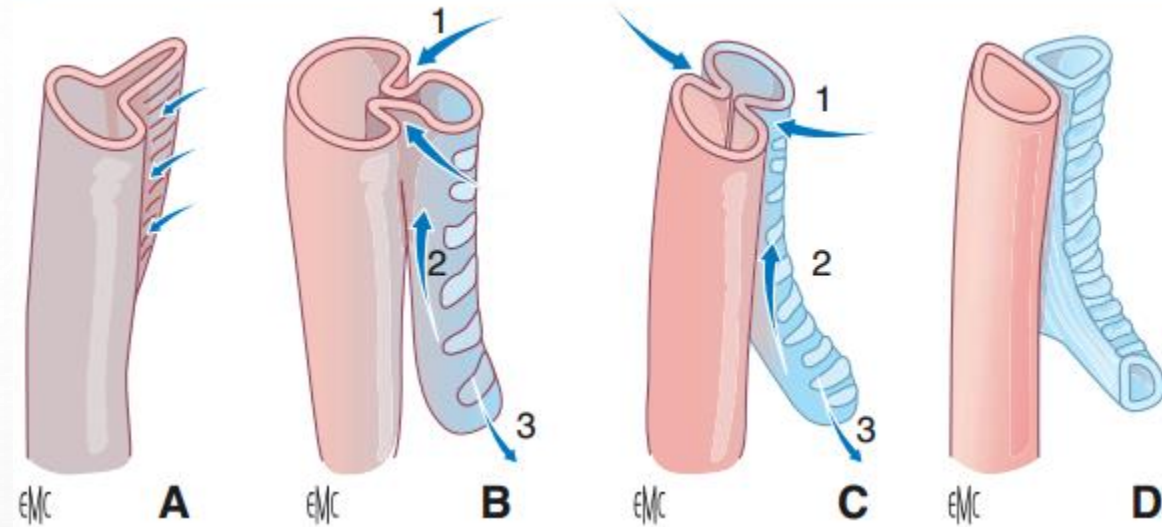
Se différenciant :

En trachée en avant

En œsophage en arrière

Mécanisme 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 +++

V ⇔ Vertèbres

A ⇔ Anorectal

C ⇔ Cardiaque

T ⇔ Trachée

E ⇔ Oesophage

R ⇔ Rénal

L ⇔ Limbs (membres)

