

## Urgences chirurgicales néonatales

### **I. Introduction :**

Les urgences chirurgicales néonatales désignent l'ensemble des pathologies congénitales ou acquises survenant entre la naissance et 28 jours de vie nécessitant une prise en charge chirurgicale en urgence.

### **II. Intérêt :**

- Diagnostic précoce (Apport du diagnostic anténatal dans le dépistage précoce).
- Gravité : Mise en jeu du pronostic vital.
- Prise en charge multidisciplinaire (Pédiatre, chirurgien, et réanimateur).

### **III. Etiologies :**

Dans un intérêt didactique, nous classons les urgences chirurgicales en fonction de leur mode de révélation (Respiratoire, digestif et autres).

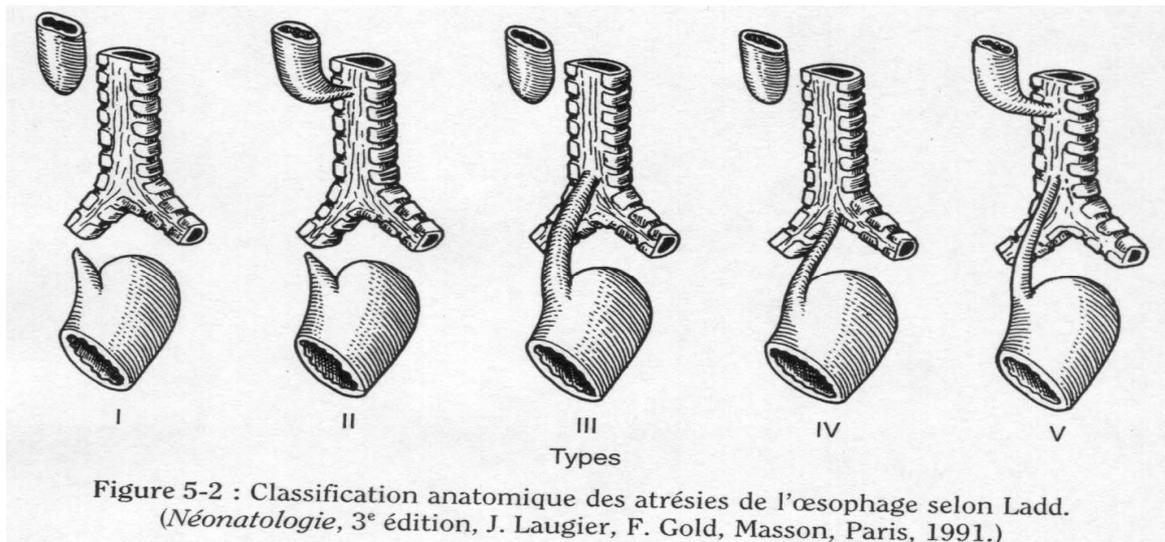
#### **A. Anomalies chirurgicales se révélant par un tableau de détresse respiratoire :**

##### **a. Atrésie de l'œsophage :**

C'est un défaut de continuité de l'œsophage, associé, dans la majorité des cas, à une fistule entre la partie inférieure de l'œsophage et la trachée. Sa fréquence est estimée entre 1/ 2500 et 1/4000 naissance.

Il existe plusieurs formes anatomiques : **Classification de LADD**

- Type I : Atrésie œsophagienne sans fistule.
- Type II : Atrésie œsophagienne avec fistule trachéo-œsophagienne proximale.
- Type III : Atrésie œsophagienne avec fistule trachéo-œsophagienne inférieure.  
C'est la forme la plus fréquente.
- Type IV : variante du type III.
- Type V : Atrésie œsophagienne avec deux ou plusieurs fistules.



### Diagnostic :

Le diagnostic anténatal est difficile. L'atrésie de l'œsophage (Le type I et II) est suspectée devant : un hydramnios et un estomac non vu à l'échographie.

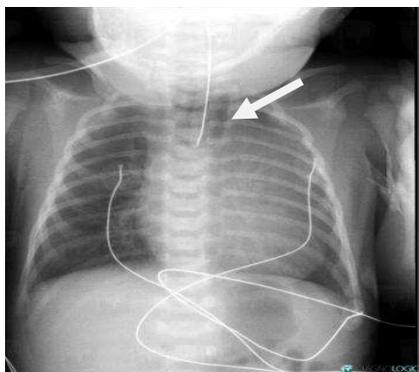
En salle de naissance, le diagnostic est suspecté devant : Une détresse respiratoire précoce avec hypersalivation.

