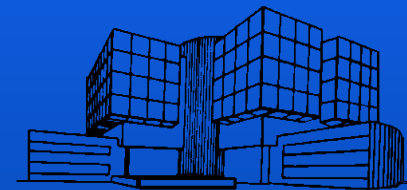


PATHOLOGIE DE LA PAROI ABDOMINALE

P.VERGNES

**Service de Chirurgie Pédiatrique
Hôpital des Enfants
Bordeaux**



Paroi abdominale

Embryologie de la paroi abdominale

Malformations de la paroi abdominale

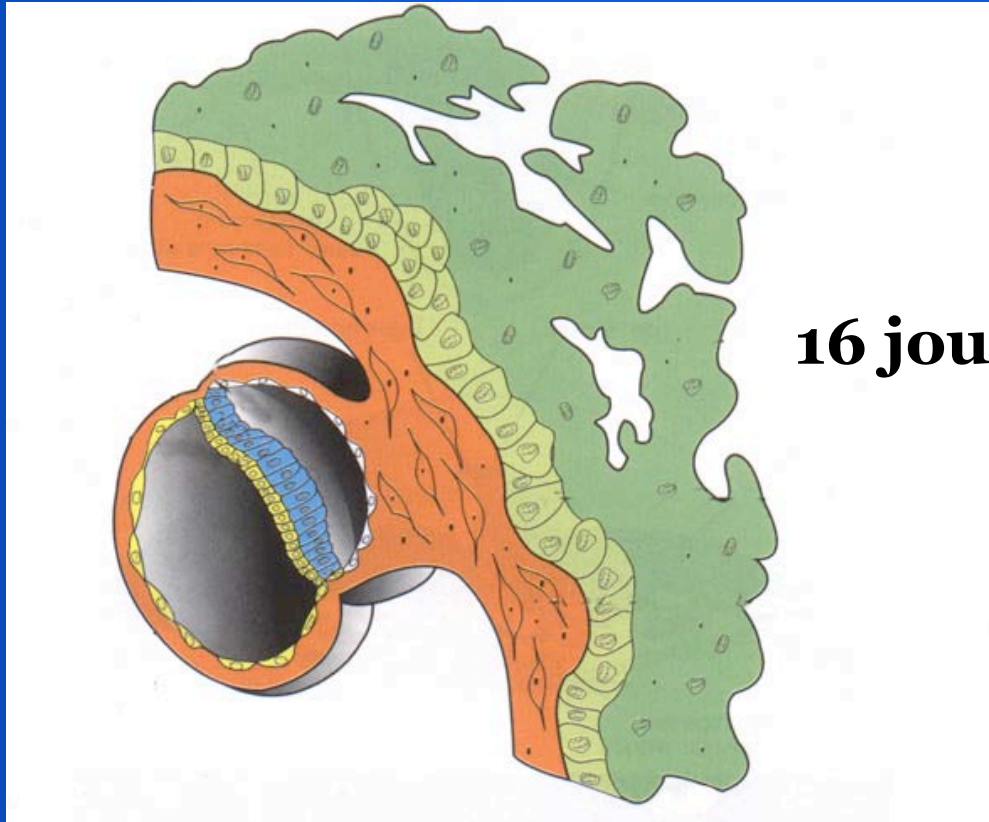
Célosomies