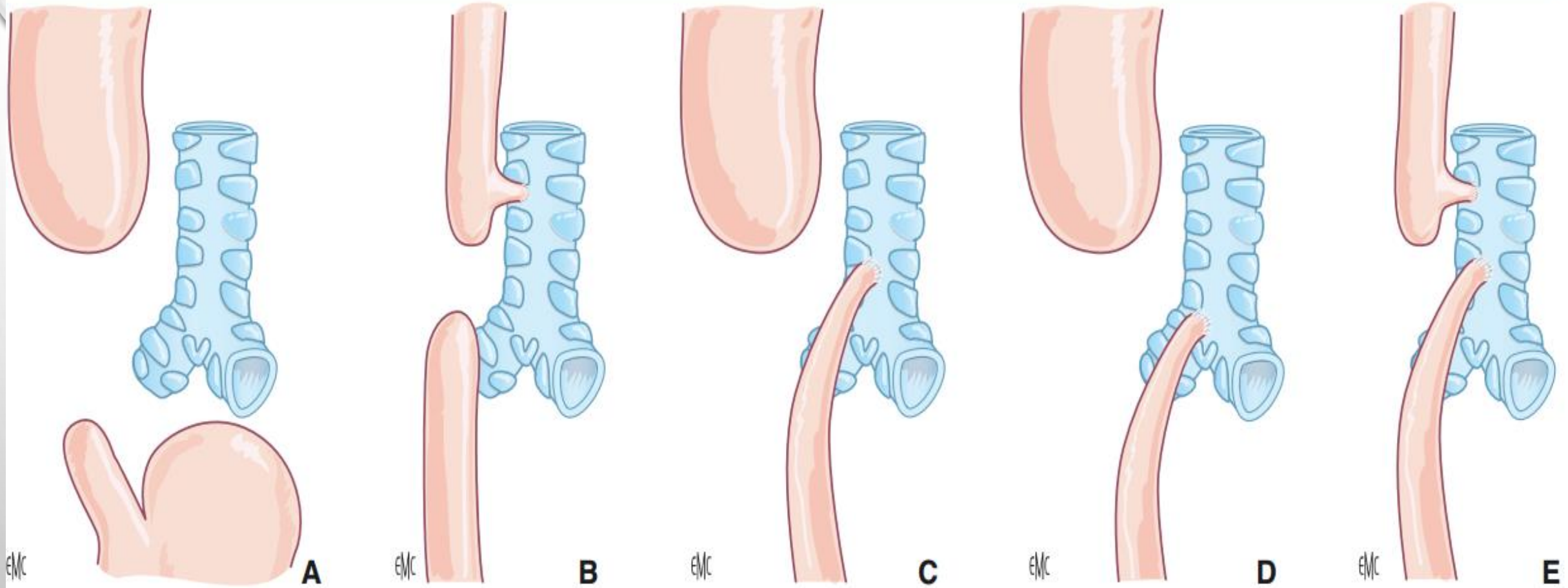


Figure 2. Classification des atrésies de l'œsophage selon Ladd et Gross.

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 = encombrement du carrefour aéro-digestif et donc pénétration du liquide dans la trachée.
- L'air inspiré par la FOT = ballonnement abdominal.
- Le reflux de liquide gastrique à travers la FOT = 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

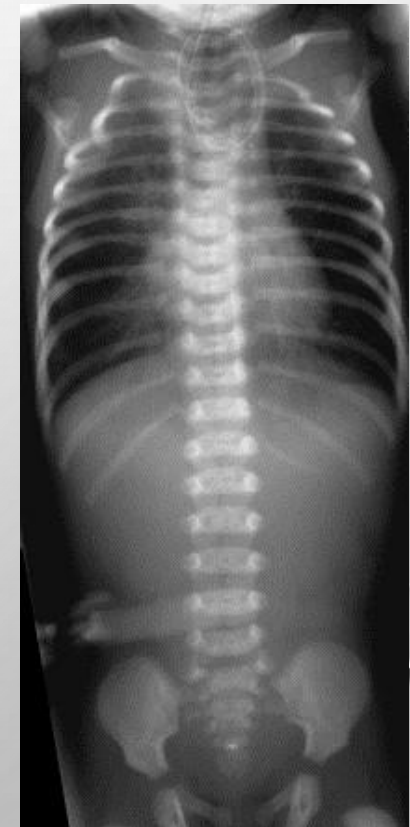
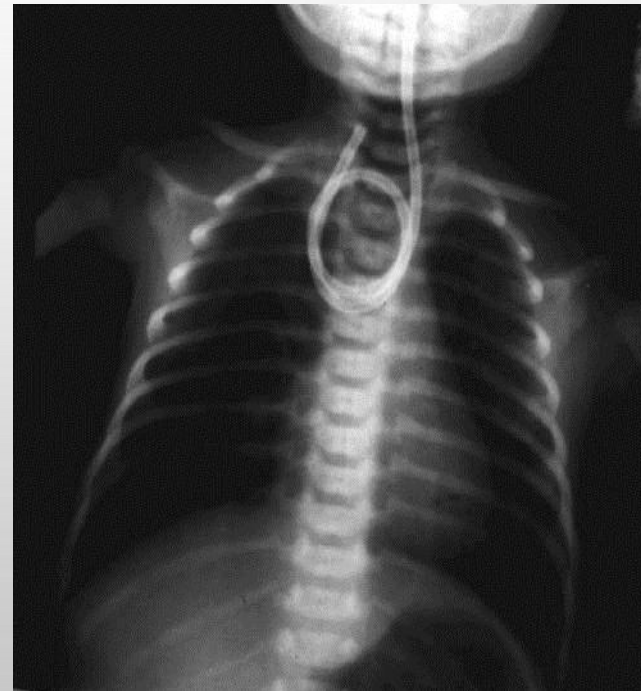
Si l'épreuve à la sonde (non faite ou mal interprétée) =

