

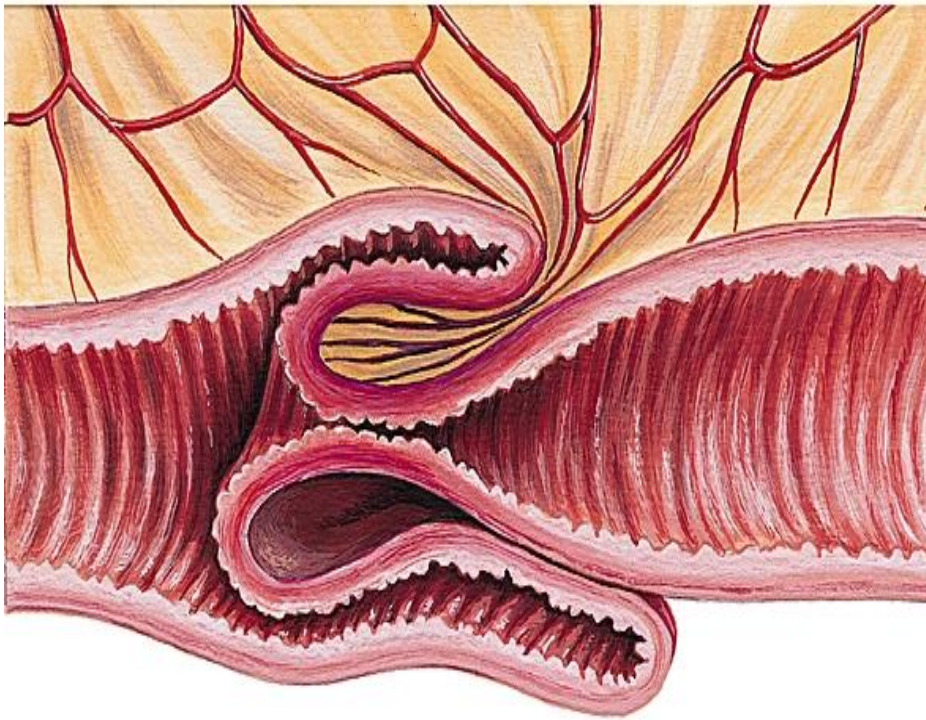


L'invagination intestinale aigue

# Introduction :



- IIA = **urgence chirurgicale**
- IIA = pénétration d'un segment intestinal dans le segment d'aval



# Etiopathogénie



## **IIA primitives : 90 à 95 %.**

- infection virale ORL.
- Lymphadénite mésentérique.

## **IIA secondaires : 5 à 10 %.**

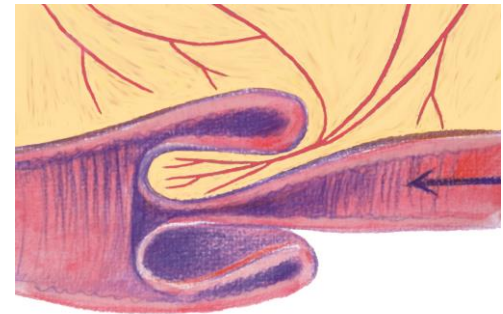
- **lésion organique :**
  - diverticule de Meckel +++
- tumeur bénigne ( polype...)  
tumeur maligne  
(lymphome).
- duplication intestinale
- purpura rhumatoïde
- mucovecidose
- post-opératoire

# Anatomie pathologique



Toute invagination comporte 3 tuniques  
**boudin d'invagination**

- Types :
- **iléo-colique** trans-valvulaire  
iléo-caeco-appendiculaire.
- **iléo-iléale.**
- **Colo-colique.**



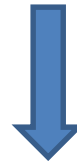
# physiopathologie



invagination intestinale aigue



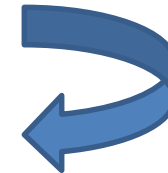
Entrainement du meso intestinal



Compression vasculo-nerveuse



Ischemie  
intestinale



Dlr  
abdominales

# Clinique : Forme typique



- Nourrisson : 2 mois à 2 ans.
  - 2 garçons pour 1 fille.
  - Forme typique :
  - **triade classique** = crises douloureuses abdominales paraxostiques + vomissements + rectorragie
- Examen :
- FID vide.
  - masse sous-costale droite douloureuse = **boudin**.
  - TR systématique :+++ sang ?