Paroi musculaire

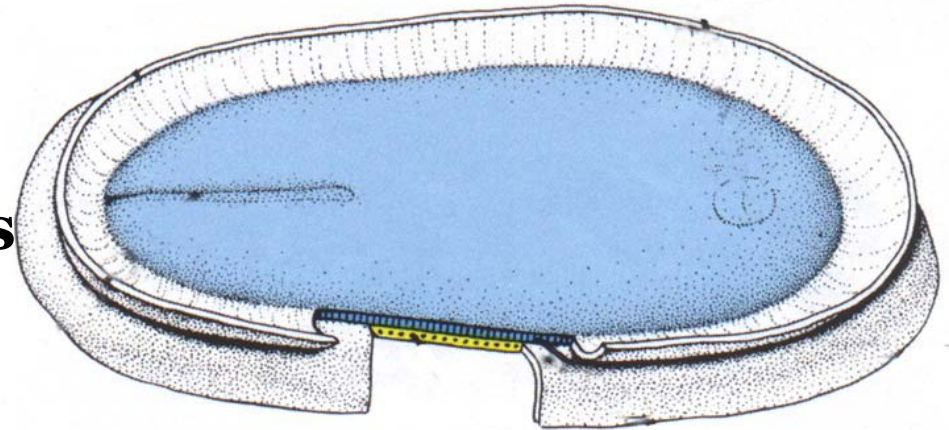
Anomalies de régression

Anomalies mineures

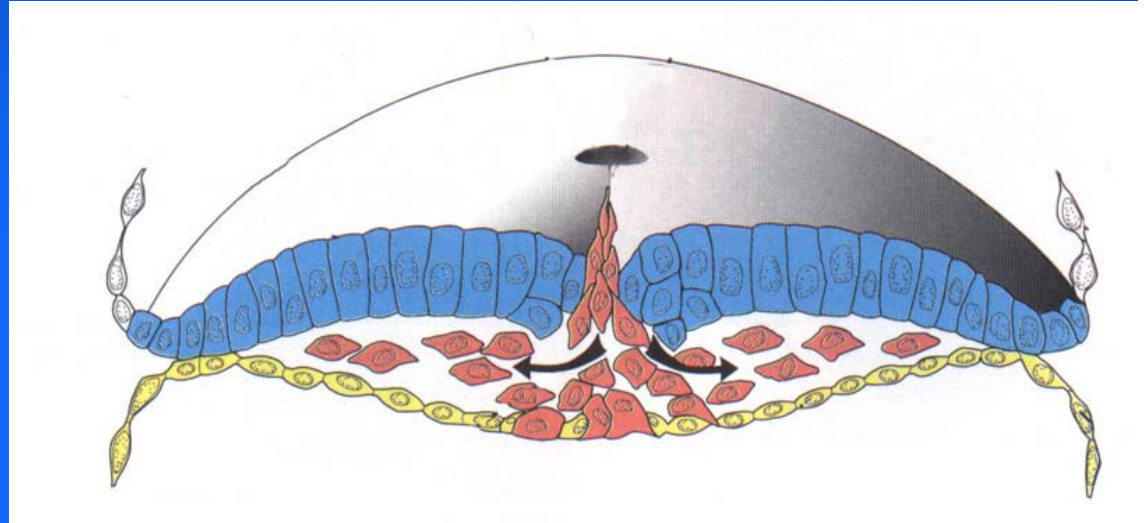
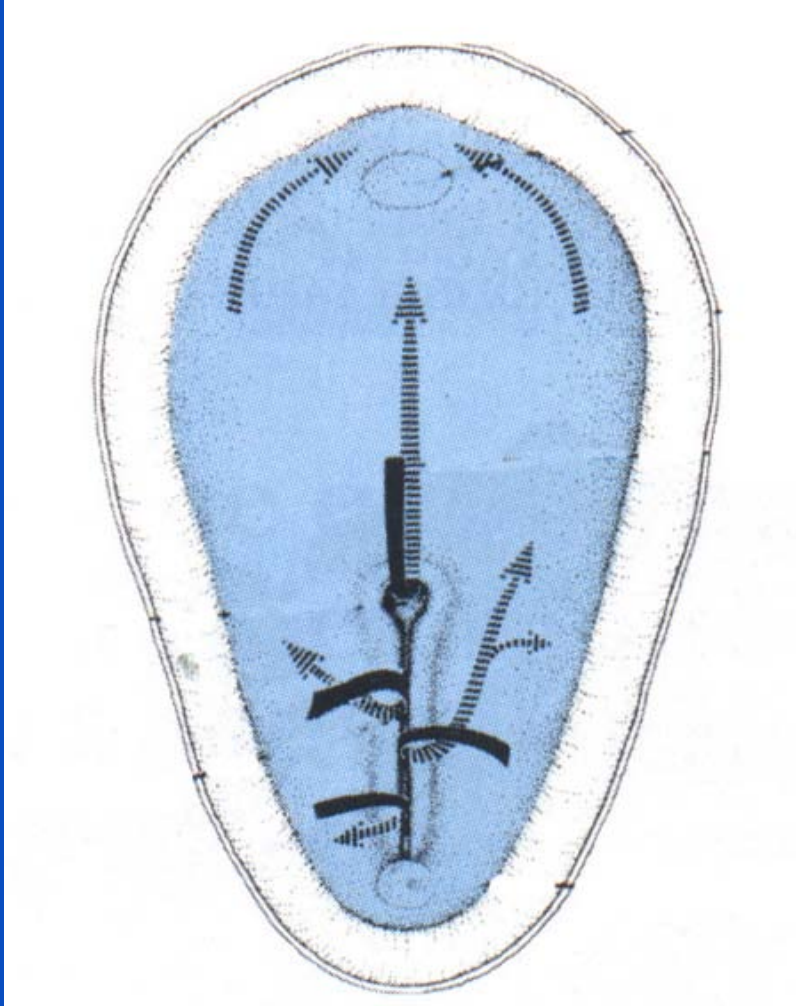
Embryologie de la paroi abdominale



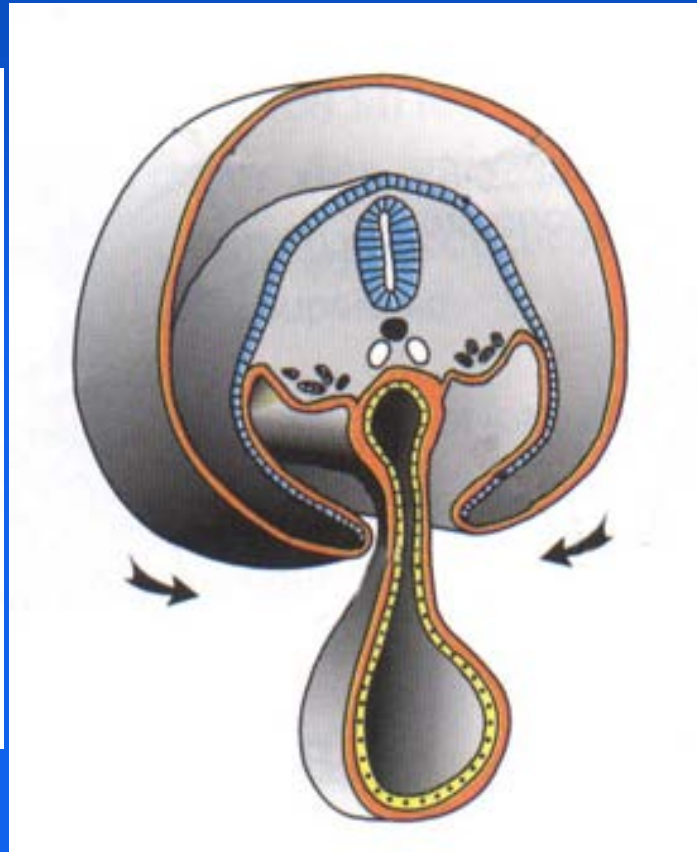
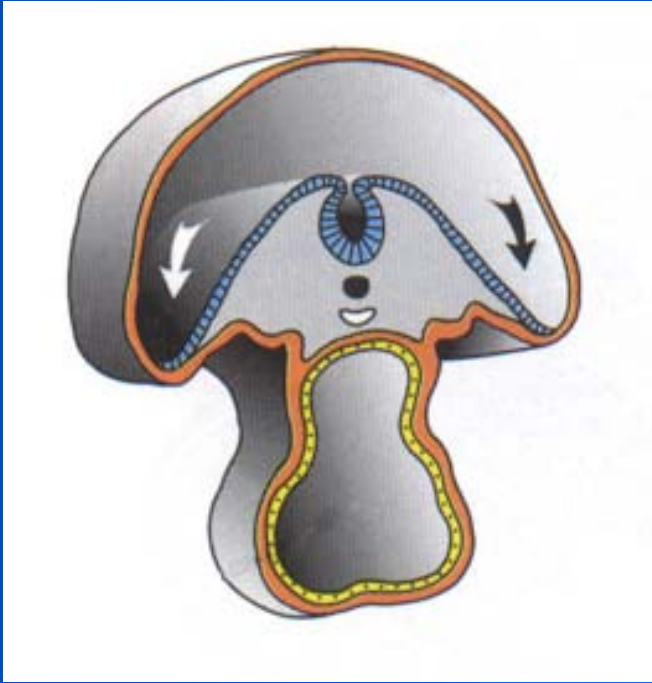
16 jours