- 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 pose le diagnostic

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



✓ TRAITEMENT

Urgence médico-chirurgicale

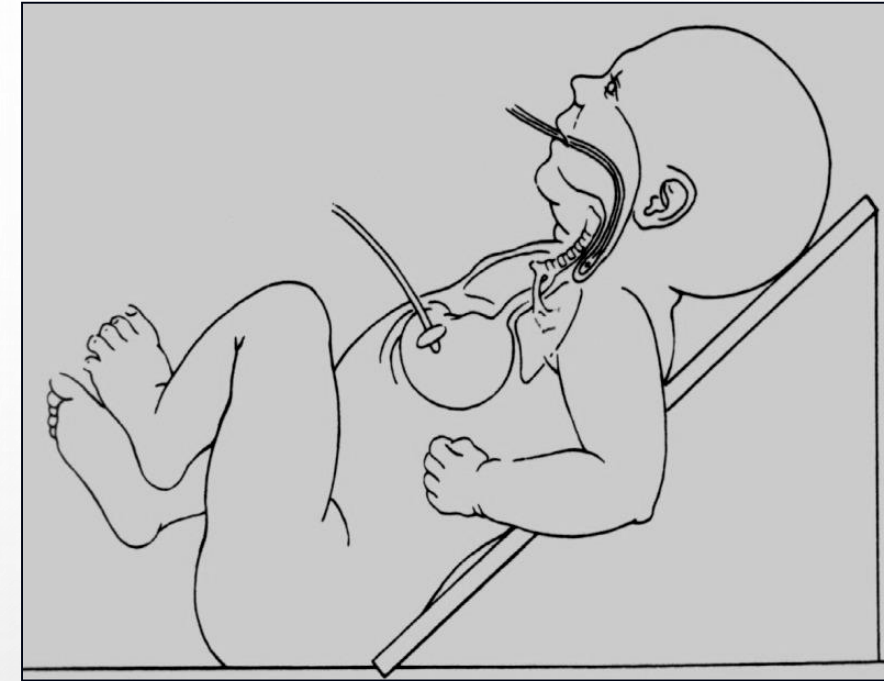
BUT

Rétablir la continuité œsophagienne
Fermeture 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