# clinique

Un beau bébé de 02 mois -02 ans  
qui présente: douleurs abdominales  
paroxystiques+ vomissements (refus  
des bibrons)+ des rectorragies

# Clinique : Formes atypiques

formes pauci-symptomatiques :

- vomissements isolés.
- rectorragie isolée.
- douleurs abdominales isolés



# Examens complémentaires



## ASP :

- vacuité FID
- Des NHA

## Echographie :

C'est l'examen-clé du dgc

boudin d'IIA



## Lavement opaque :

- arrêt de la colonne opaque
- pince de homard



# Traitement



## **traitement non chirurgical:**

- Réduction de l'IIA par le lavement opaque
- Réduction hydrostatique (eau).
- Réduction pneumatique (air).

## **traitement chirurgical:**

- Réduction chirurgicale.

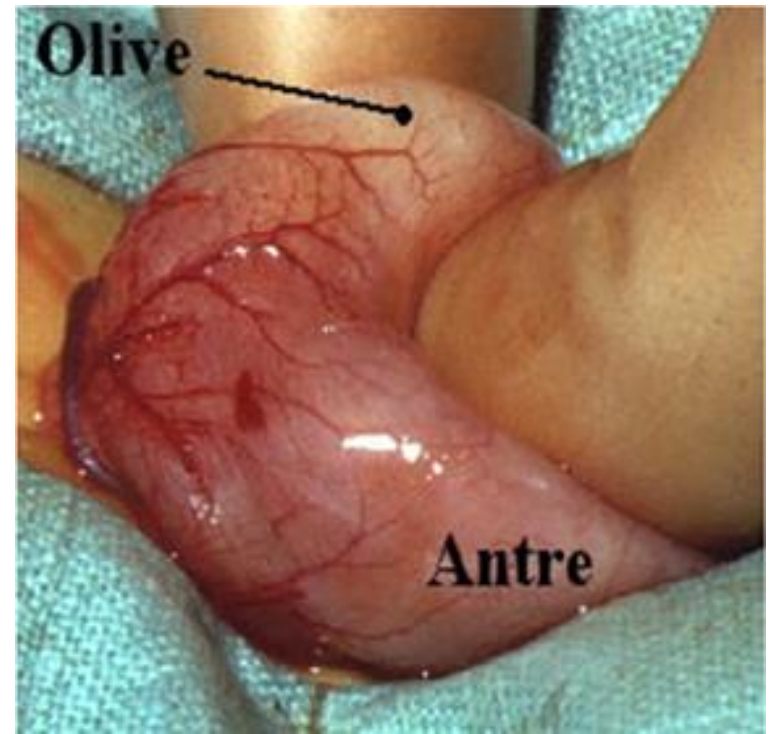


La sténose hypertrophique du  
pylore

# introduction



- Hypertrophie sténosante de la musculature pylorique
- Vomissement : maître symptôme
- Diagnostic : échographie



# epidemiologie



- Fréquence : 2cas/ 1000 naissances.
- Sexe : prédominance masculine : 5G/1F.
- Age : \* 2-6 semaine.  
\* très rarement Après 3 mois.
- L'ethiopathogenie est mystérieuse.
- Théorie la plus admise :  
Hypergastrinémie → hyperacidité →  
spasme pylorique.

# clinique



## 1-Vomissements : +++

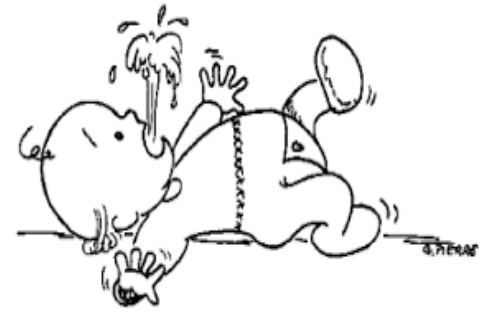
- Après **un intervalle libre**
- Blanc fait de **lait caillé**, jamais bilieux.
- faciles, en jet.
- Post-prandiaux d'abord précoces puis tardifs
- Rebelles au Trt
- Affamé après les vomissements