Embryon didermique

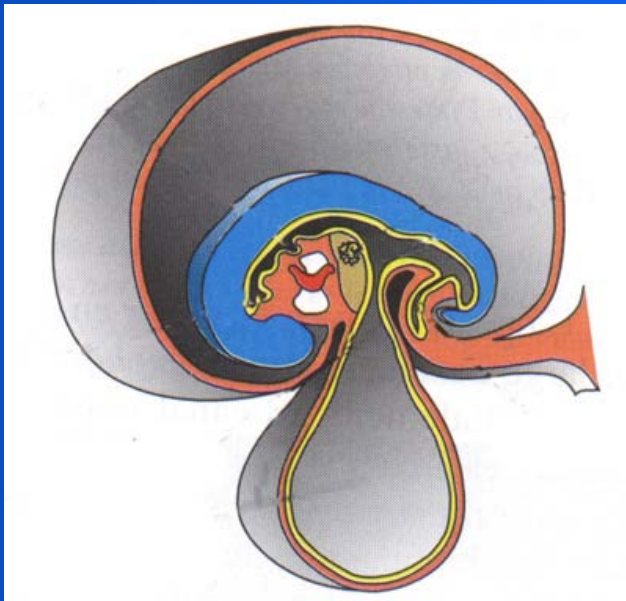
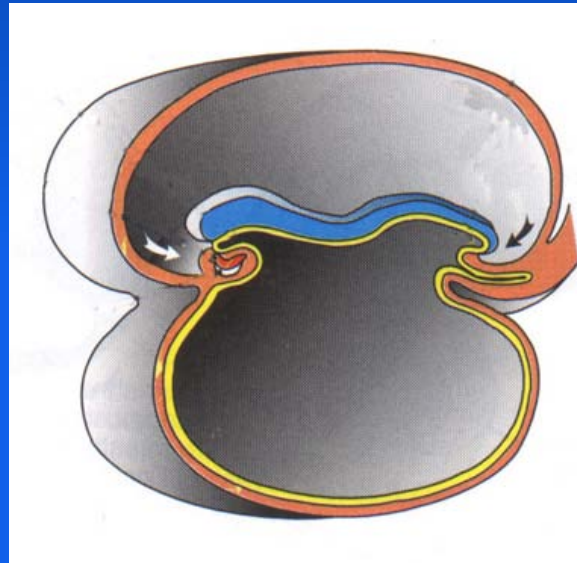
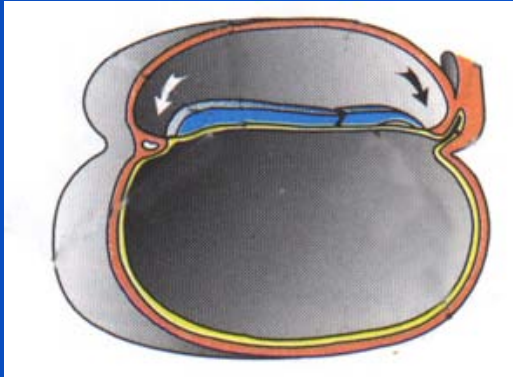


**Embryon
tridermique**



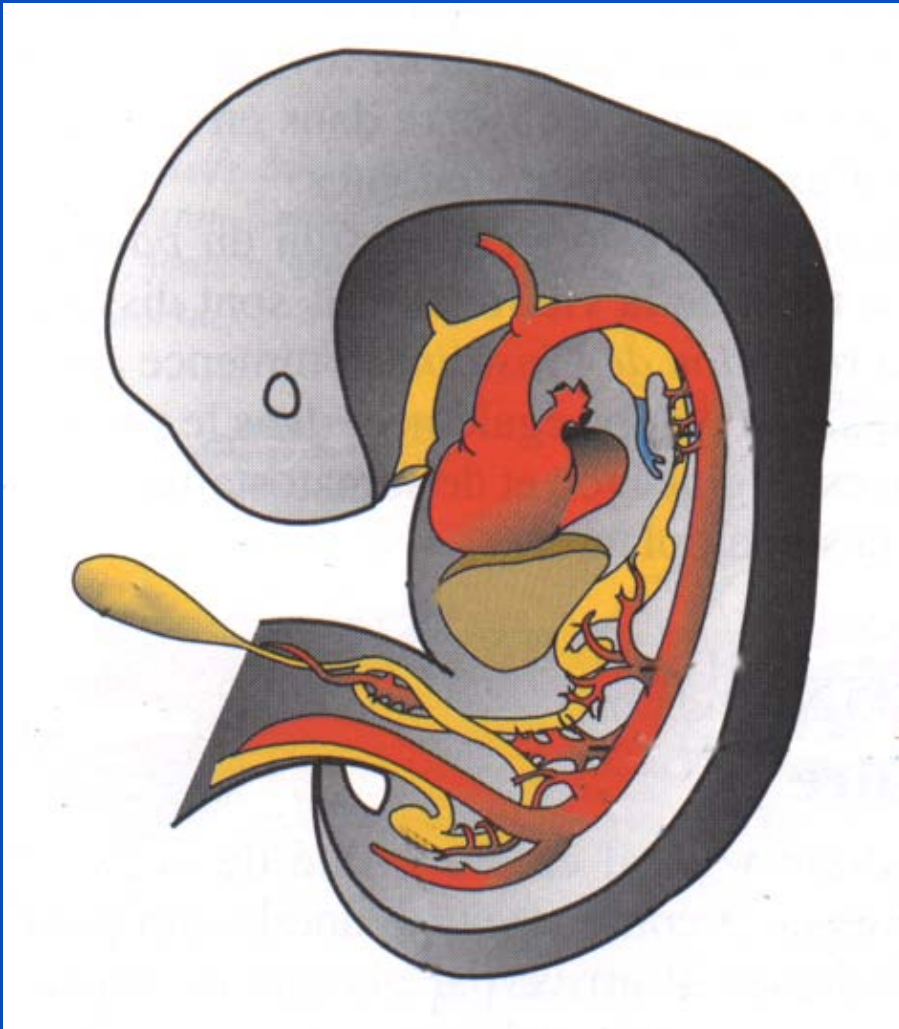
Fin de 4 semaines

Plicature transversale
(croissance rapide des somites)



