

# Place du chirurgien aux urgences pédiatriques?



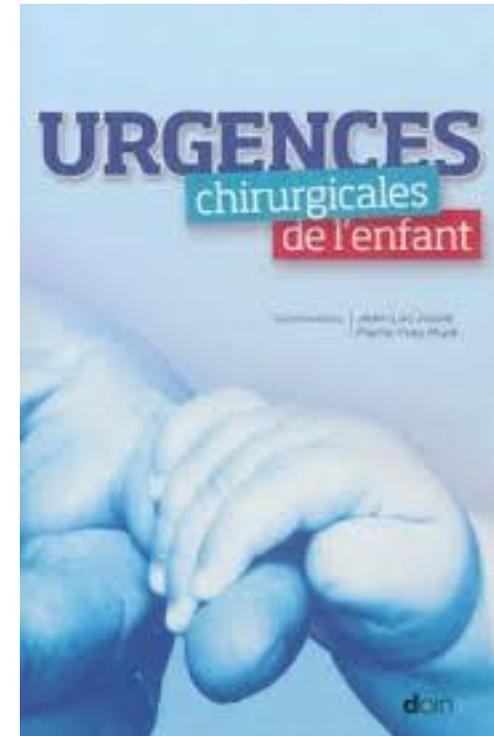
Pr Merrot  
&  
Equipe de Chirurgie Pédiatrique



## Avis technique



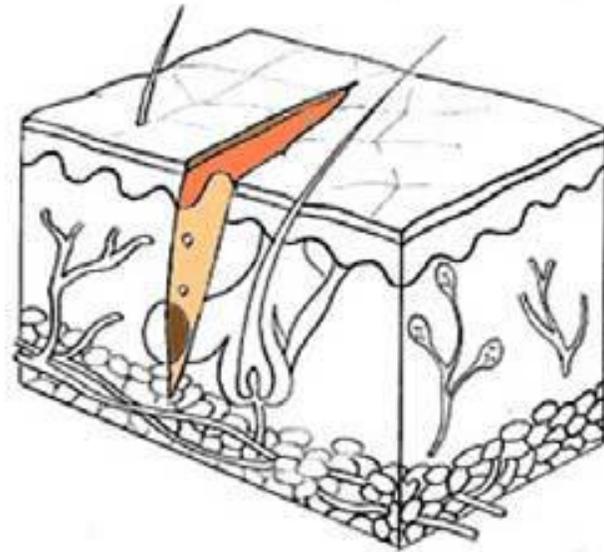
## Avis diagnostique CAT

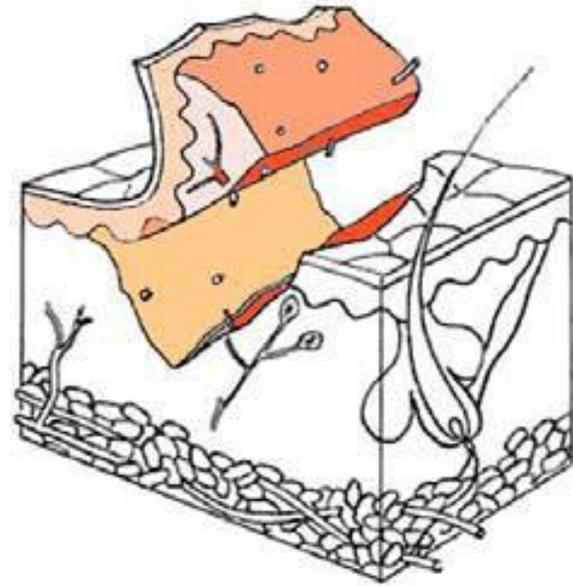


# Les plaies



# Plaie simple









# Morsures





# Urgences viscérales



Réduction?

