

## URGENCES CHIRURGICALES DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Pr M.S. AZZOUNI

### L'ENFANT : plusieurs populations

Le fœtus

Le nouveau-né

Le nourrisson

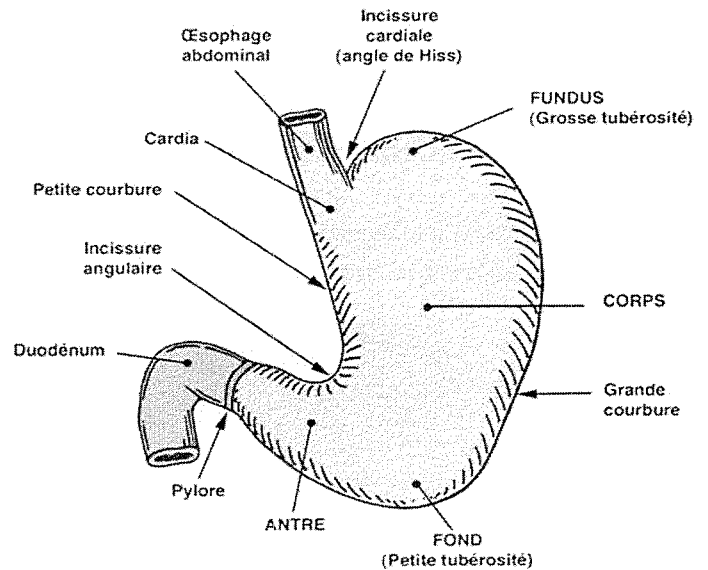
L'enfant et l'adolescent  
(jusqu'à 18 ans)

### PLAN

1. Nourrisson
2. SHPµOcclusion: IIA et volvulus sur mésentère commun
3. Hernie inguinale étranglée
4. Torsion du testicule et de l'annexe
5. Appendicite aigue

### Enfant

1. Appendicite et péritonite
2. Torsion du tes et de l'annexe
3. Occlusion: bride, DM, hernie ing étranglée.

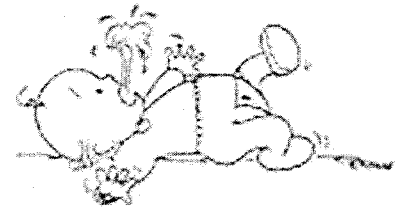


### Sténose du pylore

- Malformation congénitale touchant essentiellement le garçon,
- délai suivant la naissance (deux à trois semaines)

### Clinique

- Vomissements:
  - alimentaires après les repas
  - jamais bilieux.
  - abondants, en jet, chez un nourrisson affamé
  - Retentissement +/- rapide sur la courbe de poids et l'hydratation de l'enfant.



### Examen complémentaire

- échographie abdominale:
  - pylore hypertrophié ou olive pylorique.

### Traitement

- Urgence chirurgicale relative: 48 à 72 h
- A jeun.
- Attente normalisation du iono puis intervention
- traitement chirurgical :pylorotomie extra-muqueuse (coelio-chirurgie ou chirurgie classique).

### Temps opératoires

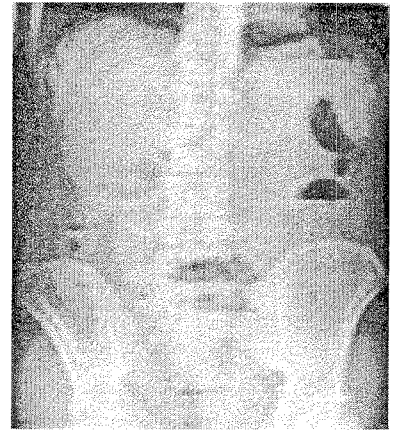
- Extériorisation de l'olive
- Repérage bord anti-mésentérique avasculaire

### Traitement

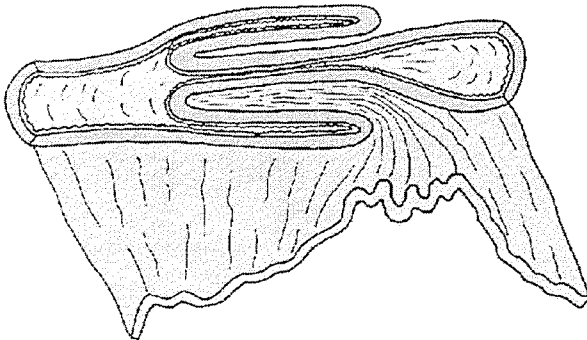
- Post opératoire:
  - Perfusion
  - cicatrice sus-ombilicale ; pansement.
- Reprise progressive de l'alimentation dès H6.
- Si vomissement: a jeun puis nouvel essai à H 24
- Proclive pendant 3 semaines , traitement anti reflux pendant 3 semaines.
- Consignes de surveillance à la sortie: biberons toutes les 3 h, y compris la nuit. Perte de poids normale, 10 à 14 jours avant reprise de poids.