4 semaines

**Plicature céphalo-caudale
(croissance rapide du tube neural)**

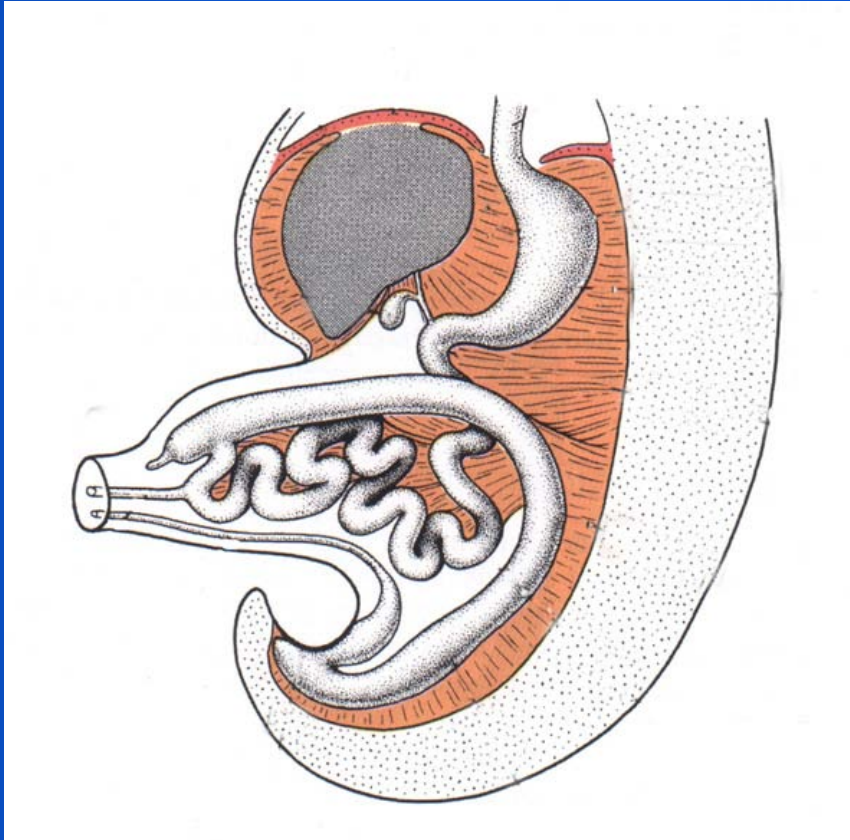


5-6 semaines



7 semaines

Formation de la région ombilicale

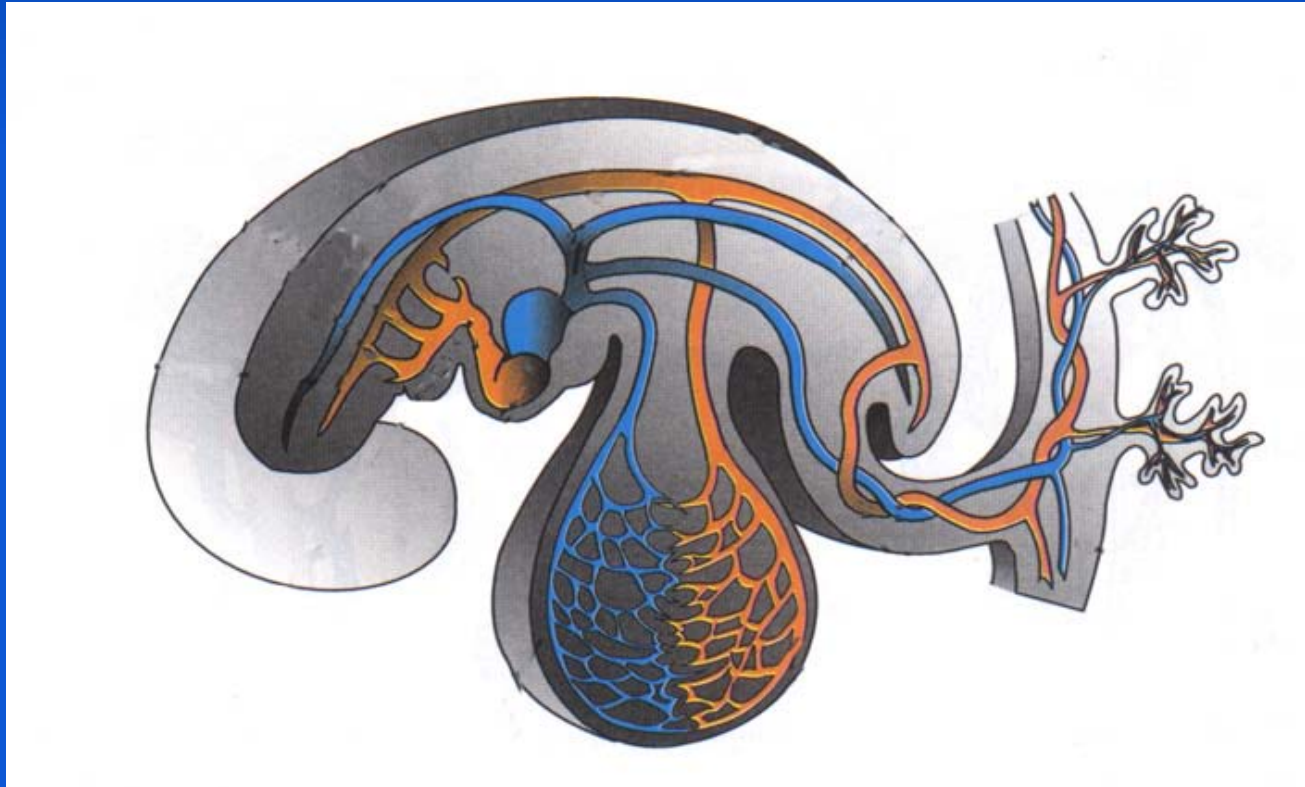


8 semaines



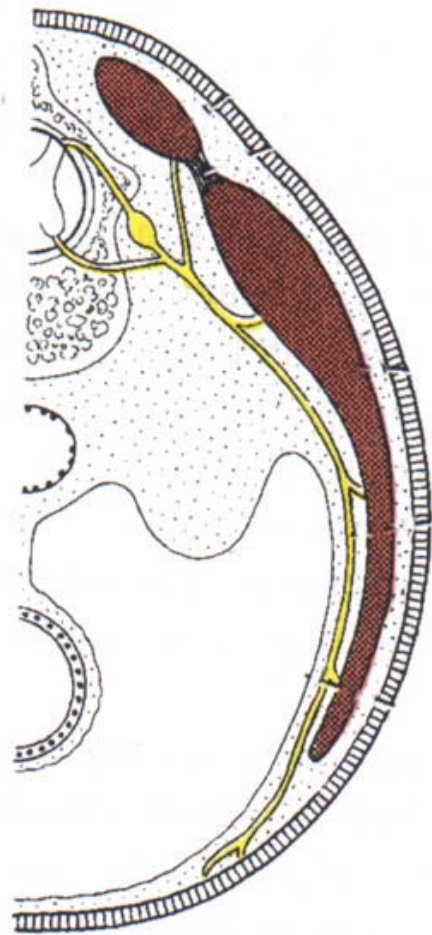
10 semaines

Hernie physiologique

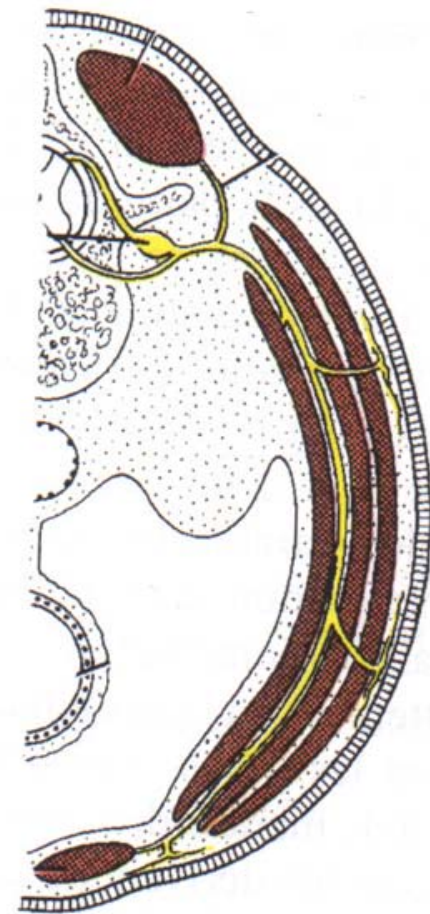


5-6 semaines

**Veines ombilicales
(régression de la droite)**



5 semaines



6 semaines

Formation de la paroi musculaire

Structures régressant normalement

Canal vitellin et vésicule ombilicale -> 6 semaines

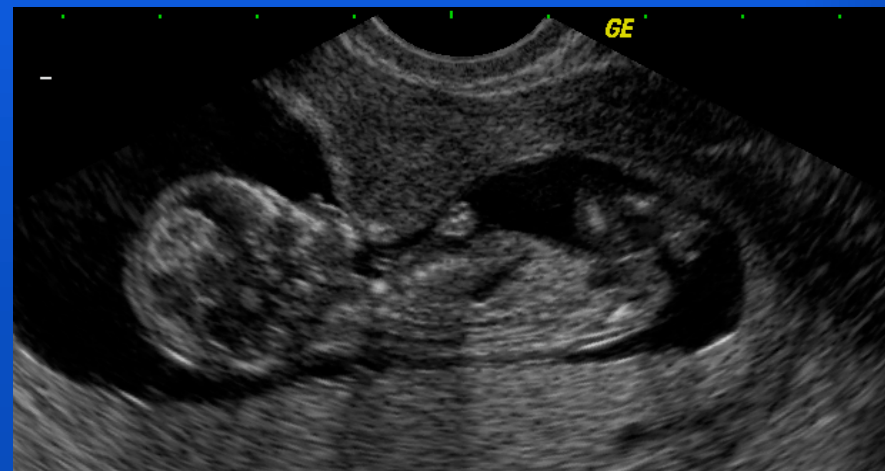
Allantoïde -> ouraque vers 9 semaines

Hernie physiologique -> 9 semaines

Veine ombilicale droite -> entre 11 et 12 semaines

Paroi abdominale normale en écho prénatale

- **Intégrité de la paroi abdominale antérieure en coupes axiale et sagittale**
- **Visualisation de l'insertion du cordon et de son calibre**
- **Visualisation de la vessie**
- **Hernie physiologique :**
 - ne doit pas excéder 6 mm
 - Retard de réintégration 14 SA



Malformations de la paroi abdominale

Majeures:

Célosomies

Prune Belly

Mineures:

Anomalies de régression

Petites anomalies

Anomalies pariétales

Malformations majeures

Célosomies

supérieures

moyennes

inférieures

Prune Belly

Célosomies

Supérieures

ectopia cordis, formes mineures

Moyennes

omphalocèle, laparoschisis

Inférieures

exstrophie vésicale

Étendues

supérieure + moyenne (pentalogie de Cantrell)

moyenne + inférieure (omphalocèle + exstrophie vésicale ou cloacale)