# Introduction

## Apprécier leur gravité

- Intolérance gastrique absolue
- Aspect grisâtre et cyanose
- Contracture permanente
- Sang dans les selles ou couches
- Tachypnée et conscience
- Collapsus ou état de choc



## Etablir un diagnostic précis

***Douleurs localisées***

***Refus d'alimentation***

***Vomissements répétés***

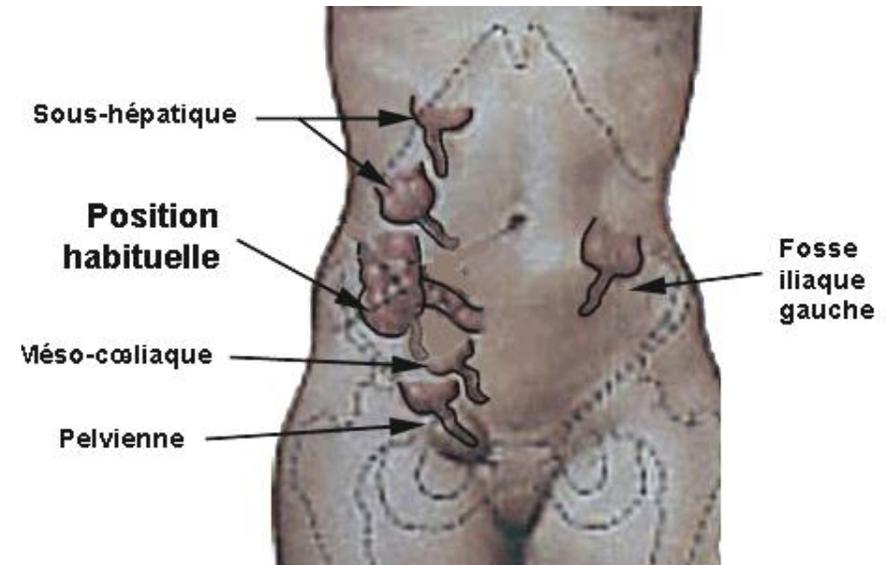
- Appendicite voir péritonite
- IIA
- Occlusion
- Perforation digestive
- Contusion d'organe
- Torsion du testicule ou annexe
- Hernie étranglée

# Douleurs abdominales aiguës( plus 5ans)

- Eliminer une appendicite, 60% orthotopique
- Plus éloigné de l'ombilic => organicité
- Brutale, à la marche, brûlures mictionnelles à ECBU -

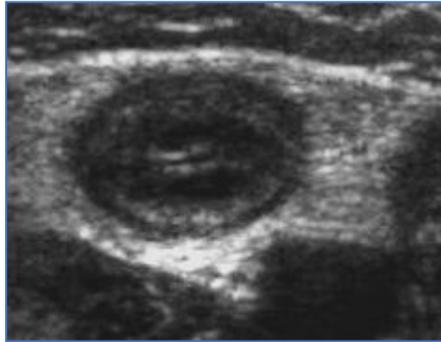
## Score de Samuel (Pediatric Appendicitis Score)

Migration de la douleur	1
Anorexie	1
nausée-vomissement	1
Sensibilité FID	2
Douleur à la toux, percussion	2
fièvre	1
Leucocytose > 10000	1
PNN > 75%	1