## 2-Cassure de la courbe pondérale

## 3- Raréfaction des selles

## 4-Les signes de déshydratation :Oligurie

# L'examen physique



## 1) Perception de l'olive pylorique (30 %)

- siège : HCD
- petite masse ferme
- arrondie
- roulant sous les doigts



## 2) Ondulations péristaltiques :

- de l'HCG vers la FID
- Traduisent la lutte de l'estomac

## 3) Les signes de déshydratation et de dénutrition



# Au total



Chez un nourrisson âgé moins de 3 mois, de sexe masculin qui présente des vomissements blancs, facile, en jet après un **intervalle libre** doivent toujours faire évoquer une SHP

# L'imagerie



## **ASP:**

dilatation et stase gastrique

- rareté des clartés digestives
- Rx normale n'élimine pas le diagnostic



# L'imagerie



## L'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- ❖ Maître examen +++
- ❖ Diagnostic précoce
- ❖ Image en **cocarde** en coupe transversale et en sandwich en longitudinale
- ❖ Confirme le diagnostic :
  - longueur du pylore > 20 mm
  - largeur > 15 mm
  - épaisseur de la paroi musculaire > 4 mm

# L'imagerie



## TOGD

- N'est pas systématique :
  - symptomatologie atypique
  - échographie non concluante
- **Signes indirects :**
  - dilatation et stase gastrique
  - estomac de lutte
  - retard de passage transpylorique
- **Signes directs ( pathognomoniques) :**
  - défilé pylorique
  - image d'empreinte de l'olive pylorique sur l'antre



# BIOLOGIE



## Alcalose hypokaliémique et hypochlorémique

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL



- Vomissement du 1<sup>er</sup> jour
  - RGO
- Vomissements d'apparition secondaire :
  - sténose duodénale sus-watérienne
  - intolérance au lait de vache
  - galactosémie
  - erreur du régime