Célosomies supérieures

Ectopia cordis

Formes mineures

Ectopia cordis

Clinique

Ouverture du péricarde, sternum et peau
Cœur extériorisé
Cardiopathie+++

Accessible au diagnostic prénatal

Non viable

Célosomies supérieures

Formes mineures

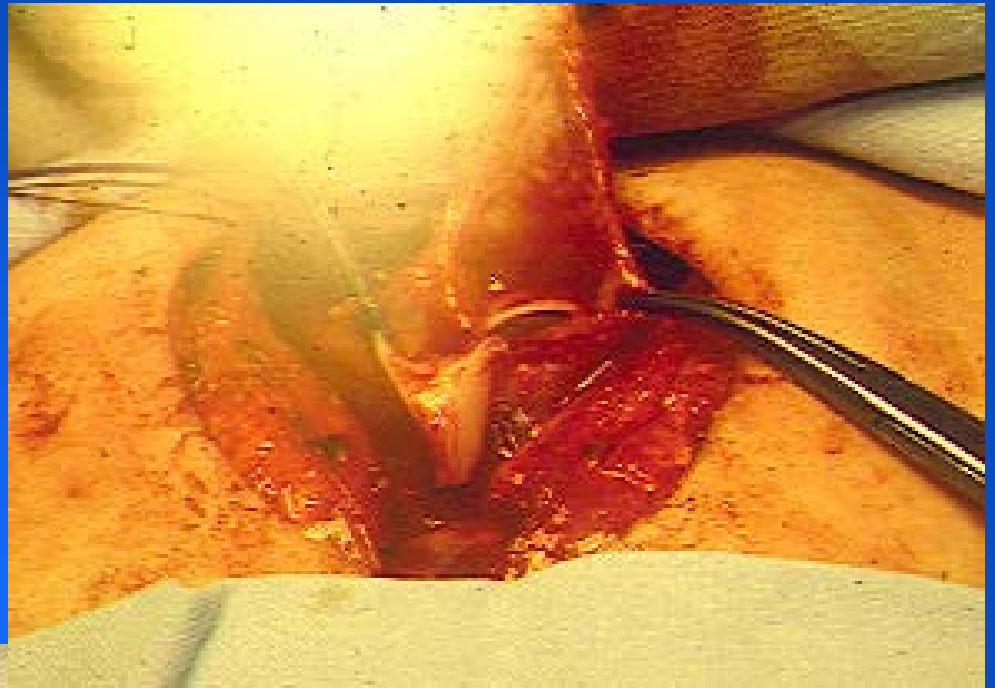
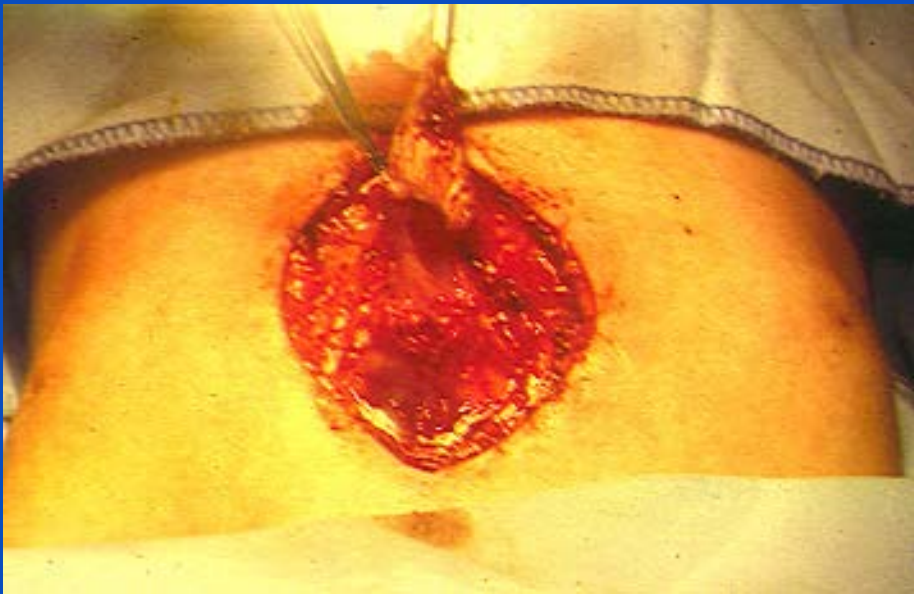
Bifidité sternale

pas de traitement le plus souvent

Bifidité sternale + aplasie pariétale

chirurgie précoce





Célosomies

Supérieures

ectopia cordis, formes mineures

Moyennes

omphalocèle, laparoschisis

Inférieures

exstrophie vésicale

Étendues

supérieure + moyenne (pentalogie de Cantrell)

moyenne + inférieure (omphalocèle + exstrophie vésicale ou cloacale)

Malformations majeures

Anomalies musculaires

Prune Belly

Serait secondaire à une uropathie obstructive avec méga vessie

Malformations mineures de la paroi abdominale

Anomalies de régression

Canal omphalo méésentérique, meckel

Fistules, kystes, diverticules ouraquiens

Petites anomalies

Hernie ombilicale

Bourgeons et kystes ombilicaux

Fistulettes ombilicales

Anomalies pariétales

hernie de la ligne blanche

diastasis des droits

Hernie ombilicale

Hernie au travers de l'anneau ombilical

- Fréquente chez le prématuré (80% si PN inf. à 1500g)
- Fréquente chez les enfants de race noire
- Etranglement exceptionnel

Guérison habituelle

- Jusqu'à l'âge de 3-4 ans
- Retardée chez l'enfant noir

indication chirurgicale

- Très gros volume
- Enfant âgé
- Hernie associée à H I ou autre



Hernie ombilicale



Technique opératoire

- **INCISION :**
 - Hémi circulaire
 - Sus-ombilicale
- **CURE DE HERNIE :**
 - Passer autour de la hernie
 - Sectionner la hernie(aponévrose + sac)
 - Fermer l'aponévrose
 - Réséquer la portion ombilicale du sac
 - Fixer l'ombilic au plan profond
 - Fermer en surjet



