

## Urgences chirurgicales du nouveau né :

Dr Bicha

### SERVICE DE PEDIATRIE B CHUC (2016)

#### 1-introduction :

*Les urgences chirurgicales du nouveau-né représentent toutes les situations pouvant relever d'un état congénital ou acquis nécessitant une chirurgie d'urgence et survenant entre 0 et 28 jours.*

#### 2-interet de la question :

*\*les malformations congénitales sont fréquentes et nombreuses.*

*\*elles déterminent à la naissance des troubles graves incompatibles avec la vie mais curable par une chirurgie urgente.*

*\*d'où l'intérêt de faire un examen minutieux de tout nouveau-né avant d'affirmer que ce dernier est normal.*

#### 3-malformations thoraciques :

##### A-ATRESIE DE L'OESOPHHAGE :

*Il s'agit d'une malformation congénitale de l'œsophage résultant d'un trouble de l'embryogenèse entre la 4e et la 6e semaine du développement. Celui-ci est interrompu et se termine en cul-de-sac.*

*Le diagnostic :*

*-en période prénatale :*

*Seules les atrésies de type I et II peuvent être suspecté sur des signes indirects comme l'absence de visualisation de l'estomac.*

*Hydraminios : s'il ne reconnaît pas de causes médicales évidentes doit faire suspecter une atrésie digestive haute.*

*Mise en évidence d'autres malformations habituellement associées à l'atrésie de l'œsophage.*

*-A LA NAISSANCE :*

*L'encombrement salivaire paraît dès la naissance et s'accompagne d'une certaine cyanose qui ne cède pas aux essais de désobstruction.*

*Petites crises de toux et de cyanose traduisant l'impossibilité de la déglutition de la salive.*

*Recherche de la perméabilité de l'œsophage systématique à la naissance.*

*Le diagnostic est soulevé si la sonde bute à 10cm de l'arcade dentaire.*

*La radiographie :*

*Cliché thoraco-abdominal de face, sonde opaque en place.*

*Cliché cervico-thoracique de profil.*

*Permettra de confirmer le diagnostic et de préciser l'état du parenchyme pulmonaire.*

*De constater la présence ou l'absence d'air dans l'abdomen témoignant de l'existence d'une fistule ou non.*

*Recherche d'autres malformations associées.*

*L'oesophagographie est rarement nécessaire voire dangereuse.*

### **Différents types d'atrésies œsophagiennes :**

*Vogt a classé en 4 groupes :*

*Type 1 : atrésie cordonale, exceptionnelle.*

*Type 2 : atrésie sans fistule, avec une grande distance entre les deux culs de sac œsophagiens d'où les difficultés d'anastomose directe, rare et représente 10% des cas.*

*Type 3 : comporte une communication trachéo-oesophagienne avec trois variétés*

*Type 4 : fistule en H sans atrésie.*

### **Traitement :**

#### **Mesures d'urgence :**

*\*Aspiration continue du cul de sac supérieur par une sonde à double courant.*

*\*Réchauffement dans un incubateur.*

*\*Position demi assise pour éviter le reflux gastro-œsophagien.*

*\*Correction d'éventuelles perturbations thermiques et biologiques.*

*\*Transfert en milieu chirurgical.*

### **Chirurgie :**

*Le traitement chirurgical consiste en une résection et ligature de la fistule, avec une anastomose termino-terminale des deux bouts œsophagiens*

*le pronostic : dépend de la pratique du chirurgien, la qualité de l'anesthésie et des soins pré, per et postopératoires, le type de l'atrésie et l'état de l'enfant et de ses poumons et de la possibilité d'autres malformations associées.*

### **B-HERNIE DIAPHRAGMATIQUE CONGENITALE :**

#### **Définition :**

*La hernie congénitale de la coupole diaphragmatique se définit par le passage des viscères abdominaux dans la cavité thoracique à travers un orifice anormal de siège habituellement postéro-latéral, plus fréquente à gauche qu'à droite.*

**Physiopathologie :**

*L'élément fondamental qui va conditionner le pronostic de la hernie diaphragmatique est l'état pulmonaire d'autant que les nouveaux né présentant cette malformation naissent avec un cœur et une masse sanguine normaux.*