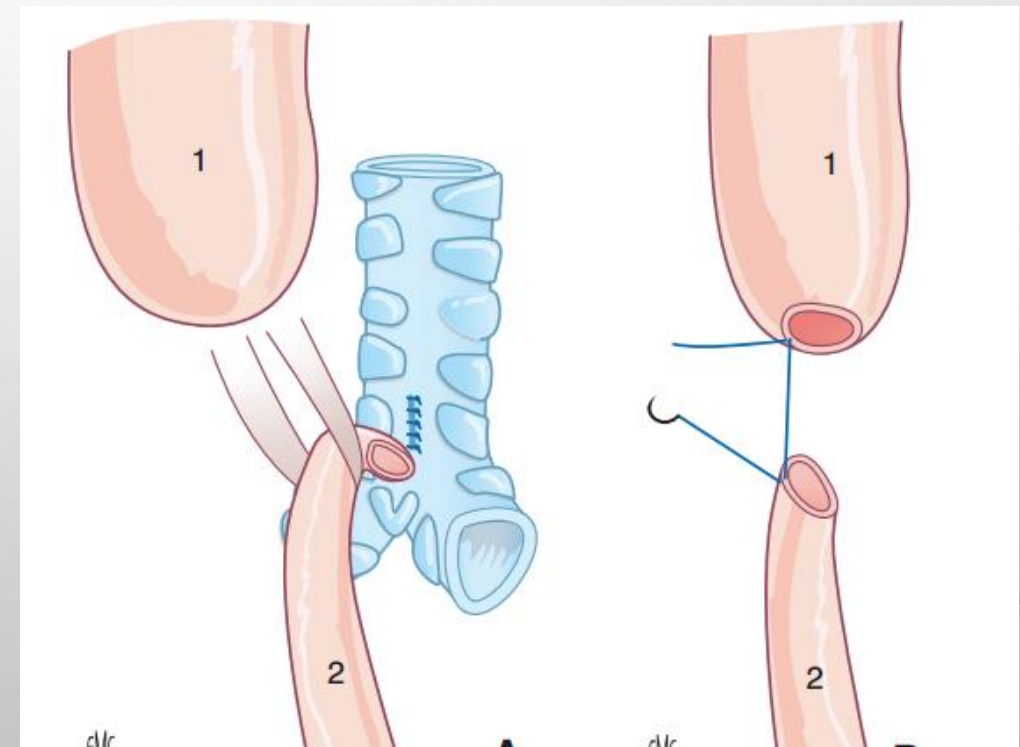


Chirurgie

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

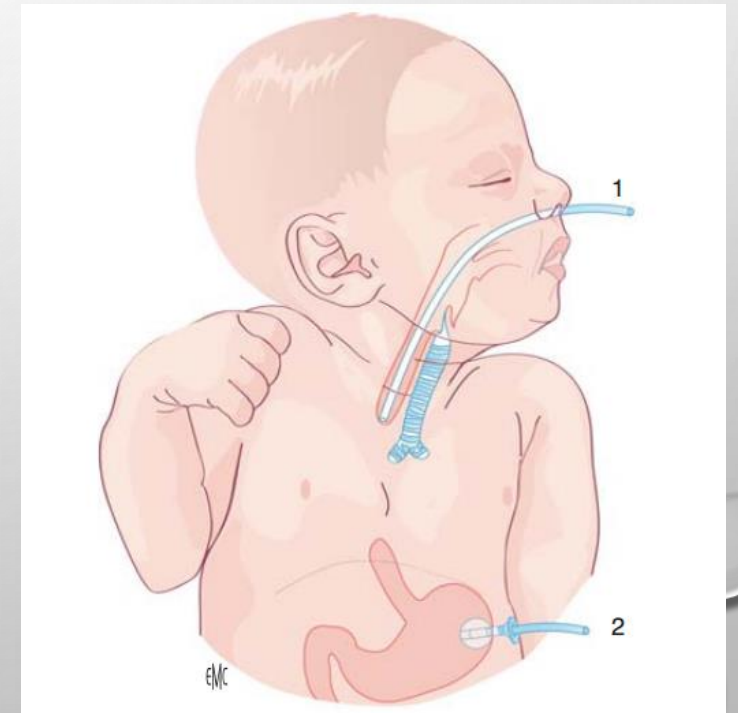
Situation 1 = l'écart n'est pas important

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



Situation 2: 2 segments œsophagiens éloignés
Anastomose impossible

- Traitement d'attente:
 - Oesophagostomie cervicale
 - Gastrostomie d'alimentation
- Traitement définitif: à 12 mois
 - Remplacement œsophagien greffon gastrique ou colique



Ce qu'il faut retenir

- ✓ Sonde gastrique à la naissance est systématique
 - Ça ne passe pas
 - Ne pas alimenter
 - Radio thoraco abdominale
 - 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

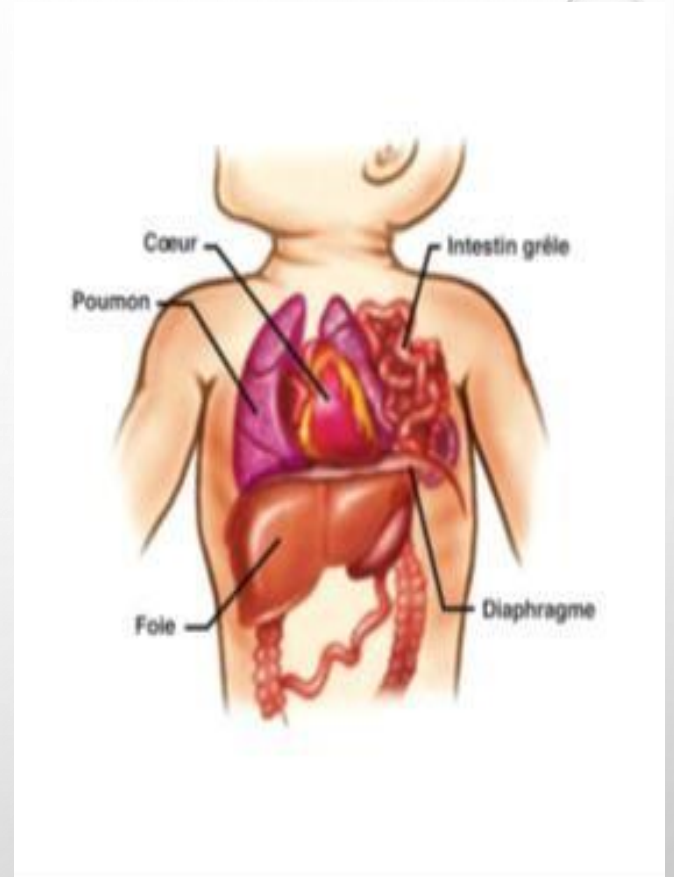
Coté : plus fréquente à gauche qu'à droite.