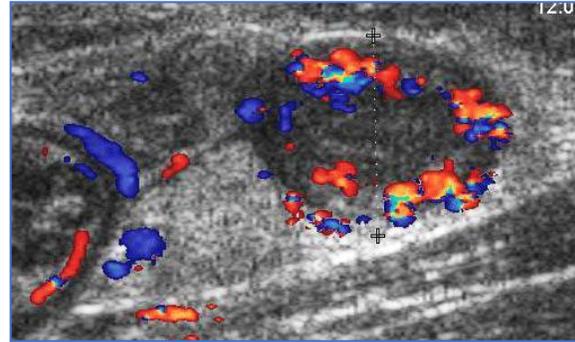


Les différentes positions du cæcum et de l'appendice

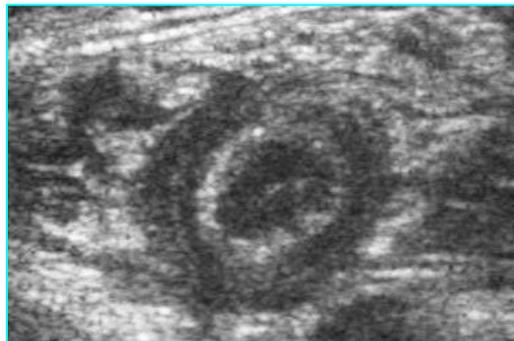
## Appendicectomie vs AB si plastron



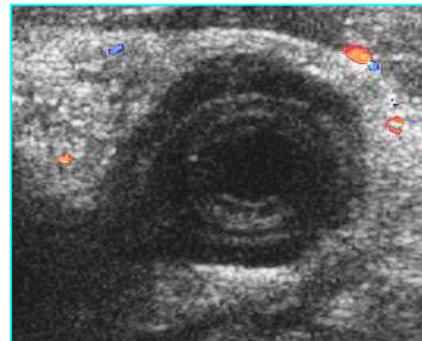
**Paroi stratifiée**



**Hyperhémique**



**Coulées hypo dans le méso**



**Paroi déstratifiée**

### Critères diagnostiques :

diamètre > 6 mm

non compressible sous la sonde

Épaississement paroi > 3 mm

hypertrophie du méso

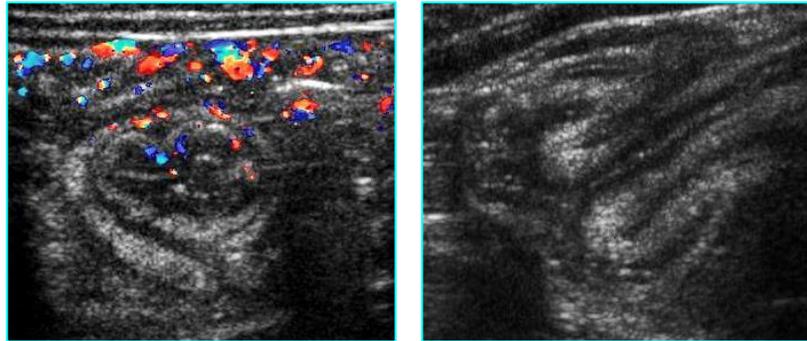


**Matériel intra-luminal**

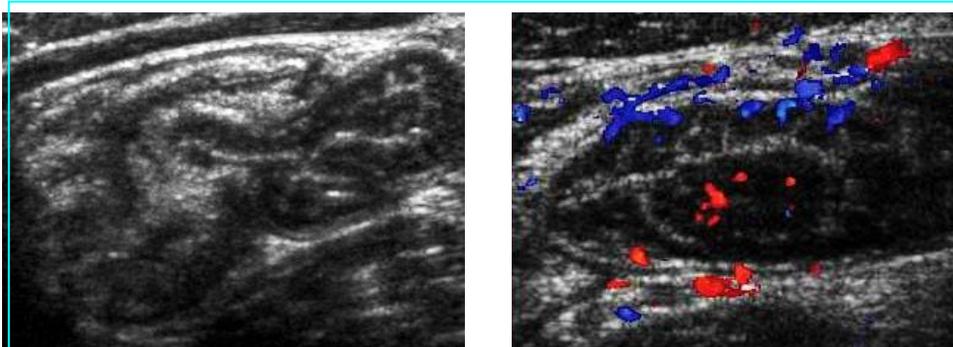
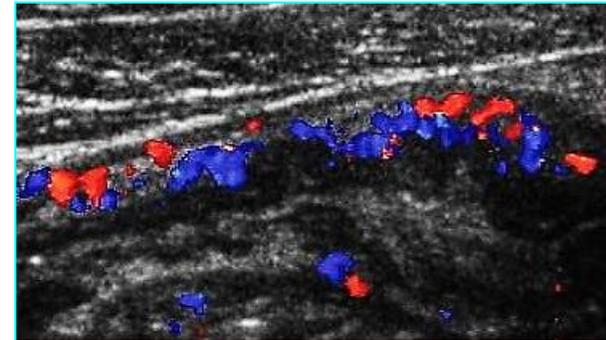
# Douleurs fébriles iliaques ou hypogastriques

