

LES URGENCES CHIRURGICALES DU NOUVEAU-NE.

**Cours destiné aux étudiants de 5^{ème} & 6^{ème} année médecine
Module de Pédiatrie et des urgences médico-chirurgicales**

LES URGENCES CHIRURGICALES DU NOUVEAU-NE.

Dr S. HACHEMI.
Maire assistante en chirurgie pédiatrique.
Faculté de médecine de Batna

Généralités :

les urgences chirurgicales du nouveau-né comprennent les urgences néonatales liées à une anomalie congénitale.

Necessitent une prise en charge en milieu spécialisé .

Le diagnostic prénatal a totalement modifié les conditions de prise en charge initiale.

LES URGENCES THORACIQUES.

A- Atrésie de l'œsophage.

Définition- Généralités :

L'atrésie de l'œsophage se définit comme l'interruption de la continuité œsophagienne, avec ou sans fistule aérodigestive.

Sa fréquence est estimée à 1/3000 naissance.

Elle est due à un trouble de l'embryogénèse survenant entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine de développement, se qui explique le taux élevé de malformation associées.

Formes Anatomiques :

Classification de LADD et GROSS : elle sont classés en cinq types :

- Type I : 10% des cas, les deux culs de sac œsophagien sont borgnes, éloignés l'un de l'autre de plus de 04 vertebres.
- Type II : 1% des cas, il existe une fistule œsotrachéale sur le cul de sac supérieur.
- Type III et IV : Représente 75 – 85% des cas.

Le cul de sac supérieur est borgne, il existe une fistule œsotrachéale sur le cul de sac inférieur.

Lorsque la fistule est implantée sur la branche souche droite on parle de type IV. La distance entre les deux extrémités œsophagienne est moins de 3 vertebres.

- Type V : présence de deux fistules œsotrachéales, l'une au niveau du cul de sac supérieur et l'autre au niveau du cul de sac inférieur.

1- Malformations Associées :

- Anomalies cardiovasculaires.
- Anomalies digestives.
- Anomalies rénales.
- Anomalies vertebrales.
- Anomalies anorectales.
- Association **VACTER**.

2- Diagnostic :

a- **Diagnostic prénatal** : repose sur l'échographie anténatale, qui peut montrer des signes indirectes d'atrésie de l'oesophage à savoir une hydramnios. par fois l'échographie peut montrer une malformation cardiaque ou rénale(VACTER) qui incitera la recherche d'une atrésie de l'oesophage.

b- **Diagnostic à la naissance** : la vérification de la permeabilité oesophagienne par le passage d'une sonde gastrique est systematique à la naissance . lorsque la sonde bute, il faut preciser la distance d'arrêt par rapport à l'arcade alveolaire.

En cas de doute on peut realiser un cliché thoracoabdominal de face qui permet de montrer le niveau d'arrêt de la sonde au niveau du mediastin.

Si le diagnostic n'a pas été fait à la naissance, on peut voir la triade classique de l'atrésie de l'oesophage : hypersialorrhée, encombrement bronchique, detresse respiratoire.

c- Bilan Radiologique :

cliché thoraco-abdominal de face et de profil:

- Permet de confirmer le diagnostic d'atrésie de l'oesophage et de preciser son type anatomique :
 - ❖ Type I, II : absence d'aération digestive.
 - ❖ Type III, IV, V : présence d'aération digestive.
- Permet de rechercher les malformations associées rentrant dans le cadre du VACTER.

d- Prise en Charge :

- Le transport est realiser par une équipe specialiser, vers un centre de chirurgie neonatale.
- Le traitement est réaliser rapidement, apres la recherche des malformations associées.
- L'indication chirurgicale est fonction du type anatomique de l'atrésie :

Type I, II ; on réalise : - une oesophagostomie cervicale gauche, et une gastostomie d'alimentation.

❖ une oesophagoplastie de remplacement sera réaliser 4 à 12 mois plus tard.

Type III, IV, V : le traitement est effectué dans les heures qui suivent la naissance, par une thoracotomie droite, avec fermeture de la fistule et anastomose directe des extremités oesophagienne.

- Les résultats sont dans l'ensemble bons, en absence de malformations majeurs.
- Les complications : reflux gastro-oesophagien, sténose oesophagienne, trachéomalacie.

B. Hernie Diaphragmatique.

1- 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 posterolateral.
- Cet orifice représente la persistance du canal pleuropéritonéale, qui s'oblitére normalement au cours du 2^{ème} mois de la vie intra-utérine.
- Sa fréquence est de 1/5000 naissances.
- Le défaut est à gauche 9 fois sur 10.