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

- Ovalaire
- Admettant 1 - 2 doigts
- De siège postéro latéral

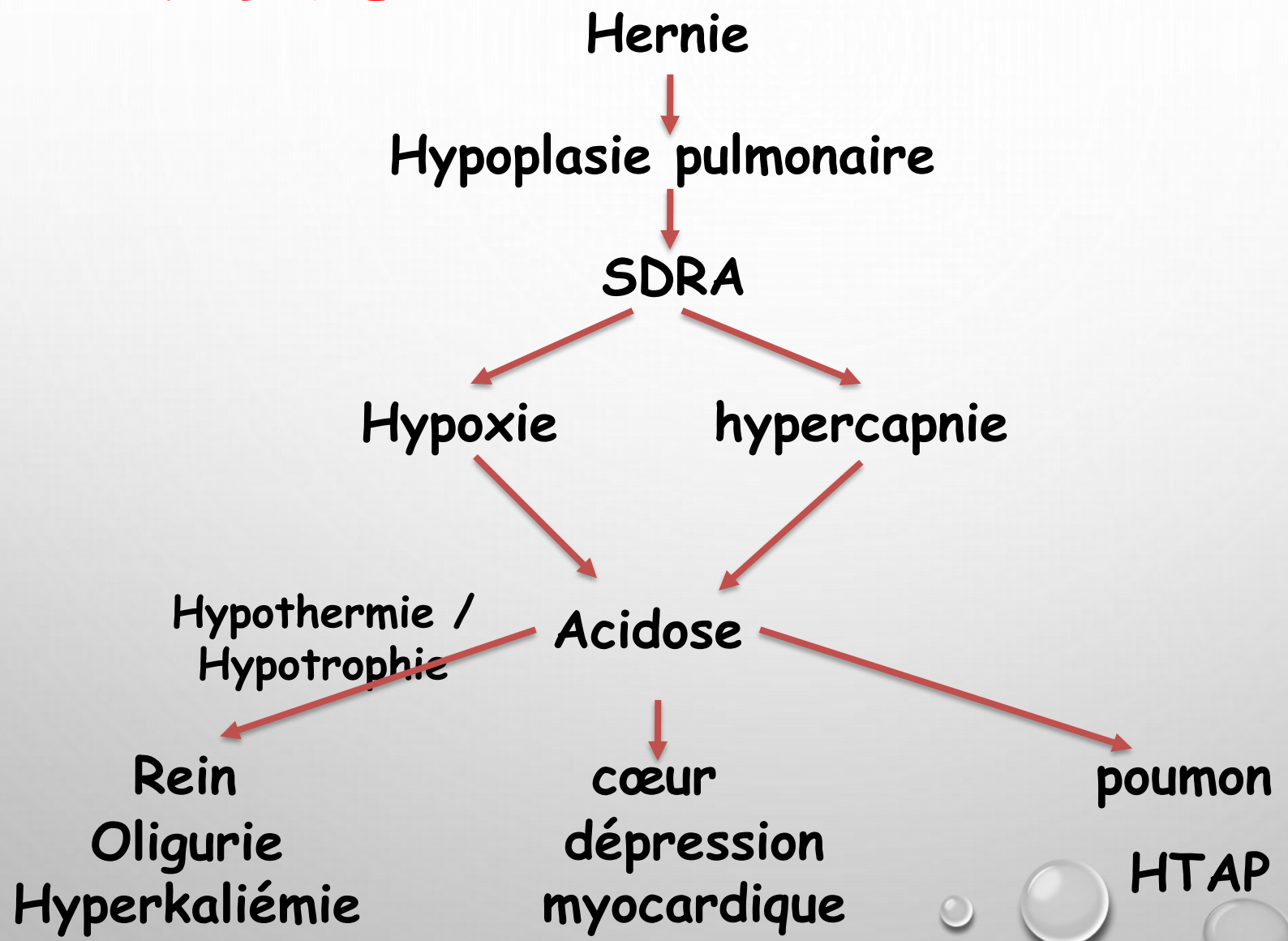
Le sac herniaire : adossement des 2 séreuses pleurale et péritonéale

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 « Echo anténatale »**

Hydramnios

Image liquide intra thoracique

Refoulement du cœur

✓ **DIAGNOSTIC POSTNATAL**

TDD= « hernie postéro latérale gauche du NN dans sa forme aigue » ou
HERNIE DE BOCHDALEK