**Occlusion**

- Interruption totale ou partielle du transit intestinal:
  - Arrêt des matières et des gaz
  - Douleur abdominale
  - Nausées, vomissements
  - météorisme

**Invagination intestinale aigue (IIA)****Introduction**

- Pénétration d'un segment du tube digestif dans le segment intestinal d'aval
- Le plus souvent iléo-caecal

**3 mois et 3 ans :**

- Primitive chez le nourrisson +++
- Secondaire chez le grand enfant (lymphome, diverticule de Meckel, purpura rhumatoïde)
  - Garçon : 80 %
  - Prédominance saisonnière (automne, printemps)

**Clinique**

- Syndrome occlusif (distension nerveuse et vasculaire) :
  - Iléus paralytique
  - Anomalie de vascularisation : anoxie de la paroi intestinale avec souffrance de l'anse (congestion, infarctissement, gangrène, perforation) et une modification de la perméabilité pariétale
- Triade classique :
  - Douleurs abdominales paroxystiques avec accès de pâleur et refus des biberons. L'enfant est asymptomatique entre les crises
  - Vomissements alimentaires puis bilieux au cours des accès douloureux
  - Rectorragies parfois non extériorisées => TR systématique (indique nécrose intestinale, élément de gravité)
- Palpation abdominale : boudin d'invagination
- Forme clinique particulière:
  - Neurologique: hypotonie +/- absences

**Examens complémentaires**

- ASP (recherche d'un syndrome occlusif)
- Echographie abdominale : permet le diagnostic: visualise le boudin, image en cocarde
- Lavement baryté ou aux hydrosolubles: diagnostique et thérapeutique (90 % des cas: réduction de l'invagination)

**Complications**

- Choc hypovolémique
- Péritonite par perforation
- Récidives : dans les quelques heures qui suivent une réduction par lavement.

**Traitement**

- Urgence thérapeutique
- Prémédication (a jeun, VVP, antalgie)
- lavement baryté (tt)
- Essai alimentation 2 à 3h ensuite
- Surveillance: douleurs, alimentation, élimination de la baryte.

**Traitement****URGENCE THERAPEUTIQUE**

1. Lavement: radio opaque, à l'air, a l'eau
  - diagnostique et traitement

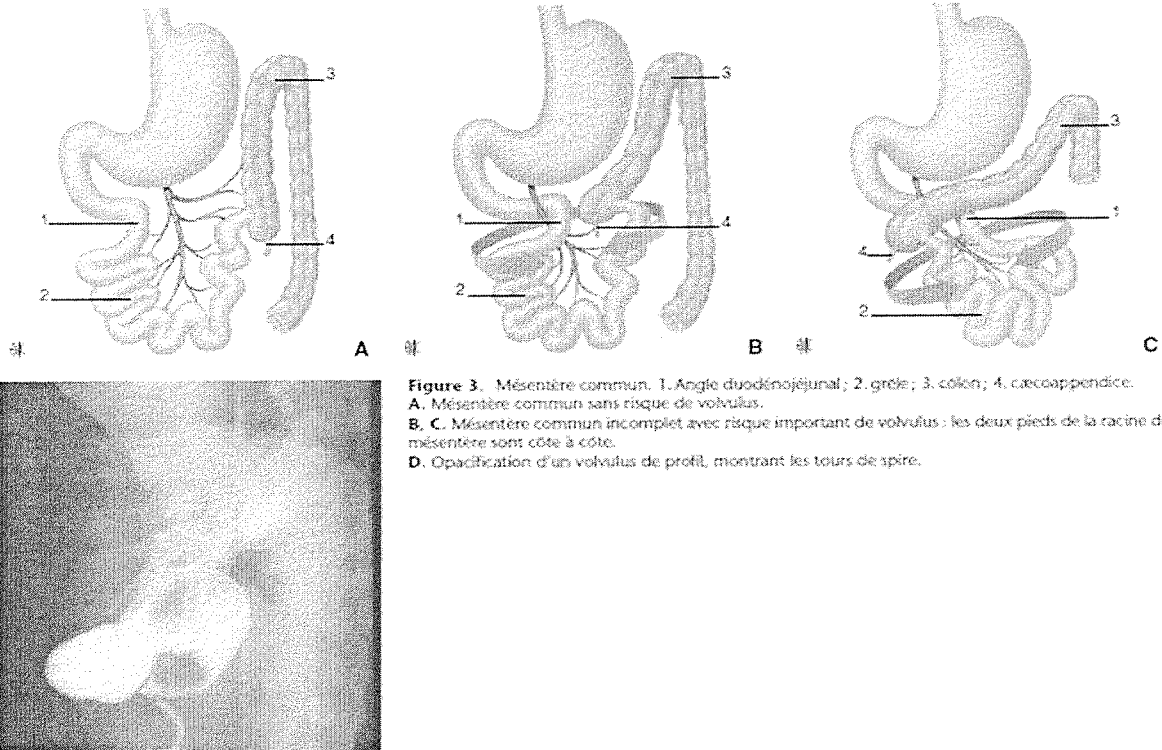
2. Intervention chirurgicale (appendicectomie de principe)