2- Anatomie Pathologie :

- Le plus souvent il existe un petit orifice posterolateral gauche de 1 à 2cm de diamètre appelé foramen de **BOCHDALEK**.
- Parfois l'orifice est antérieur rétroxyphoïdien appelé fente de **LARRY**.

3- Malformations Associées :

- Vices de rotation de l'anse intestinale primitive.
- Hypoplasie pulmonaire.

4- Diagnostic :

Diagnostic Périnatale : l'échographie anténatale peut montrer des signes indirectes :

- Hydramnios.
- Refoulement du cœur vers le côté droit.
- Présence d'images liquidiennes en intra-thoracique.

Diagnostic à la naissance :

- **Forme Suraigie :** l'enfant naît vivant, pousse un cri et meurt.
- **Forme Aigue :** avec détresse respiratoire et cyanose, qui apparaissent dès les premières heures de la vie et s'aggrave progressivement en raison de la dilatation des structures digestives par l'air dégluti.
- **Formes sans détresse respiratoire :** le nouveau-né présente une gêne respiratoire lors de changement de position et les tentatives d'alimentation.
- **Formes asymptomatiques :** découvertes fortuitement lors de la réalisation d'une radiographie du thorax demandée pour une autre cause.
- **Signes Physiques :** type de description : hernie diaphragmatique postero-laterale gauche.
 - Inspection : Hémithorax gauche bombé, moins mobile que le droit.
Abdomen rétracté, excavé.
 - Percussion de l'hémithorax gauche retrouve un tympanisme anormal.
 - Auscultation : Déplacement des bruits du cœur à droite.
A Gauche : abolition des murmures vésiculaires, présence des bruits hydroaériques.

Cyanose, Dyspnée, Dextrocardie, Thorax Bombé, Abdomen Excavé : forment une association de symptôme pratiquement spécifique de la maladie.

- **Radiologie :**

Un cliché thoraco-abdominal de face et de profil suffit pour confirmer le diagnostic :

- ❖ Présence de multiples images aériques de type intestinale au niveau de l'hémichamps gauche.
- ❖ L'ensemble du médiastin est déplacé vers la droite.
- ❖ Abdomen opaque avec absence d'image aérique intestinale.
- ❖

- **Traitement :** la hernie congénitale de la coupole diaphragmatique est une urgence obstétrico-médico-chirurgicale.

1- En salle de travail :

- ❖ Désobstruction des voies aérienne supérieures.
- ❖ Réchauffement dans un incubateur.
- ❖ Mise en place d'une sonde gastrique.
- ❖ Oxygénation à la sonde, intubation et ventilation artificielle si nécessaire.

2- A l'arrivé dans un centre spécilisé :

- ❖ Faire un bilan biologique complet : groupage rhisus, NFS, ionogramme sanguin, gaz du sang.
- ❖ Menager une voies vasculaire solide et corriger une acidose.

3- L'intervention :

- ❖ La voie d'abord est abdominale.
- ❖ Reposition des viscères abdominaux.
- ❖ Fermeture de l'orifice diaphragmatique.
- ❖ Faire l'inventaire des anomalies digestives associées.

LES URGENCES ABDOMINALES.

A. Atrésie Duodenale :

a- Définition :

- C'est une interruption de la continuité du duodénum, soit complète, soit incomplète, l'obstacle est le plus souvent sous vaterien.
- Sont dues à un défaut de développement du duodénum, entre la 5^{ème} et la 7^{ème} semaines.
- L'association à une trisomie 21 est classique et impose une étude du caryotype lors du diagnostic prénatal.
- Les malformations associées les plus fréquentes sont : cardiaque, anoréctale, œsophagienne.
- La fréquence : 01 fois sur 6000 naissances.

b- Diagnostic :

- **Prénatal** : échographie anténatale peut objectiver une dilatation de l'anse duodénale.
L'amniosynthèse est systématique si on suspecte une atrésie duodénale à l'échographie.
- **Diagnostic à la naissance** :
 - ❖ Vomissements bilieux si l'obstacle est sous vaterien, et clairs si l'obstacle est sus vaterien.
 - ❖ Voussure épigastrique.
 - ❖ Cliché thoracoabdominal : image en double bulle.

c- Traitement :

Le traitement de l'atrésie de l'œsophage est chirurgical.

But : rétablir la continuité digestive.

Après la mise en place d'une voie veineuse centrale et rééquilibration hydroélectrolytique le traitement consiste soit en une anastomose directe, avec ou sans remodelage, soit en une résection d'un diaphragme muqueux.