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 3 jours

F à révélation secondaires: après 3 jours « Tolérées »

F asymptomatiques

Anatomiques

La hernie antérieure et retro-costo-xiphoidienne

Aplasie 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

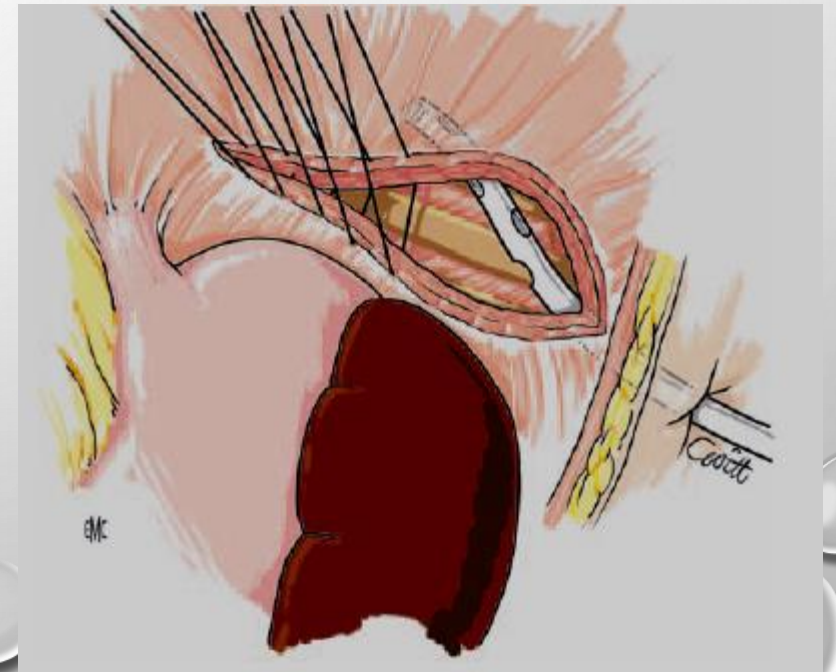
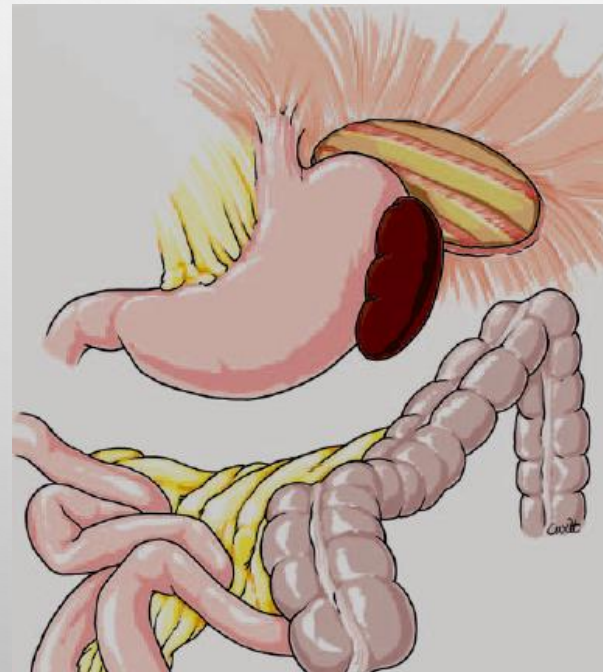
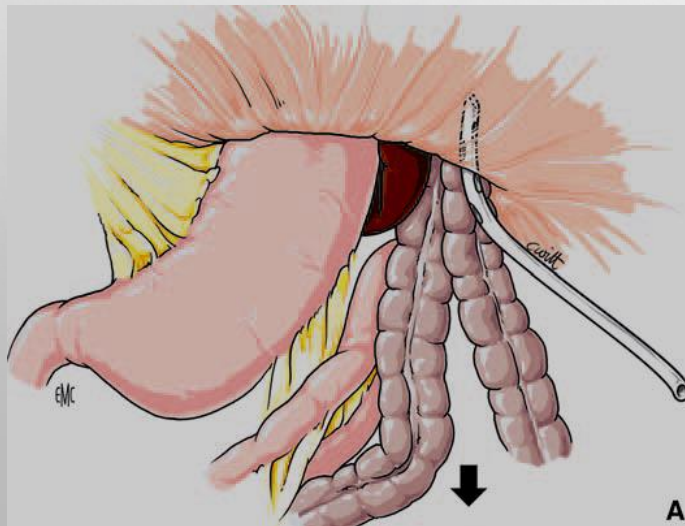
Lutte contre l'acidose et HTAP **en améliorant la perfusion pulmonaire et donc diminuer L ' HTAP grâce à l'hyperventilation et une oxygénation optimale.**

- Sonde gastrique
- Désobstruction des voies aériennes
- Couveuse
- 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.