Pathologie infectieuse digestive

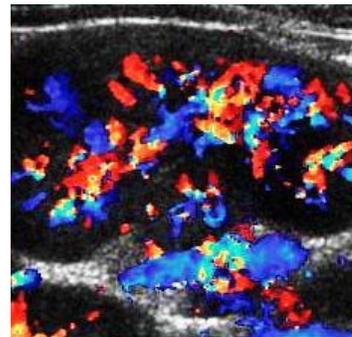
Valvulocaecite à germe entéroinvasif



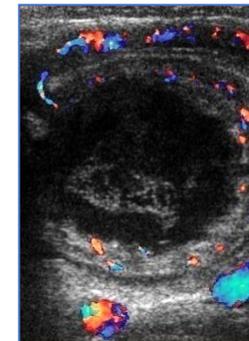
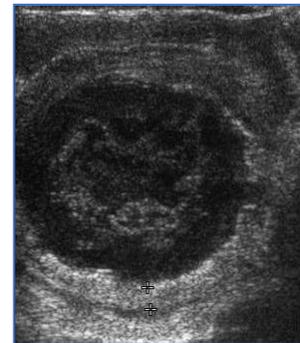
Iléite terminale à Salmonella



Iléocaecite  
à Yersinia



Lésion kystique à paroi déstratifiée



Duplication kystique ?  
Diverticule de Meckel ?  
Kyste de l'ouraque ?



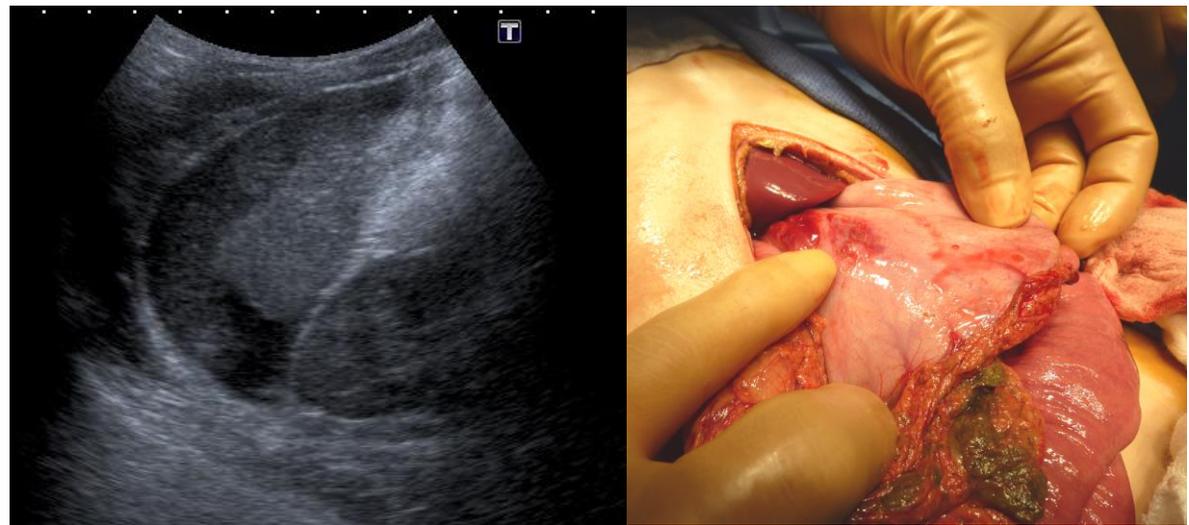
# Douleurs abdominales aiguës ( plus 5ans)