*Le développement des organes abdominaux dans la cavité thoracique s'accompagne le plus souvent d'hypoplasie pulmonaire prononçant à la naissance des signes d'HTAP.*

**Tableau clinique :**

**\*le diagnostic anténatal :** à l'échographie, on a des signes indirects :

*-hydramnios.*

*-présence d'images liquidiennes en intra thoracique ; et absence de celle-ci en intra abdominal.*

*Refoulement du cœur.*

**\*à la naissance :**

*Dans la forme classique on retrouve :*

*-détresse respiratoire d'intensité variable, abdomen plat rétracté, hémithorax globuleux et moins mobile.*

*-à l'auscultation : refoulement des bruits cardiaque, absence de murmure vésiculaires remplacé par des bruits hydro-aériques.*

*Autres formes :*

*La forme suraiguë : l'enfant naît vivant ; pousse un seul cri et décède.\**

*La forme sans détresse respiratoire : la gêne respiratoire est présente lors de la tétée ou lors de changement de positions.\**

*La forme asymptomatique : rare\**

**La radiographie :**

*Rx thoraco-abdominal sonde opaque en place : met en évidence :*

*-présence de multiples images hydro-aériques occupant la presque totalité d'un hémithorax .*

*Refoulement du poumon homolatéral en haut et en dedans.*

*-refoulement du médiastin vers le côté opposé.*

*Abdomen plat opaque désertique de clartés digestives.*

**Le traitement :**

*Désobstruction et réchauffement dans un incubateur.*

*Mise en place d'une sonde gastrique pour vider les gaz du tube digestif et diminution de la compression.*

*Ne jamais ventiler au masque.*

*Intubation trachéale et ventilation artificielle.*

*Transport de l'enfant vers la chirurgie qui permet la reposition des viscères abdominaux et fermeture de l'orifice diaphragmatique.*

**4- urgences abdominales :**

**-ATRESIE DUODENALE :**

*Fréquence: 1/6 000 naissances. - C'est une interruption de la continuité du duodénum, complète ou incomplète. - L'obstacle le plus souvent est sous-valérien que sus-valérien. –*

*Le pancréas annulaire n'est qu'une forme particulière d'atrésie. - Sont dues à un défaut du développement du duodéno-pancréas entre la 5ème et la 7ème semaine (soit 7 à 9 SA).*

*Il s'agit d'une embryopathie et les malformations associées sont présentes 1/3 des cas: .trisomie 21 .cardiaques, .Ano rectales .œsophagiennes .rénales.*

**TABLEAU CLINIQUE:** *le tableau clinique est celui d'une occlusion néonatale haute: Vomissements dans les premières heures de vie. Ces vomissements sont bilieux lorsque l'obstacle est sous-valérien, sinon ils sont clairs. Ballonnement épigastrique.*

*Un simple examen radiologique ASP permet en règle de confirmer le diagnostic: La présence d'air en aval de la zone distendue indique qu'il s'agit d'un obstacle incomplet.*

**CAT thérapeutique:** *- Mise en condition - Sonde gastrique pour aspiration - rétablir la continuité digestive: .soit par anastomose directe avec ou sans plastie modelante de la portion dilatée .soit par résection d'un diaphragme muqueux.*

**-ATRESIE DE L'INTESTIN GRELE** *Fréquence:1/10000-15000 naissances. Elles surviennent après la période d'organogenèse et sont dues à un accident de la croissance Pas de malformations associées. Elles sont la conséquence d'un ou plusieurs accidents mécaniques (volvulus partiel, invagination, bride) ou vasculaires, entraînant l'ischémie ou la nécrose d'un segment intestinal pendant la vie fœtale*

*. La conséquence de ces phénomènes est une interruption de la continuité de l'intestin, complète ou incomplète.*

**\*diagnostic prénatale par l'échographie** Sinon tableau clinique d'une occlusion néonatale haute .vomissements .ballonnement abdominal .sans émission méconiale normale. .L'ASP: occlusion haute.