Si échec du lavement baryté ou suspicion de nécrose digestive ou d'IIA secondaire

Surveillance : risque de récurrence

**Volvulus sur mésentère commun****Définition-Épidémiologie**

1. mésentère commun: anomalie de rotation + défaut d'accolement du TD, cæcum à G des vaisseaux (complet), ou en haut et à droite des vaisseaux (incomplet)
2. rotation possible autour de l'axe des vaisseaux (volvulus) et trouble de la vascularisation volvulus:32/48 dans une série d'occlusion
3. malrotation: 0.5% des autopsies

**Diagnostic****URGENCE CHIRURGICALE +++**

Clinique : vomissement bilieux, sang dans les selles (tardif), voussure épigastrique, signes généraux

ASP : dilatation gastrique et duodénale (double bulle)

Transit gastro- duodénal : malposition de l'angle duodéno- jéjunal

**Traitement****URGENCE CHIRURGICALE +++**

Chirurgie : dérotation +/- résection si nécrose

Grêle à droite, colon à gauche

Complications : grêle court

### OCCLUSION SUR BRIDES

#### Clinique

- Comme chez l'adulte, une occlusion sur brides peut arriver chez tout patient ayant eu une intervention intra-péritonéale.
- La triade est classique : Présence de cicatrice abdominale (attention, aux cicatrices quasi invisibles : coelio, voie ombilicale...)

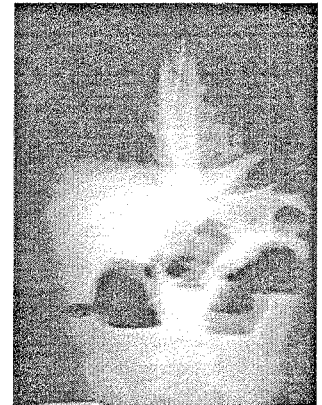
Arrêt des matières et des gaz Vomissements bilieux.

#### Paraclinique

Le bilan comporte un ASP de face et un bilan biologique (signes de déshydratation, de souffrance digestive : ionogramme sang, NFS, CRP...)

#### Traitement

- mise en place d'une sonde gastrique double courant (Salem), aspiration douce, la réhydratation IV.
- La chirurgie est indiquée en cas de persistance du syndrome occlusif malgré un traitement médical bien conduit avec présence de signes de souffrance digestive (fièvre, défense, syndrome inflammatoire...)



### Hernie inguinale étranglée

#### Hernie inguinale

- **Persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon**

#### Hernie inguinale

- **Persistance du CPV**

#### Hernie inguinale

- **Persistance du canal de Nüeck chez la fille**

#### Hernie inguinale

- **Complicquée**
- 10-15% des HI
- 30% avant 1 an
- Pleurs ++
- Douleurs (grand enfant)
- Tuméfaction douloureuse
- Irductibilité

#### Hernie inguinale

- **Complicquée**
- Risque intestinal et gonadique +++ (enfant)

#### Hernie inguinale

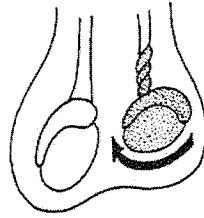
- **Diagnostic différentiel**
- Hydrocèle et kyste du cordon
- quelques formes aiguës...