# TRAITEMENT

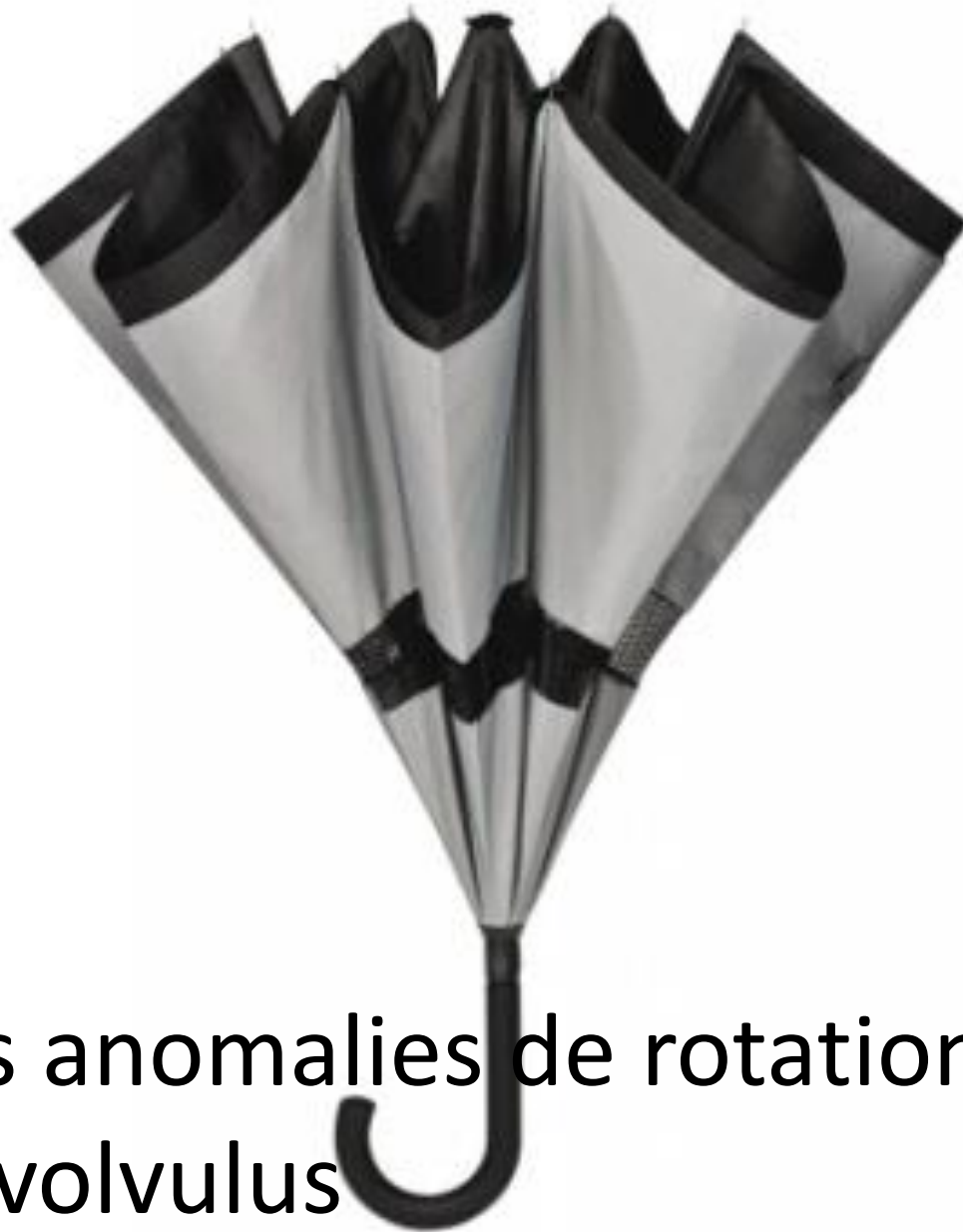


- Réanimation pré-opératoire :
  - arrêter l'alimentation
  - aspiration gastrique
  - corriger les troubles hydro-électrolytiques
- Chirurgie :