B. Atrésie de l'Intestin Grêle :

a- Définition :

- c'est l'interruption de la continuité de l'intestin, complète ou incomplète, plus ou moins étendue.
- Surviennent après l'organogénèse, ne s'accompagnent pas de malformations associées.
- Elles sont la conséquence d'un accident mécanique (volvulus), ou vasculaire, entraînant une ischémie ou une nécrose.
- Le pronostic dépend essentiellement de la qualité et de la longueur de l'intestin en aval de la sténose.
- La fréquence : une fois sur 15000 naissances.

b- Diagnostic : elle réalise le tableau d'une occlusion intestinale haute :

- Vomissements bilieux.
- Absence d'émission méconiale ou émission d'un méconium anormal.
- Ballonnement abdominal.
- ASP : niveau hydroaérique gréliques avec absence d'aération du reste de l'abdomen.

c- Traitement : il est chirurgical

Après la prise d'une voie centrale et rééquilibration hydroélectrolytique, le traitement consiste dans la majorité des cas en une résection anastomose término-terminale.

C. Atrésie du Colon :

- Peut être complète ou incomplète.
- Liées à un accident de croissance intestinal fœtal.
- Le tableau clinique réaliser est celui d'une occlusion intestinale basse.
- Le traitement se fait par dérivation, suivi par un rétablissement de la continuité digestive précoce ou par anastomose d'emblée.

D. Mégacolon Aganglionnaire ou Maladie de Hirschprung :

a- Définition :

- C'est l'absence congénitale de cellule ganglionnaires des plexus myenterique, dans un segment variable du tube digestif, mais qui s'étend toujours en bas jusqu'à l'anus.
- L'absence de transmission des ondes péristaltiques dans le segment atteint aboutit à la rétention de matières et de gaz.
- Tréquence : 1 à 4 pour 5000 naissances.

b- Diagnostic :

- Formes à révélation néonatale : le tableau clinique est celui d'une occlusion basse, avec une distension abdominale, retard d'émission méconile, accompagné de vomissements tardifs.

Le diagnostic clinique est étayé par la montée d'une sonde rectale au dessus de la zone aganglionnaire qui permet l'évacuation du méconium et des gaz , entraînant ainsi un affaissement de l'abdomen.

- Formes à révélation tardive : le tableau clinique est dominé par la constipation, et ballonnement abdominal .

Le diagnostic repose sur :

- ❖ Lavement baryté : qui montre la zone aganglionnaire.
- ❖ Manométrie : abolition du reflex recto-anale.
- ❖ Biopsie rectale : confirme l'absence de cellule ganglionnaire au niveau du plexus myentérique.

c- Traitement :

En période néonatale : il repose sur le nursing(sondage rectal et lavement biquotidien).
En cas de difficulté ou de complication, la colostomie permet de passer le cap et atteindre l'âge idéal pour la résection de la zone aganglionnaire et le rétablissement de la continuité digestive.

E. Malformation Anorectale ou Imperforation Anale :

a- Définition :

- L'imperforation anale se définit par l'absence d'anus visible, ou en place à la naissance.
- Il s'agit d'une embryopathie, plus l'accident est précoce, plus l'ensemble malformatifs sera sévère.
- Malformations associées : essentiellement urinaires et génitales.

b- Anatomopathologie :

- Formes hautes: le cul de sac réctal est situé au dessus du plan du muscle releveur de l'anus, ce cul de sac est le plus souvent prolongé par une fistule qui est récto-urinaire chez le garçon et récto-vaginale chez la fille.
- Formes intermediaires : le cul de sac réctal est situé à la hauteur du muscle releveur de l'anus.
- Formes basses : le cul de sac anal est situé au dessous du plan du muscle releveur.

c- Diagnostic :

- Anus absent ou anormal :

❖ Chez le garçon :

+ Présence de méconium au niveau du périnée : il s'agit d'une forme basse.

+ Présence de méconium dans les urines(méconurie) : il s'agit d'une forme

haute ou intermediaire.

+ Absence de méconium au niveau du périnée et dans les urines :

necessite une exloration radiologique pour confirmer la forme.

❖ Chez la fille : il faut dénombrer les orifices :

+ Un seul orifice à la vulve : il s'agit d'un cloaque.

+ Deux orifice à la vulve, l'un orétral et l'autre vaginal donne issu à du méconium : forme haute ou intermediaire.