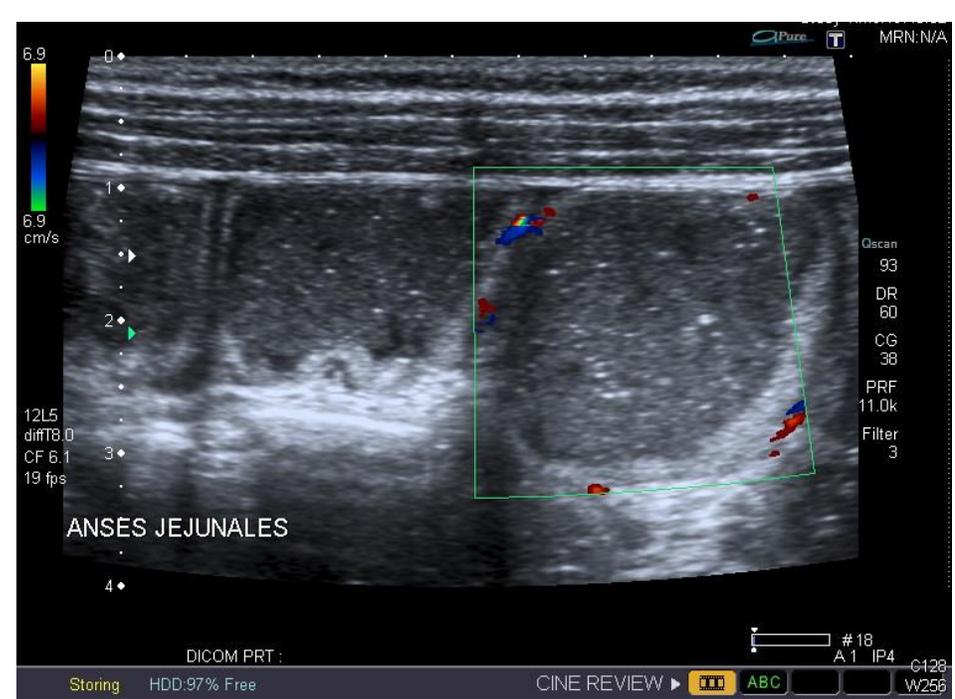
Pathologie appendiculaire exclue :

- Occlusion intestinale avec ou sans cicatrice
- Notion de traumatisme direct



Garçon âgé de 10 ans  
Accident de BMX en compétition:  
Impact épigastrique sous la  
protection  
Douleurs abdominales diffuses  
avec contracture sus ombilical  
Vomissements et hématurie  
secondaire



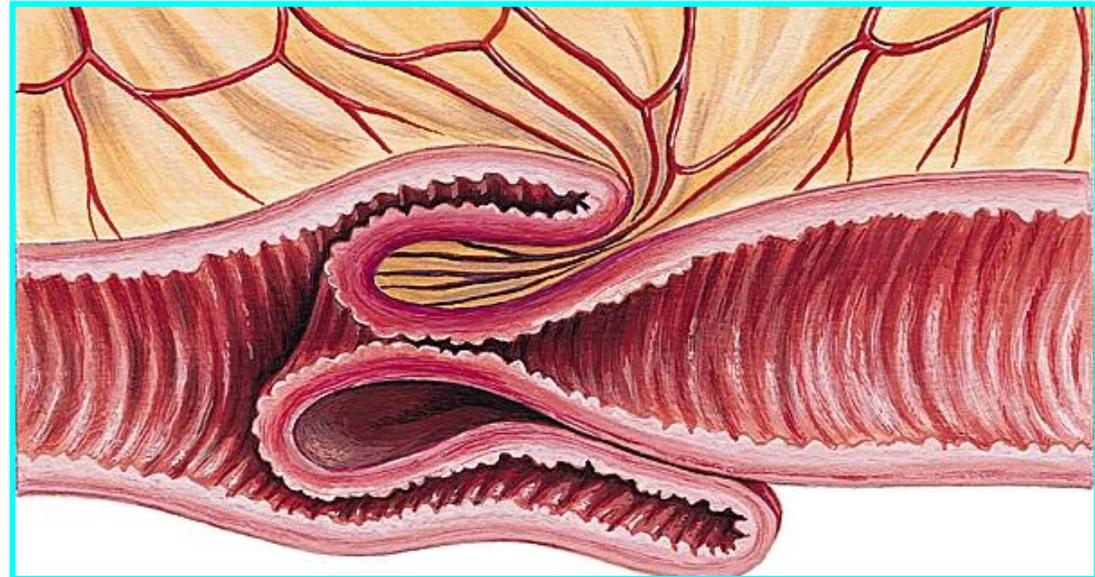
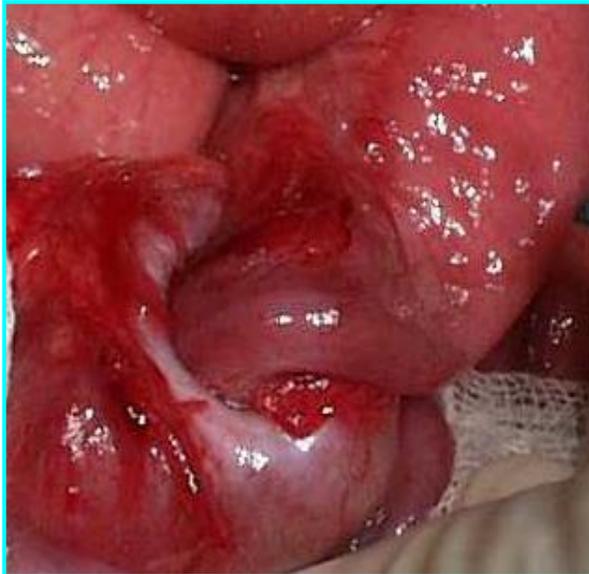