**Torsion d'annexes**

- Torsion testiculaire
- Torsion d'annexes

**Introduction**

- 1 / 4000 garçons
- 2 pics de fréquence :
  - Période périnatale
  - Adolescence
- Ischémie du testicule : réversible dans les 6 h

**Clinique (forme néonatale)**

- grosse bourse douloureuse, inflammatoire dès la naissance.
- En fait, torsion anténatale, intervention toujours trop tardive, retrouvant un testicule totalement nécrosé.
- évolution spontanée: atrophie testiculaire totale, dramatique en cas d'atteinte bilatérale

**Clinique (forme de l'adolescent)**

- grosse bourse très douloureuse d'apparition brutale.
- Au début : douleur abdominale, vomissements.
- A cet âge l'orché-épididymite est exceptionnelle et ne peut être qu'un diagnostic per-opératoire.

**Clinique**

- Douleur scrotale violente, unilatérale
- Nausées et/ou vomissement
- Bourse inflammatoire, douloureuse, œdématisée
- Ascension du testicule
- Réflexe crémastérien aboli

⚡ **Tout grosse bourse douloureuse être considérée comme une torsion testiculaire jusqu'à preuve du contraire**

**Traitement**

- Chirurgie en urgence dans les 6 h sans examen complémentaire
- Détorsion du testicule
- Fixation des testicules homo et controlatéraux (préventive)
- Si nécrose testiculaire : orchidectomie
- Surveillance : possible atrophie l'aire

**Torsion d'annexes**

- Ovaire seul ou ovaire + trompe
- Diagnostic difficile souvent méconnu
- Met en jeu à court terme le pronostic fonctionnel

**Clinique**

- Tableau abdominal aigu:
  - Nausées
  - Vomissements
  - Défense abdominale voir contracture
- Douleur unilatérale irradiant vers la cuisse

**Examen complémentaire**

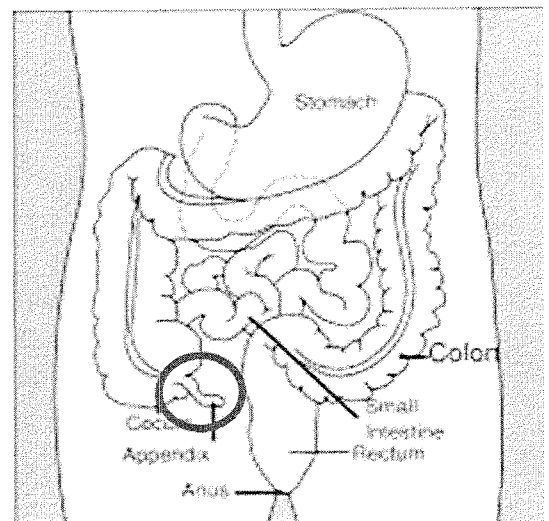
- Echographie:
  - Confirme le diagnostic de kyste remanié
  - Élimine la GEU

**Traitement**

- Urgence chirurgicale.
- Parfois annexectomie en raison d'une nécrose

**Appendicite aiguë Péritonite**

- Inflammation de l'appendice, le plus souvent iléo-caecal



**Introduction**

- ~ 400 000 appendicectomies par an en France (adultes et enfants)
- Typiquement survient entre 5 et 15 ans
- Difficulté diagnostique :
  - Forme du nourrisson
  - Selon la topographie de l'appendice

**Clinique (symptômes)**

- Douleur:
  - Progressive au niveau de la région épigastrique puis secondairement à la fosse iliaque droite.
  - Augmentée par la respiration, la toux, l'effort.
  - Irradiant vers l'ombilic, la cuisse, la fosse lombaire.
  - Typique dans un cas sur deux.
- Nausées/Vomissements:
  - alimentaires puis bilieux

**Clinique (Signes généraux)**

- Fébricule (38 à 38,5°C)
- Tachycardie
- Langue saburrale
- Anorexie
- Douleur à la marche ou marche impossible
- Prostration en chien de fusil

**Clinique (signes physiques)**

- Douleur maximale au point de Mac Burney
- Défense de la fosse iliaque droite
- Signe de Blumberg : douleur à la décompression brutale de la FID
- Signe de Rovsing : la compression de la fosse iliaque gauche est responsable d'une douleur de la FID
- TR
- le diagnostic d'appendicite est posé

=

**Urgence Chirurgicale**

- Les examens complémentaires trouvent leur intérêt dans les formes cliniques de diagnostic difficile.

**Formes cliniques**

- Nourrisson : forme exceptionnelle, grave car longtemps méconnue.
- Appendicite toxique de l'enfant : signes locaux pauvres, altération de l'état général marquée.