**Pylorotomie extra-muqueuse**





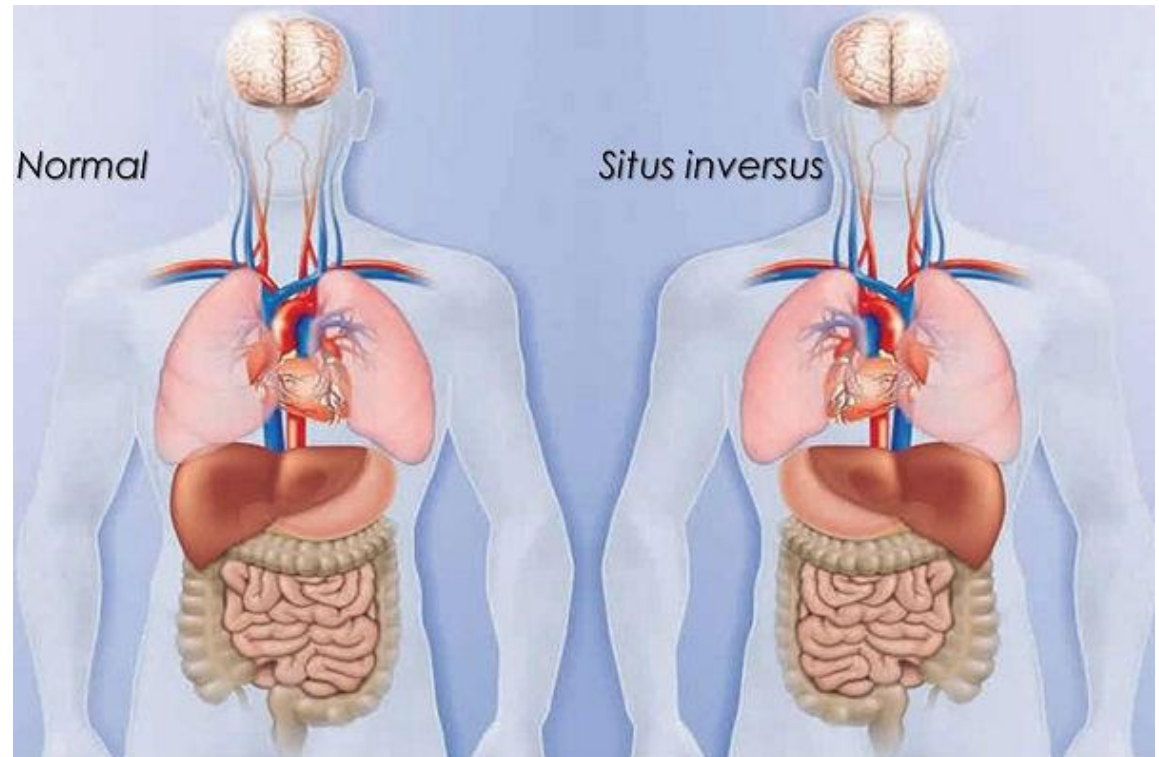


Les anomalies de rotation  
et volvulus



# introduction

- **Extrême urgence chirurgicale** l'absence de diagnostic entraine des complications redoutables.



# Clinique



- Le tableau est celui d'une occlusion intestinale haute
- Vomissements bilieux d'apparition brutale
- Abdomen plat ( ou voussure épigastrique)
- rectorragies
- choc hémodynamique.

# Les examens complémentaires

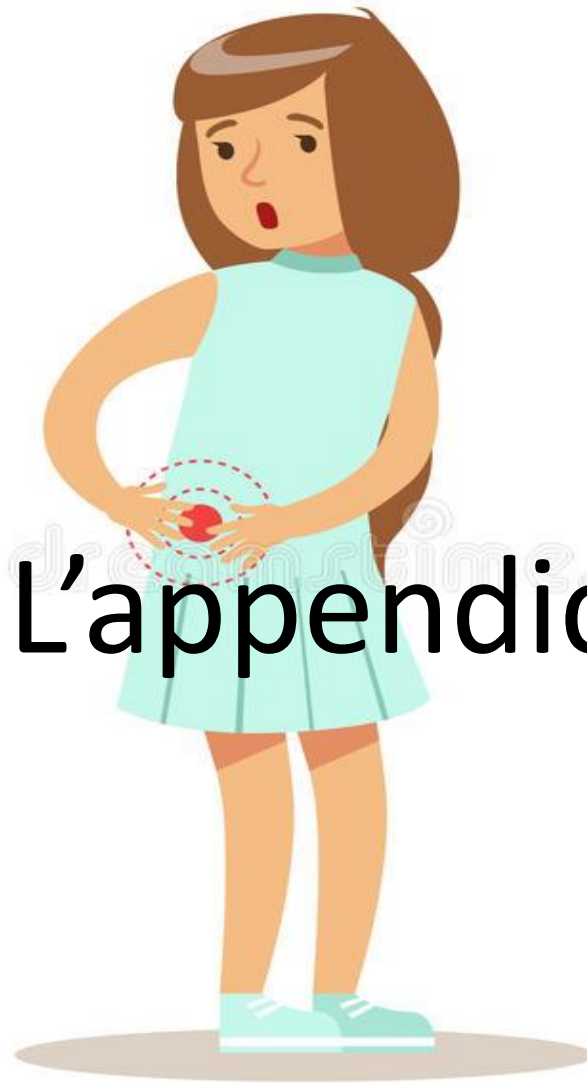


- ASP
  - parfois normal
  - Occlusion duodénale complète
- L'échographie abdominale avec doppler des vaisseaux mésentériques :
  - position anormale des Vx (Veine à gauche de l'artère)
  - Recherche des tours de spire
- Le TOGD :
  - Position anormale de l'angle de treitz (à droite du rachis)
  - Spire de torsion
  - dilatation duodénale d'amont



# traitement

- Urgence chirurgicale **Temps précieux**
  - Détorsion section de la bride de Ladd appendicectomie
  - Si vitalité douteuse : « second look »
  - Si nécrose : résection