**\*Traitement:** résection intestinale limitée une anastomose terminoterminal en un temps une dérivation temporaire est nécessaire pour permettre la croissance ou la revascularisation du segment déficient, durant 6 à 8 semaines où une nutrition parentérale totale est indispensable.

**-Aganglionose colique ou maladie de Hirschsprung** Pas de diagnostic prénatal fréquence : 1/4000-5000 naissances Il existe des formes familiales.

Il s'agit d'une anomalie de l'innervation motrice du côlon ou de l'intestin, caractérisée anatomiquement par l'absence de plexus nerveux sous-muqueux. ( 30ème et le 60ème jour de la gestation).

Le côlon non innervé ne peut propulser le bol fécal, et le côlon d'amont se distend passivement (mégacôlon congénital).

Diagnostic peut être méconnu en période néonatale tableau d'occlusion basse : .une distension abdominale globale, .un retard à l'élimination du méconium .accompagné de vomissements tardifs. Le diagnostic clinique est étayé par la montée d'une sonde rectale qui permet l'évacuation de méconium. L'ASP: une distension colique avec une disparition des Haust rations.

Prise en charge nursing à la sonde rectale S'il est inefficace ou état général altéré: une exploration chirurgicale s'impose ce qui permet la confection de colostomie en zone saine avec biopsie.

**-Imperforation anale malformation Ano rectale (MAR)** : C'est l'absence d'anus visible ou en place à la naissance. C'est un accident précoce dans le cloisonnement de la membrane cloacale et le développement de l'intestin postérieur entre 4 et 8 semaines (6 à 10 SA). C'est une embryopathie et les malformations associées, urinaires ou génitales. Plus l'accident est précoce, plus l'ensemble malformatif sera sévère.

**-iléus méconial:** C'est l'obstruction de la lumière de l'iléon terminal par du méconium durci et anormal. L'étiologie la plus fréquente la mucoviscidose (98%). L'iléus méconial peut être reconnu lors d'un diagnostic prénatal par l'association d'un grêle hyperéchogène et d'une distension. Le pronostic global dépend en fait de l'évolution de la maladie causale.

**-4-urgznces abdominales :**

**Omphalocèles et laparochisis ;**

Diagnostic anténatal l'accouchement peut être programmé dans un centre spécialisé Prise en charge initiale identique DÉPERDITION THERMIQUE ET HYDRO ÉLECTROLYTIQUE RISQUE INFECTIEUX

**OMPHALOCÈLE** La fréquence : 1/5000 naissances. C'est une embryopathie les malformations associées sont fréquentes : chromosomiques, cranio-faciales , cardiaques... Pronostic: bon si omphalocèle isolé

*C'est l'absence de fermeture de la paroi ventrale de l'embryon avant la 9ème semaine de gestation (11 SA) se présente comme une large hernie, centrée par le cordon ombilical, où les viscères extériorisés sont protégés par un sac.*

*LAPAROSCHISIS Fréquence 1/10000 naissances. Plus rare que l'omphalocèle. Association fréquente à une prématurité et ou une hypotrophie. Pronostic bon.*

*Il s'agit d'un défaut de la croissance pariétale, probablement d'origine vasculaire, pendant la phase finale de la délimitation pas d'anomalies associées*

*Il s'agit d'un défaut latéro-ombilical droit, sans sac, les anses intestinales baignent dans le liquide amniotique. L'aspect des anses est encouenné et cartonné, à des degrés variables.*

*Les anses sont reconnues extériorisées, flottant dans le liquide amniotique, épaissies Une hypotrophie fœtale modérée est très fréquemment observée. et peu mobiles. L'aspect des anses et la qualité de la vascularisation mésentérique peuvent fournir des indications sur le pronostic.*

#### **6-conclusion :**

*Le diagnostic prénatal des anomalies et des malformations congénitales est très important dans le traitement et la prise en charge des urgences chirurgicales néonatales pour avoir un meilleur pronostic.*

*Malgré l'avènement des techniques chirurgicales; le pronostic de ces urgences chirurgicales reste préservé du fait de l'association d'autres malformations et de la particularité de nouveau-né, et que leurs prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire.*