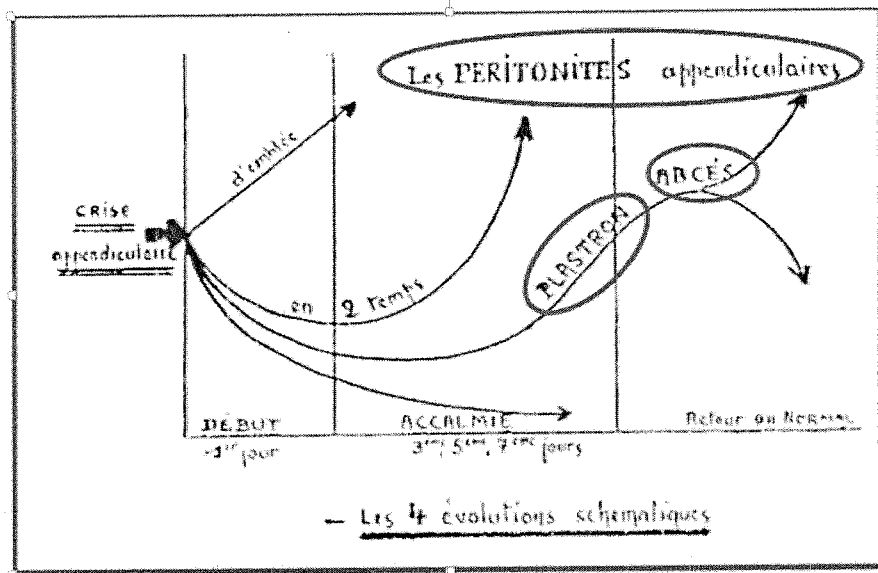
**Examens complémentaires**

- Biologiques: non spécifiques
  - Hyperleucocytose
  - Elévation de la CRP, VS
  - Bilan préopératoire
- ASP : stercolithe inconstant
- Echographie abdominale : diagnostique dans 90% des cas
- TDM abdominale à discuter dans les formes atypiques

**Complications**

- Péritonite appendiculaire (20 à 30 % surtout aux âges extrêmes de la vie)
  - Douleur diffuse et intense
  - Fièvre élevée
  - Contracture visible et palpable (« ventre de bois »)

# Complications



- Plastron appendiculaire
- Abcès appendiculaire
  - Secondaire à appendicite négligée
  - Fièvre élevée, signes septiques
  - Masse palpable possible

## Traitement

- Urgence
- A jeun, SNG en aspiration si vomissement itératif
- Voie veineuse périphérique (réhydratation et antalgie)
- Préparation au bloc
- Chirurgical :
  - Par laparotomie ou sous cœlioscopie en l'absence de complication
  - Appendicectomie
  - Toilette péritonéale
- Antibiothérapie péri et post opératoire
- Sortie entre J3 et J5

## Traitement : surveillance post opératoire

- **constantes vitales** (FR, FC, t°, SaO<sub>2</sub> toutes les 15 minutes pendant une heure, toutes les 30 minutes pendant les deux heures toutes les 4 heures pendant 24 heures.)
- Surveiller la **douleur** (EVA)
- Examiner l'état du **pansement** (rougeur, œdème, douleur, chaleur, saignement du site).
- Vérifier la ou les VVP
- Surveiller **diurèse, transit**
- ≈ 5 jours de surveillance dans le service (**Syndrome du 5<sup>e</sup> jour** : fièvre ≈ 40°, teint gris = chute d'escarre sur l'appendice et risque de péritonite)

## Particularité

- Diverticule de Meckel reliquat **embryologique** du canal omphalo-mésentérique situé sur le dernier tiers de l'intestin grêle

## En conclusion:

- URGENCE CHIRURGICALE
- A jeun, VVP, Bilan préopératoire
- Importance de la surveillance post opératoire



**Quelques particularités pédiatriques....**

- Concerne les enfants de 0 à 15 ans et 3 mois
- Avant toute intervention, récupérer :
  - l'autorisation parentale d'opérer (ou tuteur légal)
  - le carnet de santé (antécédents, autres opérations),
- A la sortie, l'enfant est accompagné par un tuteur légal.

## CONCLUSION

- Urgences viscérales « vraies » rares chez le nourrisson
- Mise en condition rapide
- L'urgence de la sténose du pylore est la réanimation hydroélectrolytique et **NON** chirurgicale
- > 90% des invaginations intestinales sont réduite par la lavement hydrostatique
- Hernie inguinale fréquente mais souvent les manœuvres de réintégration manuelle permettent de différer l'intervention
- Rarement appendicite chez la nourrisson mais péritonite