Le diagnostic est confirmé par :

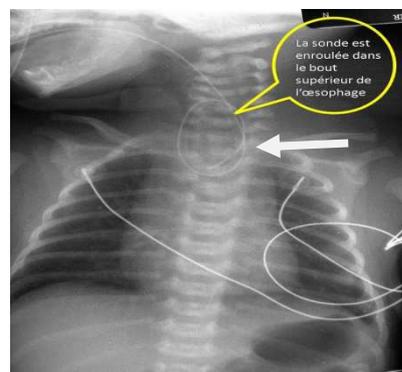
L'épreuve à la sonde de NELATON : C'est une pratique systématique à la naissance par l'introduction d'une sonde, ni trop molle, ni trop fine, flexible, à bout mou que l'on pousse dans l'œsophage pour vérifier sa continuité. Dans l'atrésie de l'œsophage, on note l'arrêt de sa progression à 8-10cm de l'arcade dentaire avec impossibilité d'aspirer le contenu gastrique.

Le test à la seringue consiste à injecter de l'air provoquant un bruit hydro-aérique à hauteur de l'estomac. Dans l'atrésie de l'œsophage le test est négatif.

La radiographie thoraco-abdominale permet de voir le cul de sac supérieur de l'œsophage et détermine le type de l'atrésie selon l'aération d'aval.



**A. Arrêt de progression de la sonde N.G**



**B. La sonde N.G s'enroule au bout supérieur de l'œsophage**

**Les Malformations associées** : rechercher systématiquement un syndrome polymalformatif:

« VACTERL » :

\*Vertébrales : Hémi vertèbre, scoliose, anomalies des cotes.

\*Ano-rectales : Imperforation anale, sténose intestinale.

\*Cardiaques : CIV, tétralogie de Fallot, PCA.

Trachéo-œsophagiennes : Trachéomalacie.

\*Rénales : Rein en fer à cheval, anomalie de l'uretère et/ou de l'urètre, absence d'un des 2 reins.

\*Limb : Anomalies de membres (Doigts surnuméraires, membres atrophiés...).

Traitement : Chirurgical+++

Mise en condition : position demi-assise. Aspiration continue par sonde de SALEM du cul de sac supérieur de l'œsophage.

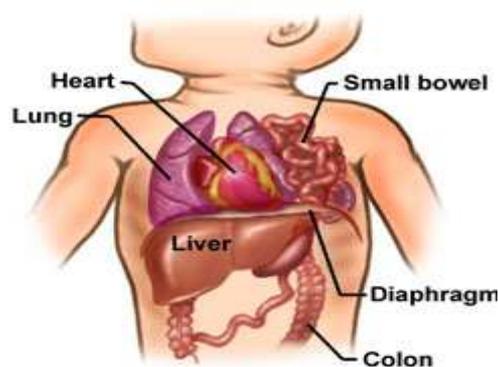
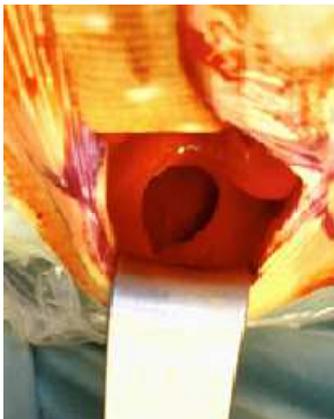
Transfert dans un service de chirurgie après stabilisation et gestion des malformations associées.

Le traitement consiste en la fermeture de la fistule œso-trachéale, et la reconstitution de la continuité de l'œsophage (anastomose œsophagienne termino-terminale).

#### **b. Hernie diaphragmatique 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 gauche (Hernie de Bochdalek). La hernie diaphragmatique droite est exceptionnelle du fait de la présence du foie.

Incidence : 1/2500 naissances.