+ Trois orifices à la vulve, l'un urétral, l'autre vaginal et un troisième qui donne issu à du méconium : c'est une forme basse.

d- Radiographie :

- Cliché thoracoabdominal de face/ profil : qui objective des niveaux hydroaériques.
- Incidence de WANGESTIN et RICE(thoraco-abdominal de profil, tête en bas) : permet de faire la distinction entre une forme haute ou intermediaire et une forme basse.

e- Traitement : il est chirurgical :

- Dans les formes haute et intermediaire, on réalise une dérivation colique(colostomie). La cure définitive sera réalisée après un bilan anatomique et radiologique précis.
- Les formes basse seront traités en période néonatale.

F. Iléus Méconial :

a- Définition :

- L'iléus méconial est défini par l'obstruction de la lumière de l'iléon terminal par du méconium dur et anormal.
- L'étiologie la plus fréquente est la mucoviscidose.
- Du fait de l'atteinte des glandes muqueuses intestinales, ce méconium devient épais et adhère à la muqueuse au niveau des dernières centimètres de l'iléon terminal, réalisant un véritable empiérement.

b- Diagnostic :

- Prénatal : distension intestinale à l'échographie.
- A la naissance : le tableau clinique est celui d'une occlusion néonatale : vomissements bilieux, absence d'émission méconiale, ballonnement abdominal.
- L'interrogatoire : retrouve des antécédents familiaux de mucoviscidose.
- Cliché thoracoabdominal : occlusion distale, avec des niveaux hydroaériques curvilignes à concavité supérieure, en regard de la fosse iliaque droite.

c- Traitement :

- Formes non compliquées : lavements opaques aux hydrosolubles.
- Formes compliquées ou en cas d'échec du lavement : le traitement est chirurgical avec dérivation en iléostomie, puis rétablissement de la continuité digestive trois semaines plus tard

G. Péritonite Méconiale :

elle est liée à la perforation digestive prénatale, il s'agit d'un accident de développement.

- **diagnostic :**
 - ❖ Prénatal : calcifications abdominales à l'échographie.
 - ❖ A la naissance : tableau d'une occlusion néonatale.
 - ❖ Cliché thoraco-abdominal : présences de calcifications.
- **Traitement est chirurgical.**

H. Entérocolite Aigue Ulcéronécrosante :

- Il s'agit d'une maladie acquise, d'origine infectueuse qui survient souvent chez le prématuré.
- Clinique : vomissements bilieux, selles glairosanguinolantes, abdomen distendu et douloureux.
- Cliché thoracoabdominal : pneumatose de la paroi abdominale.
- **Traitement :**
 - ❖ Médical : antibiothérapie adaptée.
 - ❖ Chirurgical : en cas de perforation digestive ou de complication.

I. Volvulus de l'intestin Grêle sur Mésentère Commun :

- Il s'agit d'un trouble de la croissance de l'anse intestinale primitive entre la 8^{ème} et 9^{ème} semaines de gestation.
- Si la croissance se fait de façon incomplète, elle pourra être à l'origine d'un mésentère commun incomplet, dans ce cas les deux extrémités de la racine du mésentère sont proches l'une de l'autre, avec comme conséquence un risque majeur de volvulus de tout l'intestin grêle
- Clinique : vomissements bilieux, réctorragies, voussure épigastrique.
- Cliché thoraco-abdominal : image en double bulles.
- Traitement est chirurgical : détorsion de l'intestin et sa mise en mésentère commun complet.

J. Bouchon Méconial :

- Réalise une occlusion neonatale liée à un trouble de la motilité intestinale.
- Clinique : retard d'émission méconiale, distension abdominale.
- ASP : distension gazeuse diffuse des anses grêles sans image de niveau hydroaérique.
- Traitement : lavement aux hydrosolubles.

LES URGENCES PARIETALES.

Omphalocele et Laparoschisis.

1- Définition :

a- Omphalocèle :

- Due à l'absence de fermeture de la paroi de l'embryon.
- C'est une embryopathie, où les malformations associées sont fréquentes.
- Se présente comme une large hernie centrée par le cordon ombilical, où les viscères extériorisés sont protégés par un sac amniotique.

b- Le laparoschisis :

- Il s'agit d'un défaut de croissance pariétal probablement d'origine vasculaire.
- Se présente comme un défaut latéro-ombilical droit, sans sac amniotique, où les anses grêles baignent dans le liquide amniotique.

2- Diagnostic :

- Anténatal : par l'échographie qui permet de voir la malformation.
- Post-natal : le diagnostic est évident.

3- Traitement : il est chirurgical :

- principe : la réintégration des viscères herniés.
Fermeture pariétale.