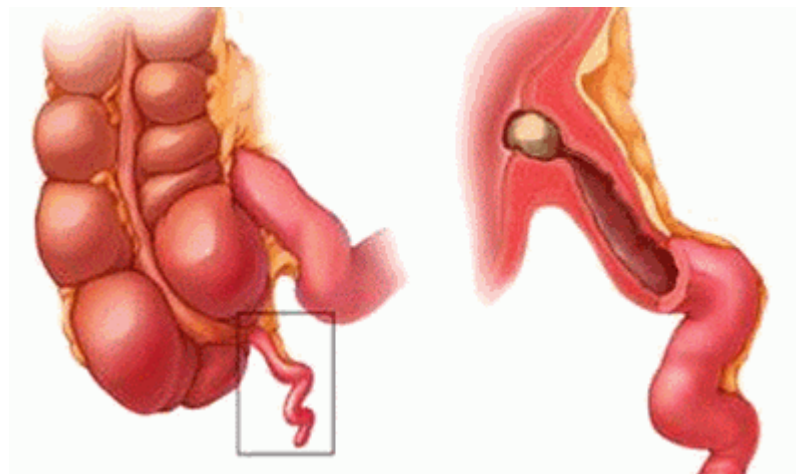
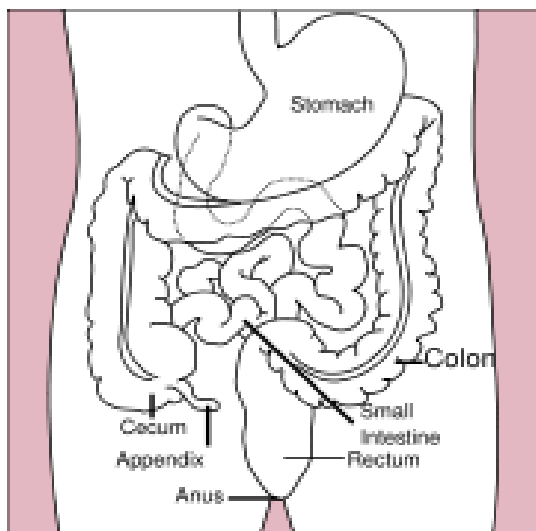


L'appendicite aigue



# introduction

- C'est une inflammation aigue de l'appendice
- motif le plus fréquent de consultation aux urgences.
- Absence de parallélisme anatomo-clinique.



# Clinique tableau typique:



- Douleur de la FID à type de déchirure, crampes, torsion, évoluant par coups, (suivie d'accalmies) et pouvant irradier vers l'ombilic- (+++) débutant volontiers au milieu de l'épigastre pour migrer vers la FID accompagnée de nausées, vomissements ou troubles du transit- (+++) Inappétence'
- Fébricule 38-38,5°C



# Clinique tableau clinique



- la palpation: doit être très douce, en commençant par la FIG, en remontant le cadre colique jusqu'à la FID.
- **Signe de Mac Burney:** Douleur provoquée, nette, précise et vive a la palpation de la FID
  - **Signe de Blomberg:** Douleur à la décompression de la FID
  - **Signe de Rovsing :** Douleur FID lors de la palpation de la FIG
  - TR (+++)douleur à droite et Douglas

# biologie



- FNS : Polynucléose
- la CRP positive
- ECBU négatif

# imagerie



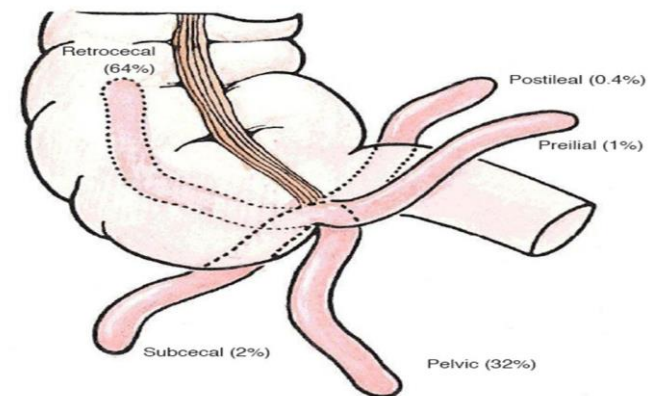
- l'échographie est le meilleur examen en faveur du diagnostic d'appendicite
- une augmentation de **la taille supérieur à 06 mm**
- une infiltration de la graisse péri-appendiculaire.
- un stercolithe
- la douleur au passage de la sonde
- Son intérêt réside également dans l'identification **des diagnostics différentiels** (pathologies annexielles, iléite terminale....).

# formes cliniques



- appendicite rétro-caecale: douleur lombaire
- appendicite pelvienne: des signes urinaires
- appendicite méso-coeliaque: une occlusion fébrile
- Appendicite sous hépatique:  
La douleur siège au niveau de l'hypochondre droit

Figure 1. Frequency Of Appendix Locations



©LifeART/www.fotosearch.com. Used with permission.