LES URGENCES ABDOMINALES

1. ATRESIE DUODENALE

✓ DÉFINITION

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

1cas/6000Nces.

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

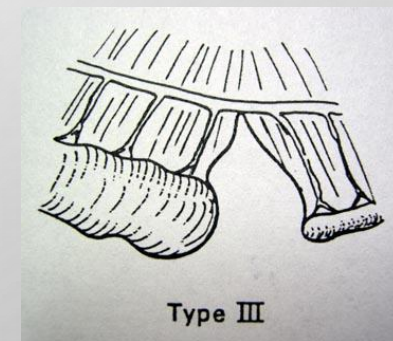
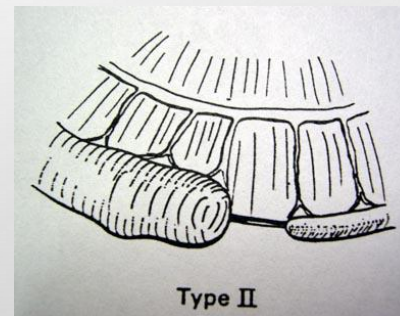
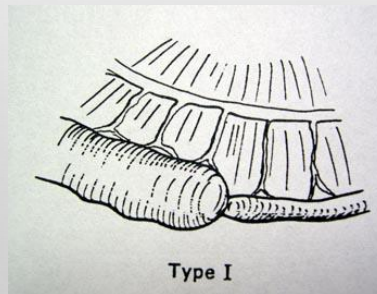
✓ ANATOMOPATHOLOGIE

3 types d'atrésie Membraneuse
Cordonale
Complète

Malformations associées

➤ Trisomie 21

➤ Malformation cardiaque, anorectale, œsophagienne et rénale.



✓ DIAGNOSTIC

En anténatal:

Image en double bulle liquidienne liée a 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 plat parfois 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

RC 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 ; nécrose et 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 abdominal

✓ RADIOLOGIE= ASP

Dilatation grélique 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
- niveau 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 intramuraux 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 prédominant 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.



10A



10B

✓ 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



**TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA
MALADIE D'HIRSCHSPRUNG**

5. LES MALFORMATIONS ANORECTALES

✓ DÉFINITION

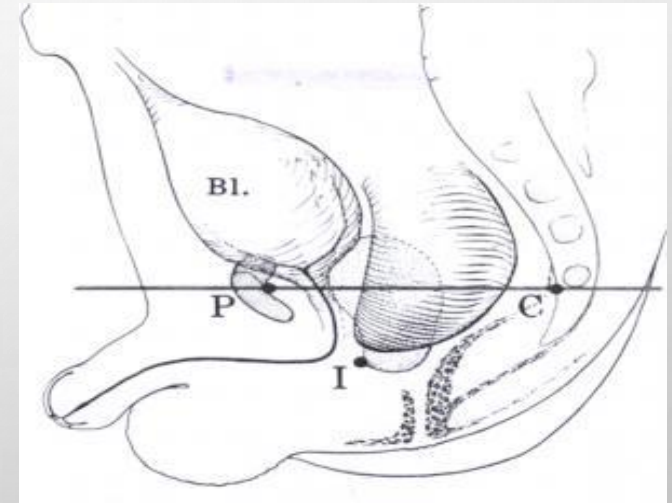
Absence congénitale de l'anus avec ou sans communication génito-urinaire

✓ 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.