Clinique :



- Hémithorax globuleux et moins mobile.
- Un abdomen plat.
- L'auscultation pleuro-pulmonaire retrouve :
  - Un refoulement des bruits du cœur à droite.
  - L'absence du murmure vésiculaire.
  - Présence de bruits hydro-aériques

- Détresse respiratoire d'intensité variable

La détresse respiratoire est évaluée par le **score de Silverman** :

Critères	0	1	2
Battements des ailes du nez	absent	modéré	intense
Tirage	absent	intercostal	Intercostale et sus sternal
Geignement expiratoire	absent	Au stéthoscope	A l'oreille
Entonnoir xiphoïdien	absent	modéré	intense
Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale

Radiologie :

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



- Présence de multiples images bulleuses de type intestinal.
- L'ensemble du médiastin est déplacé vers le côté opposé.
- L'abdomen est opaque avec absence de bulles gazeuses intestinales.

### Traitement :

Intubation trachéale immédiate. Toute ventilation au masque est proscrite (car aggrave la détresse respiratoire).

L'intervention consiste en une fermeture de la brèche diaphragmatique et réintégration des viscères digestifs dans l'abdomen.

### **c. Autres causes chirurgicales de détresse respiratoire :**

- Emphysème lobaire géant.
- Pneumothorax.
- Malformations adenomatoïdes du poumon.
- Obstruction congénitales des voies aériennes : Atrésie des choanes, syndrome de Pierre Robin.

## **B. Anomalies congénitales se révélant par un tableau d'occlusion intestinale :**

### **1. Occlusions duodénales :**

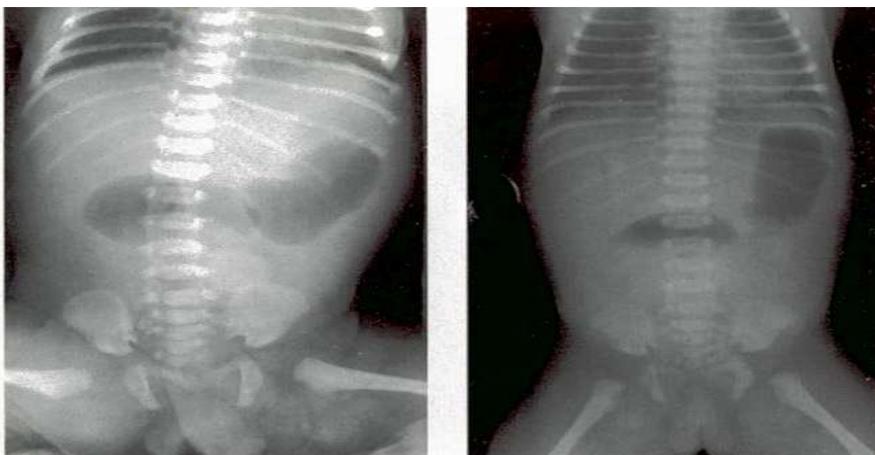
Clinique : Le tableau est celui d'une occlusion néonatale haute :

- vomissements dans les premières heures de vie.
- Les vomissements sont bilieux quand l'obstacle est sous vartérien.
- Ballonnement épigastrique.

Radiographie(ASP) : Confirme le diagnostic :

Des images en double estomac, ou double niveau hydro-aériques disposés à droite et à gauche de la ligne médiane.

NB : La présence d'air en aval de la zone distendue indique que l'obstacle est incomplet.



### Etiologies :

-Le pancréas annulaire est une anomalie des ébauches pancréatiques. Il enserre le deuxième duodénum.

-Anomalie de rotation de l'anse intestinale : Défaut de rotation de 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 ou bien à la formation des brides de LADD tendues entre la région caecale et la paroi abdominale.

### **2. Oclusion du grêle :**

Réalise un tableau d'occlusion haute, 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.

### **3. Oclusion du côlon :**

Réalise un tableau d'occlusion intestinale aigue basse.

#### **Maladie de Hirschsprung ou aganglionose colique :**

Défaut de l'innervation motrice du côlon et de l'intestin, caractérisé anatomiquement par l'absence du plexus nerveux sous muqueux.

Sa fréquence est de 1/5000 naissances, elle touche 4 garçons pour 1 fille.

#### Clinique :

Réalise un tableau d'occlusion basse avec absence ou retard d'émission du méconium.

Le toucher rectal et l'épreuve de la sonde provoque l'émission explosive de gaz et de méconium.