Garçon de 2 ans  
Vomissements bilieux depuis 3 jours  
Arrêt des selles (24h)  
Abdomen douloureux dans son ensemble  
Contracture

# Douleurs abdominales aigües (moins 5ans)

## 3 diagnostics chirurgicaux

- \* **Invagination intestinale aigüe**
- \* hernie étranglée
- \* Pathologie appendiculaire: diagnostic retardé
- \* Meckelite



❖ **Terrain : 2.5ans (thèse Marseille)**

- Nourrisson de 3 mois à 3 ans
- La plus fréquente de 3 à 6 ans
- 2 garçons / 1 fille

❖ **Clinique : 1/3**

- Douleurs abdominales rythmées
- Vomissements ou refus alimentaire
- Emission sanglantes par l'anus

❖ **Etiopathogénie :**

- Hyperplasie lymphoïde > 95 %
- Secondaire 3 à 4 %



❖ **Formes trompeuses :**

- Somnolence, prostration
- Diarrhéique
- Douleurs isolées



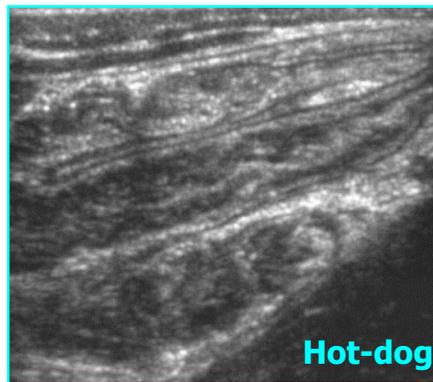
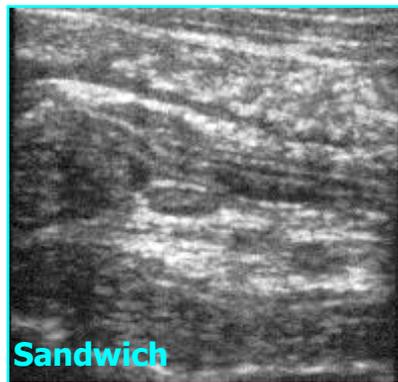
# Echographie : diagnostic positif

## ❖ Technique :

- Exploration de la cavité péritonéale (flanc D +++)
- Position superficielle du boudin
- Etude anatomique haute fréquence

## ❖ Diagnostic :

- Masse digestive de 20 à 40 mm de diamètre AP
- En cocarde ou en cible, en sandwich ou en hot-dog
- Iléon invaginé en continuité avec le grêle
- Valvule en situation anormale



# Douleurs abdominales chez la grande fille

Le tableau clinique oriente l'examen échographique

Douleurs pelviennes aiguës :

- iliaques ou hypogastriques
- unilatérales, début brutal
- intenses résistant aux antalgiques
- évoluant par paroxysmes avec AEG