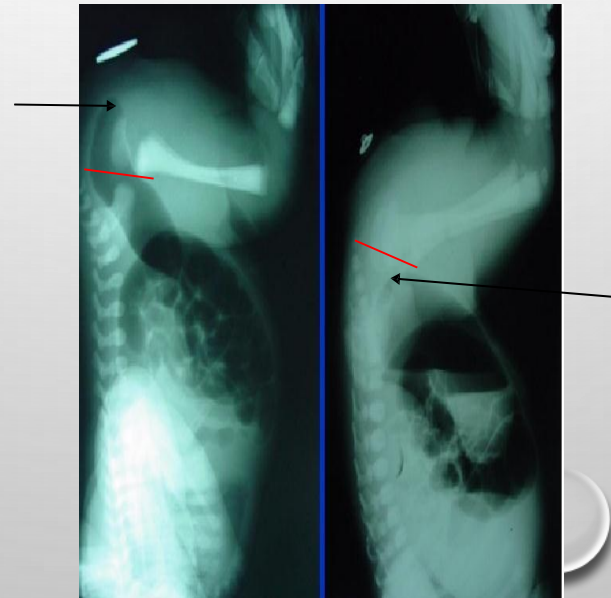


✓ DIAGNOSTIC

- ❖ 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'emblé par une chirurgie périnéale.

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



TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MAR

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 »

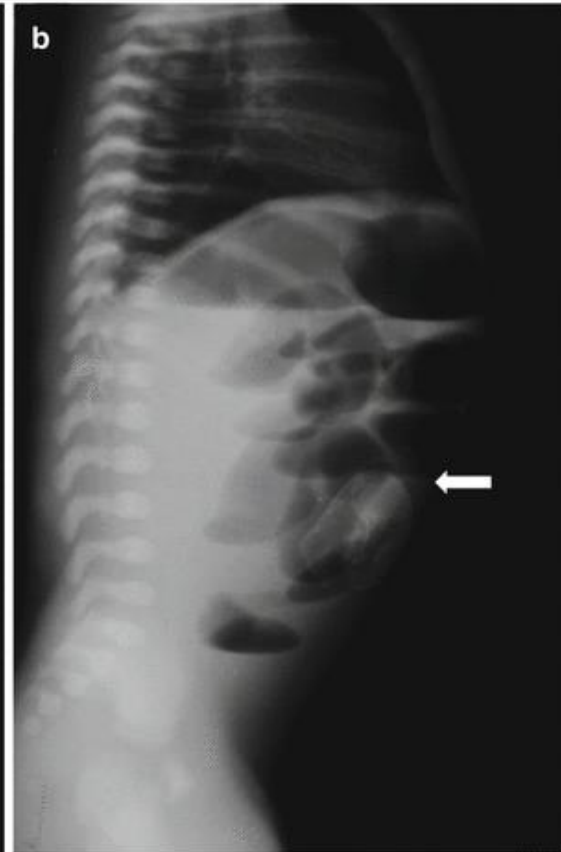
✓ RADIOLOGIE : Cliché thoraco-abdominal

- 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 intestinal à l'ASP

TRT médical et chirurgical

Arrêt de l'alimentation

ATB

Iléostomie en zone saine

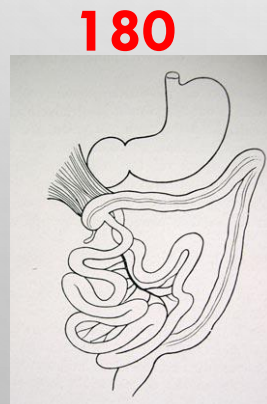
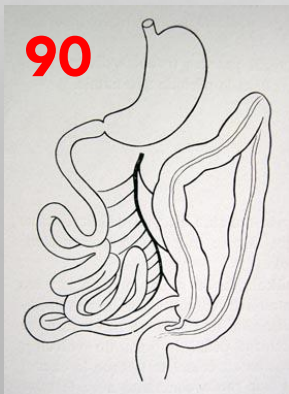


9. Volvulus de l'intestin sur mésentère commun

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.
- Souvent diagnostiquée à l'intervention.

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in a horizontal orange bar.

LES URGENCES URO GENITALES

1. VALVES DE L'URÈTRE POSTÉRIEURE

Obstacle sous vésical chez le garçon caractérisé 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.

LES URGENCES PARIETALES

- Sont secondaires à un défaut de fermeture de la paroi abdominale

1. L'OMPHALOCELE

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

2. LAPARISCHISIS

Les viscères sont extériorisés à travers un **Défect latero ombilical** droit sans sac.

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



OMPHALOCELE



LAPROSCHISIS



Conclusion

Le diagnostic prénatal et les progrès de réanimation chirurgicale néonatale ont amélioré le pronostic de ces malformations et qui reste toujours lié à la gravité des autres malformations associées.