Bougeons et kystes ombilicaux

Très fréquents

Vérifier s'il est associé à un pertuis

Traiter médicalement en premier

Savoir patienter

Opérer sous anesthésie générale





Hétérotopies digestives souvent



Kyste dermoïde parfois

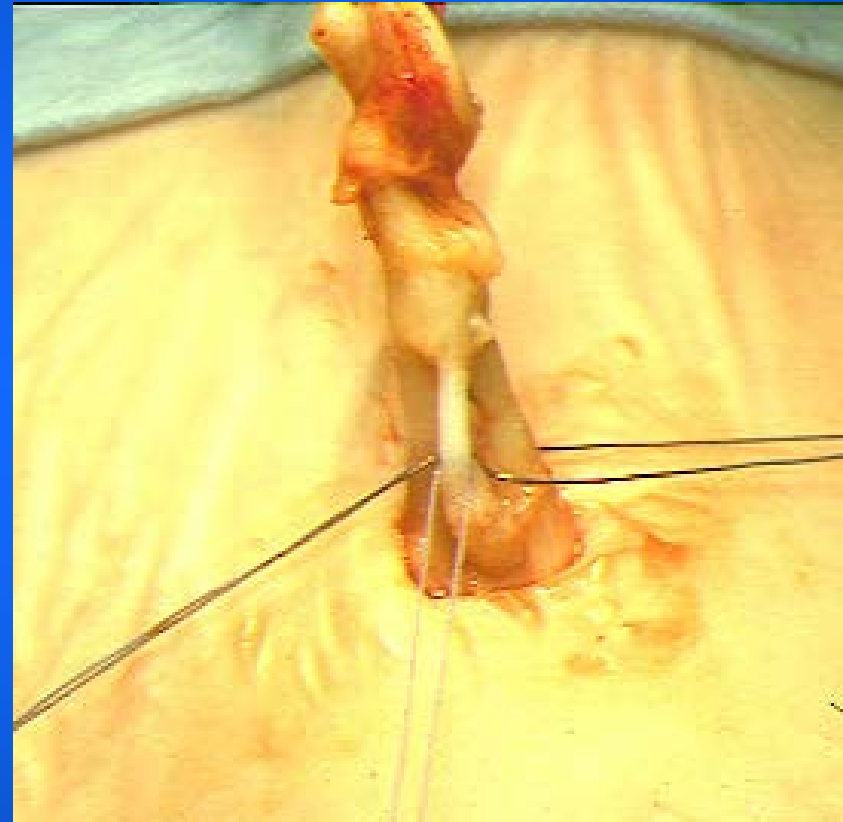
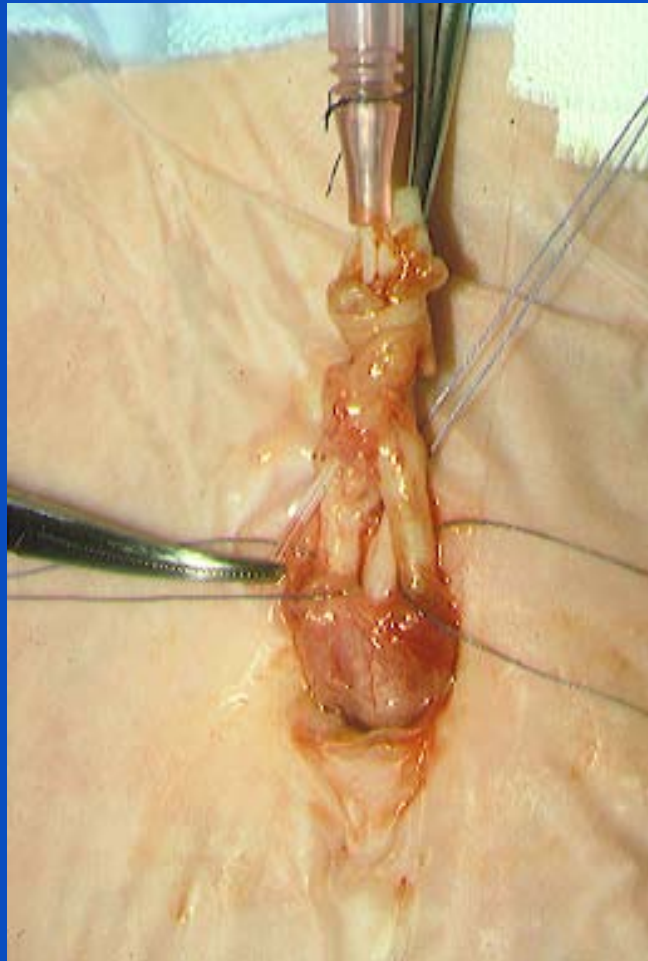
« Fistulettes »

Fistulographie peu contributive

Echo peu contributive

Les enlever en recherchant des prolongements

L'histologie tranche



Artère ombilicale surinfectée!!!

Hernie de la ligne blanche

Clinique

Petit orifice entre xyphoïde et ombilic

Petite voussure expansive à la toux

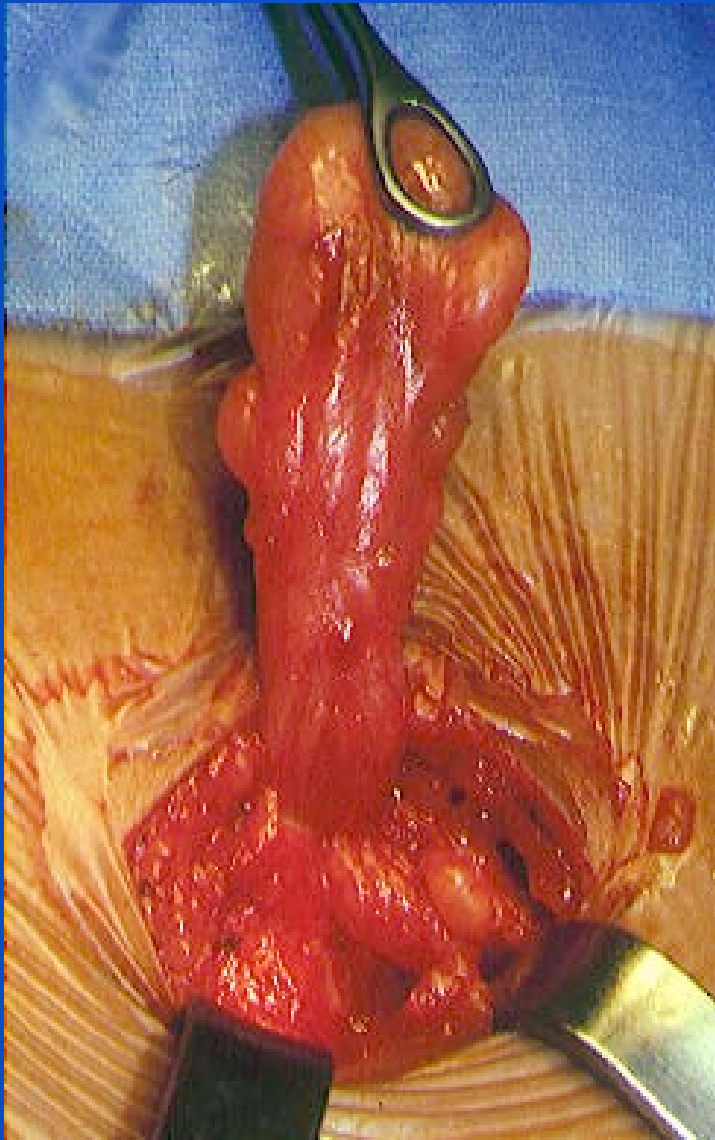
Douloureuse si étranglement de la graisse
préperitonéale -> petite boule dure