# Formes cliniques



- Appendicite aigue du nourrisson et du petit enfant
- trompeuse et grave.
  - Les formes compliquées dominant.
  - le tableau associe : - altération de l'état général, - fièvre élevée - vomissements fréquents - diarrhée réactionnelle. L'examen abdominal est difficile devant des pleurs incessants : l'examineur doit laisser sa main sur l'abdomen du nourrisson et attendre chaque inspiration profonde pour détecter une défense.

# Formes cliniques



- Les formes compliquées:
  - ❖ Abscess appendiculaire
  - ❖ Plastron
  - ❖ Péritonite appendiculaire.

# traitement



- Traitement médical: ATB avec une surveillance régulière clinique biologique et échographique
- Traitement chirurgical: appendicectomie par voie classique ou coelioscopique

# Les urgences urogénitales



# Les urgences urogénitales



# Les urgences uro-génitales

## Chez le garçon

- Grosse bourse aigue
- ❖ La torsion du cordon spermatique
- ❖ Hernie inguinale et inguino-scrotale

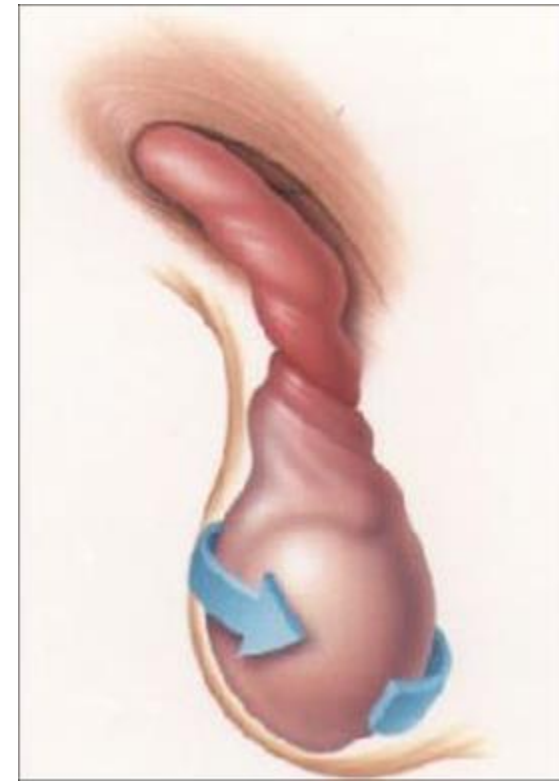
## Chez la fille

- L'hernie de l'ovaire
- Torsion d'annexe



# La torsion du cordon spermatique

- La glande tourne sur son axe vasculo-déférentiel —————> une striction du pédicule vasculaire —————> une ischémie testiculaire
- classiquement irréversible **après six heures de torsion**
- Elle touche préférentiellement **l'adolescent et nouveau né.**





# Tableau clinique

- ATCD d'épisodes semblables
  - Dlr brutale
  - Par fois nausées vomissements
  - Pas de fièvre ni signes urinaires
  - signes inflammatoires
  - Signe de Gouverneur
  - Signe de Prehn
- 
- Plus tard: la dlr  
les signes inflammatoires  
apparition d'une fièvre





# Examens complémentaires

- Ils sont généralement **inutiles** et l'attente de leur résultats peut être préjudiciable pour la vitalité testiculaire
- aucun examen ne peut éliminer le diagnostic de manière formelle.
- Dans les centres où l'échographie est facilement disponible, cet examen est demandé. Il peut montrer une diminution du flux artériel



Ainsi toute suspicion de torsion du cordon spermatique doit imposer en urgence une exploration chirurgicale +++.