Nausées ou vomissements +++

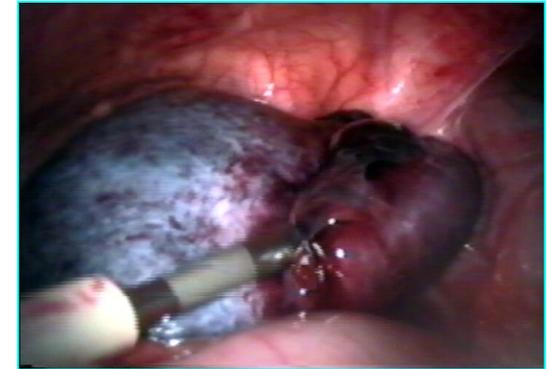
Crises similaires les mois précédents

Douleur +/- défense localisée

affirmer ou éliminer une **torsion d'annexes**

1<sup>ère</sup> situation : gros ovaire d'échostructure anormale

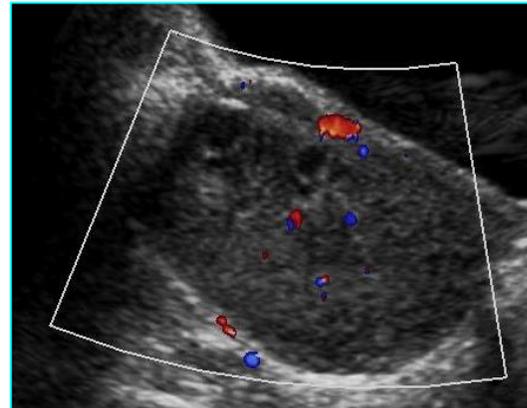
Ovaire très augmenté de volume  
Épaississement du stroma central  
Répartition périphérique des follicules



9 A, douleurs FID, vomissements Hypertrophie du stroma central



Follicules périphériques (2-8 mm) cerclés



Aspect multifolliculaire normal

Aspect échographique typique d'une torsion sur annexes saines

# « Grands principes » des traumatismes abdominaux sévères

1. « Toujours suspecter un traumatisme abdominal chez l'enfant »
2. La plupart des traumatismes d'organes solides, même sévères, ne nécessitent pas de chirurgie
3. Une **prise en charge médicale conservatrice nécessite un diagnostic lésionnel précis** (clinique/biologique/radiologique)
4. La décision de prise en charge revient à une **équipe expérimentée en traumatologie pédiatrique** (chirurgiens, urgentistes/réanimateurs, anesthésistes, radiologues)
5. Disponibilité d'un chirurgien pédiatre ou d'un radiologue interventionnel expérimenté en cas d'échec du traitement médical

# Traumatisme de la rate chez l'enfant

- Organe le plus souvent atteint
  - 75% garçons ; 7-11 ans
  - AVP, vélo, sport
  - Traumatisme direct +++
  - Atteinte isolée dans 50% des cas
    - + Rein G, foie dans 50%
- Examen clinique
  - Douleur épaule gauche
  - Contusion/ecchymose HCG
  - Défense HCG
  - « C »: Tachycardie à choc hypovolémique



# Traumatisme sévère de la rate chez l'enfant

## Traitement conservateur ++++

- Préserver fonction immunitaire de la rate
- Eviter les infections à germes encapsulés post-splénectomie (streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae B, Neisseria meningitidis)
  - Risque plus important chez les moins de 5 ans
  - Mortalité élevée ! (38-69%)
- Capsule splénique plus résistante et plus fibreuse
- Parenchyme splénique plus élastique

Davidson et al, *Clin Microbiol Infect Dis* 2001

Waghorn et al, *J Clin Pathol* 2001

# Traumatisme du rein de l'enfant

3<sup>ème</sup> organe atteint chez l'enfant (10-20%)

85% de traumatisme mineur (contusion, hématome intra-parenchymateux...)