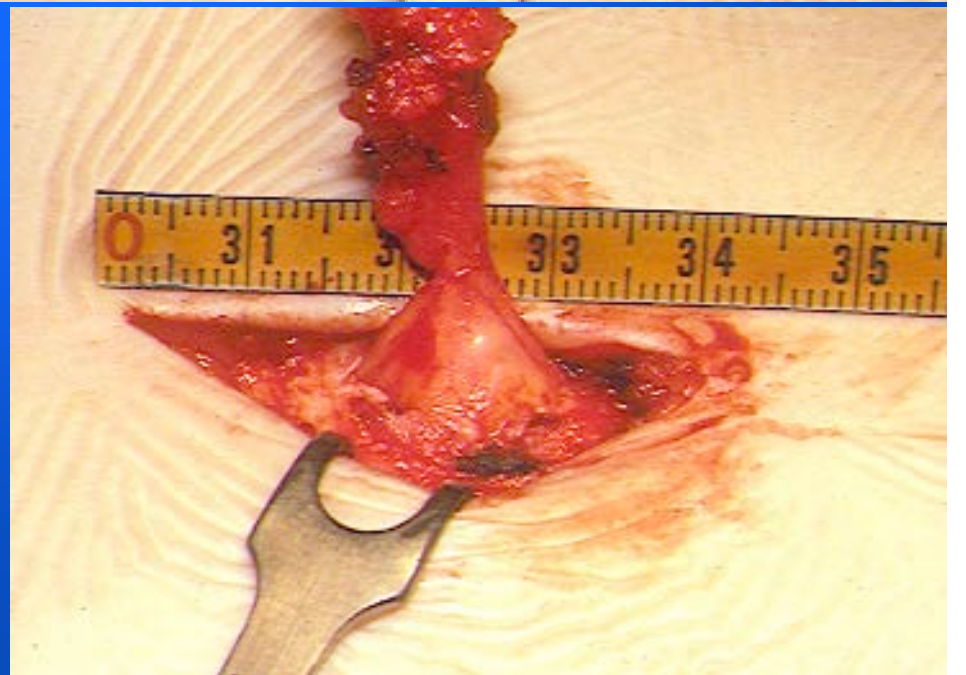
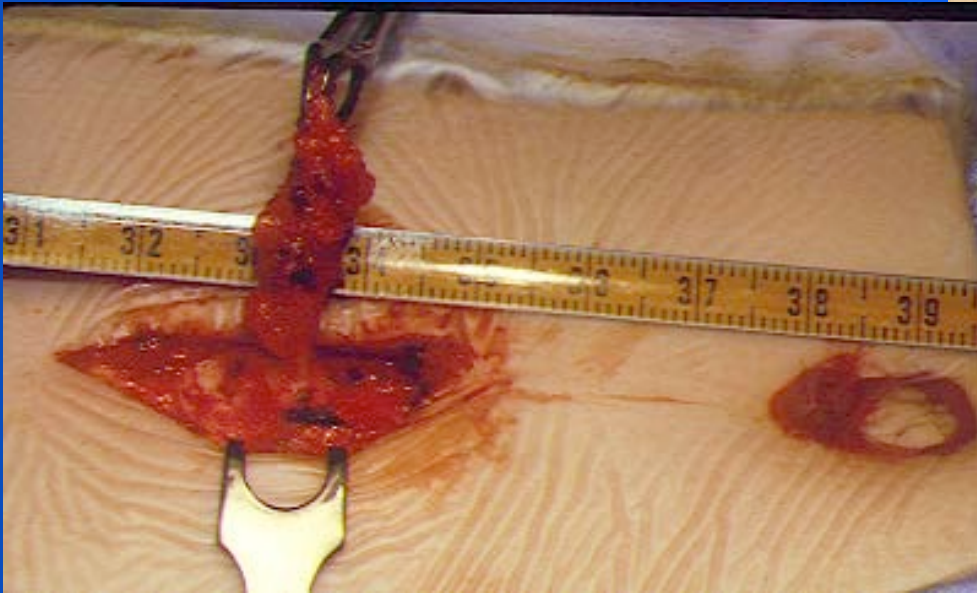
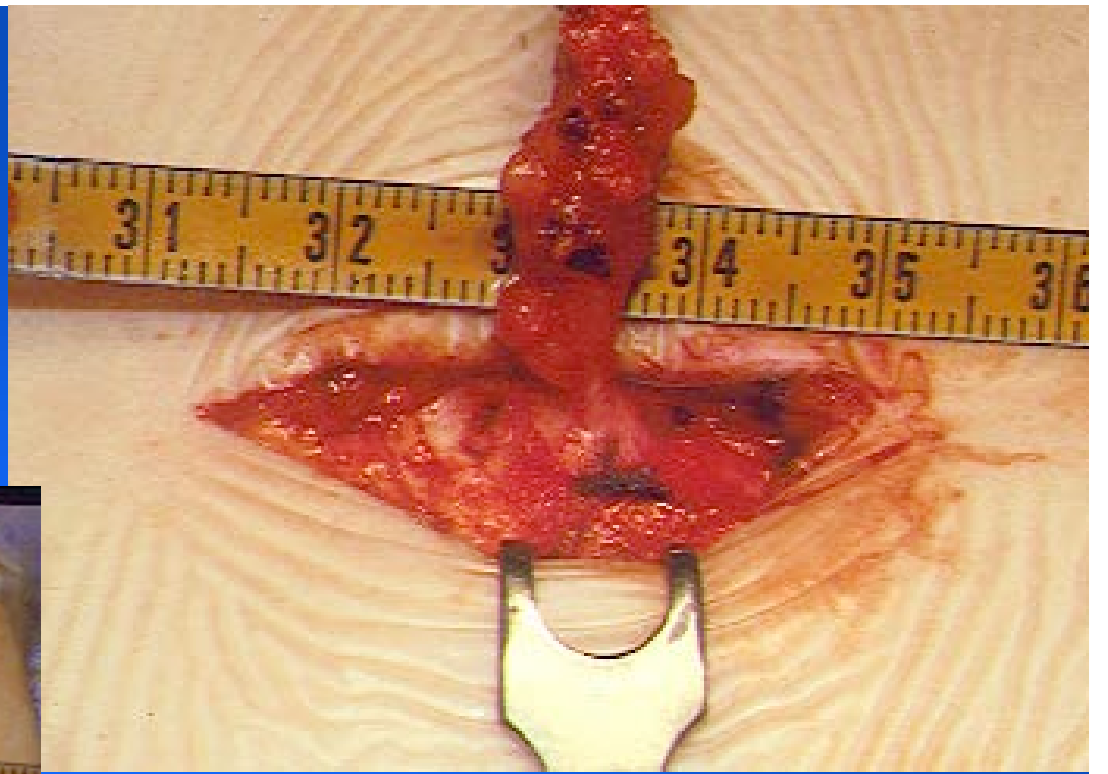
Chirurgie

Repérer au feutre en pré anesthésie la hernie++

Sectionner la graisse

Fermer l'orifice





Diastasis des droits

Clinique

Très fréquent

Inquiète les parents

Voussure médiane sus ombilicale à l'effort

Pas de hernie associée

Evolution

Disparaît spontanément après la marche

Rarement opéré si persiste (pb esthétique)