# traitement

- **Urgence Chirurgicale**
- Détorsion simple ou orchidectomie
- Fixation du coté controlatéral+++

# L'hernie inguinale et inguino-scrotale étranglée chez le garçon

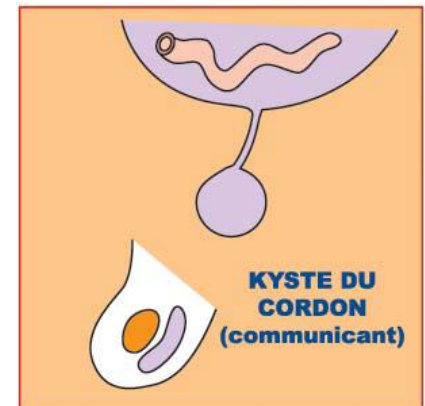
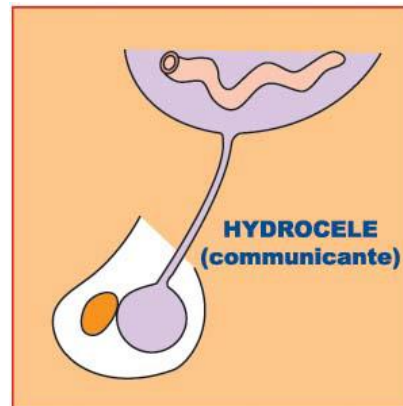
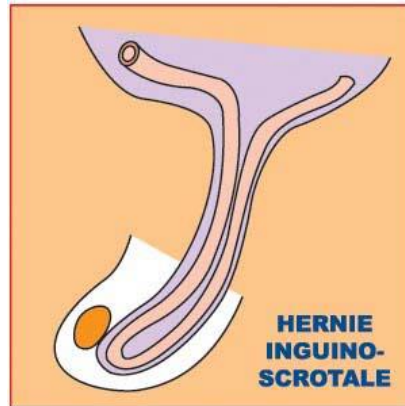
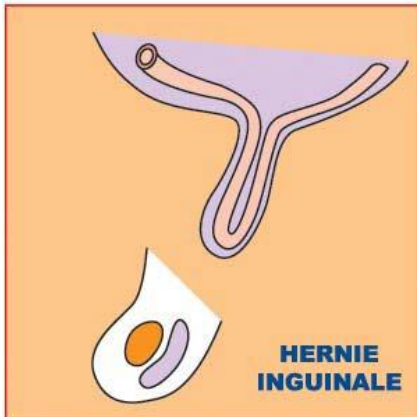


- Incarcération irréductible d'un segment du tube digestif dans le canal peritoneovaginal





# Pathogénie : persistance du CPV





# Tableau clinique

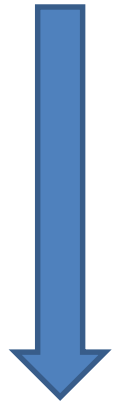
- ATCD : hernie
- Tuméfaction inguino-scrotale  
**dure dloreuse irréductible**
- Le testicule est palpé et de volume normal
- +tard :occlusion clinique et radiologique





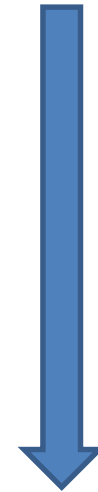
# Traitement

- Traitement non chirurgical



- Malade vu précocement
- Pas de sd occlusif

- Traitement chirurgical



- Malade vu tardivement
- Sd occlusif franc
- Echec du trt non chir

# La hernie inguinale chez la fille



- contenu **ovarien +++**
- Petite masse ferme, mobile, indolore a la partie supérieure de la grande lèvre
- Parfois notion de tumefaction intermittente avec un examen clinique –
- Traitement:
  - Chirurgical
  - **Urgence différée**
  - **Pas de reduction manuelle**



La torsion d'annexe chez la fille



# introduction

- Ovaire seul ou ovaire + trompe
- Diagnostic difficile souvent méconnu
- Met en jeu à court terme le pronostic fonctionnel
- Peut survenir sur un ovaire sain mais surtout sur un **ovaire kystique ou tumoral**.



# Tableau clinique

- Douleurs pelviennes: latéralisées, de survenue brutale, intenses, associées à des vomissements
- Abdomen chirurgical (défence)
- Parfois kyste palpable en sus pubien ou au toucher vaginal
- Echographie:
  - Confirme le diagnostic
  - Élimine la GEU



# traitement

- Chirurgie **en urgence** pour détorsion
- Si retard ovariectomie ou annexectomie
- Intérêt de la rapidité de la prise en charge : DUREE DE VIE DE L'OVAIRE : 6 HEURES





Je vous remercie