#### Radiologie :

-ASP : Distension gazeuse considérable.

-Lavement baryté : contraste entre l'étroitesse de l'intestin et la dilatation du segment colique sus-jacent.



- La manométrie: La recherche du réflexe recto-anal inhibiteur est difficile chez le nouveau né.
- Biopsie rectale: confirme le diagnostic: absence de cellules ganglionnaires et épaissement des troncs nerveux.

### **Le syndrome du bouchon méconial :**

Survient habituellement chez le prématuré ou le 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'évacuation d'un moule caractéristique et la disparition de la symptomatologie occlusive dans les heures qui suivent.

### **Le petit côlon gauche :**

Se voit surtout chez le nouveau né de mère diabétique et le petit poids de naissance.

En rapport avec l'immaturité fonctionnelle des plexus nerveux de l'intestin.

L'ASP montre une distension diffuse, modérée, sans niveau hydro-aérique.

Le lavement met en évidence un côlon gauche de petit calibre, à bords lisses.

### **Les malformations ano-rectales :**

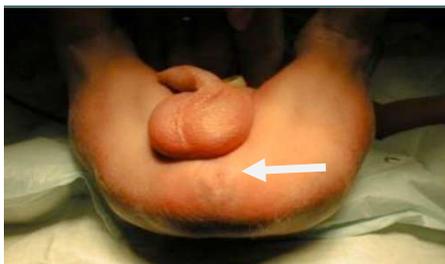
Fréquence: 1 cas pour 5000 naissance.

Elles peuvent être : une imperforation, une sténose, une anomalie de situation.

Malformations associées: cardiaques, rénales, digestives(AO), membres (pieds bots).

Le diagnostic doit se faire à la naissance par l'examen systématique de la marge anale, et l'épreuve de la sonde qui ne progresse pas dans le bas rectum.

Une radiographie simple de profil, tête en bas permet de situer l'ampoule par rapport aux releveurs.



### **C .Les péritonites néo-natales :**

Réalise un tableau occlusif associant:

- Vomissements précoces.

- Ballonnement abdominal.
- Circulation collatérale.

Deux éléments d'orientation 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: cliché vertical de face montre un pneumopéritoine, opacité de tout l'abdomen avec un large niveau horizontal barrant l'abdomen.

### Etiologies :

1)-Péritonite meconiale: la perforation intestinale est due à une ischémie suivie de nécrose locale du grêle, ou à une obstruction (atrésie, bouchon meconial de la mucoviscidose).

La radiographie affirme le diagnostic: épanchement péritonéal associé souvent à un pneumopéritoine. Absence de calcifications permet d'éliminer la mucoviscidose.

2)-Péritonite post-natale par perforation: Les signes sont souvent retardés, mais réalisant un tableau brutale et sévère associant une altération de l'état général, distension abdominale, vomissements. Le pneumopéritoine est souvent présent. Le siège de la perforation est diagnostiqué en opératoire.

3)-Péritonite primitive: suite à une infection néonatale, son traitement est médical.

### **C. Malformations de la paroi ventrale :**

#### 1) Omphalocèle:

- Défaut de développement des parois latérales de l'abdomen.
- Absence de délimitation au niveau de la région ombilicale.
- Persistance de la hernie physiologique de l'anse intestinale primitive dans le cœlome extra-embryonnaire.



- Diagnostic anténatal possible.
- Traitement chirurgical avant une rupture ou une infection.

## 2) Laparoschisis :

- Eviscération congénitale.
- Défaut pariétal para ombilical à droite de la ligne médiane.
- Traitement: réintégrer les viscères et les couvrir.



## **E. Tératomes sacrococcygiens :**

- Tumeurs peu fréquentes survenant chez la fille.
- Diagnostic anténatal: possible.
- le diagnostic se fait par: le toucher rectal, alfa foetoprotéines, l'échographie et scanner
- Traitement: chirurgical.
- Bon pronostic.



## **IV. Conclusion :**

Les urgences chirurgicales néonatales peuvent mettre en jeu le pronostic vital.  
Le diagnostic doit être précoce par un dépistage systématique en salle de naissance.  
Le pronostic est conditionné par la précocité du diagnostic (idéalement en anténatal), la présence de malformations associées, et la qualité de la prise en charge qui reste multidisciplinaire.