Décélération, choc direct (coup de pied, sabot +++)

Rarement pénétrant

- Clinique

- Douleur et empâtement de la fosse lombaire
- Hématurie macroscopique (très souvent absente)
- Difficulté dans les traumatismes minimes

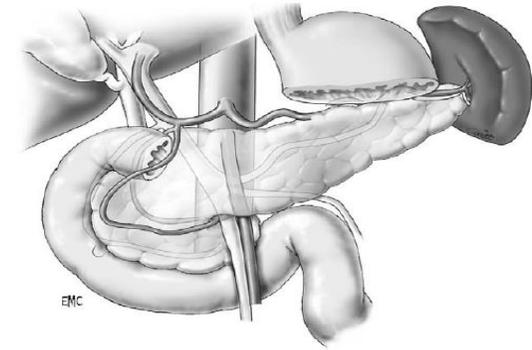
## Particularités anatomiques

Taille relativement grande  
Pas de protection des côtes  
Musculature abdominale faible  
Rein mobile  
Peu de graisse péri-rénale

Plus fréquent que chez l'adulte

- Pathologie pré-existante 20% (syndrome de JPU, rein pelvien, tumeur)

# Traumatisme du pancréas de l'enfant



- Rare, 3% de tous les traumatismes abdominaux
- 1<sup>ère</sup> cause de pancréatite de l'enfant
- Traumatisme direct par guidon de vélo ou ceinture de sécurité
- Situation pré-rachidienne → vulnérabilité aux chocs et compression contre billot rachidien
- Clinique peu spécifique  
Vomissements bilieux, douleur épigastrique, iléus
- Amylase et lipase élevées (non corrélée à la sévérité de l'atteinte)

# Traumatisme des viscères creux chez l'enfant

- Plus rare
- Mécanisme: Compression sur rachis (billot, lacération)
- Symptomatologie décalée de 24-48h+++

- **« Signe de la ceinture »**

- **Fièvre à H24-H48**

- Défense abdominale
- Fracture de L1-L2 (CHANCE)

- Hématome ou perforation

- Duodénum
- Grêle

- Imagerie: pneumopéritoine?



# Traumatisme des viscères creux chez l'enfant

- Plus rare
- Mécanisme: Compression sur rachis (billot, lacération)
- Symptomatologie décalée de 24-48h+++

- **« Signe de la ceinture »**

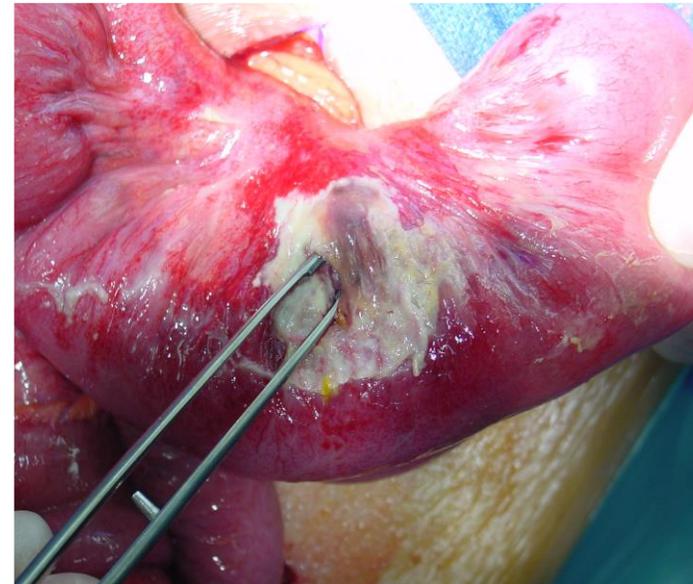
- **Fièvre à H24-H48**

- Défense abdominale
- Fracture de L1-L2 (CHANCE)

- Hématome ou perforation

- Duodénum
- Grêle

- Imagerie: pneumopéritoine?



# Conclusions

- Enfant de + 5ans: appendicite mais étiologies variées fqtes:
  - Examen clinique répété: élément essentiel et échographie de qualité
  - Toucher rectal et hyperleucocytose: peu de valeur
  - occlusion malrotation et traumatisme
- OGE garçon et fille
- Enfant de – de 5ans : IIA
- 1/10 douleurs abdominales aiguës inquiétantes : chirurgien 1<sup>er</sup>

