

FACE A UNE ANOMALIE CONGENITALE DE LA PAROI ABDOMINALE ANTERIEURE : QUEL EST LE ROLE DU CHIRURGIEN DANS LE CADRE DU CENTRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL ?

D Forgues, E Sabatier-Laval, S Planes, M Lopez, MP Guibal, H Allal, RB Galifer.
Service de Chirurgie Viscérale Pédiatrique - CHU Lapeyronie - Montpellier

Les anomalies de la paroi abdominale antérieure (1/10 000 naissances pour le laparoschisis et 1/5000 pour l'omphalocèle) sont des malformations congénitales dont la prise en charge passe forcément par le traitement chirurgical.

Le diagnostic anténatal est la plupart du temps fait systématiquement par les échographies fœtales. Le chirurgien pédiatre va donc être mis à contribution dès le diagnostic fœtal, en collaboration avec les échographistes, les obstétriciens, les néonatalogues, les généticiens et autres intervenants.

Le **laparoschisis** se manifeste par un défaut latéro ombilical droit par lequel s'extériorise une partie du contenu abdominal ; il s'agit d'une éviscération non couverte. **Il y a peu de malformations associées (moins de 10 %).**

L'**omphalocèle** consiste en un défaut pariétal de tous les plans de la paroi abdominale au niveau de l'ombilic : l'éviscération est couverte par l'amnios.

Cette pathologie s'associe dans plus de la moitié des cas à d'autres malformations (cardiaques, génito-urinaires, faciales, neurologiques, des extrémités...) ; elle peut également rentrer dans le cadre d'un syndrome (Beckwith Wiedemann, OEIS – omphalocèle, extrophie de vessie, imperforation anale, malformation sacrée, Cantrell, syndrome du cordon ombilical court...) ou bien être associées à des malformations chromosomiques, entre autres les trisomies 13 et 18.

Staff multidisciplinaire anténatal

Au cours de cette réunion hebdomadaire le chirurgien pédiatre va prendre connaissance du dossier. Les antécédents, l'histoire de la grossesse, les images échographiques sont exposées. L'ensemble des participants va se mettre d'accord sur la fréquence des échographies de surveillance, la prescription d'éventuels examens supplémentaires (IRM), la réalisation ou non d'un caryotype.

Le mode d'accouchement (césarienne, voie basse) ainsi que le lieu (hôpital ou clinique d'origine ou CHU de Montpellier) doivent également être discutés.

Consultation chirurgicale anténatale *Les parents sont vus en consultation par un chirurgien ainsi que par une puéricultrice du service.*

La pathologie de l'enfant à naître est expliquée dans les grandes lignes, ainsi

La participation des puéricultrices a pour but d'améliorer la qualité de l'accompagnement des familles dont l'enfant est porteur de malformation.

L'équipe paramédicale est en possession :

- *Des informations données à la famille en consultation anténatale.*
- *Du parcours probable de l'enfant à la naissance.*
- *Des problèmes soulevés par la famille en consultation*

L'équipe paramédicale donne les informations à la famille :

- *Les parents ont connaissance du déroulement de l'hospitalisation, de la vie quotidienne de leur bébé dans le service, peuvent visualiser les lieux.*
- *Les parents peuvent rester en contact avec l'équipe s'ils le désirent.*

Les parents savent qu'il existe un lien entre les équipes des services concernés par l'hospitalisation de l'enfant (réanimation, soins intensifs, chirurgie)

que le traitement chirurgical. Les parents doivent être informés des limites de l'échographie anténatale qui, bien que de plus en plus performante ne permet pas de diagnostiquer toutes les « petites » anomalies.

Ces enfants étant hospitalisés dans un premier temps en réanimation, **les parents consultent également un néonatalogue** qui donnera les renseignements concernant la prise en charge réanimatoire.

Le pronostic est certainement le sujet le plus délicat à aborder. Par exemple dans le cas d'un laparoschisis les difficultés de réalimentation sont pratiquement constantes et peuvent se manifester sur une période pouvant aller de quelques jours à quelques mois. La question de la durée d'hospitalisation doit être abordée par le chirurgien. La famille sera assurée du soutien de toute l'équipe soignante. L'allaitement maternel est toujours recommandé, en particulier pour le laparoschisis puisqu'il diminuerait de manière significative le taux d'entérocolite ulcéronécrosante, qui est une complication grave du laparoschisis.

À l'issue de la consultation, une lettre résumant l'entretien est adressée aux parents, au staff anténatal d'obsté-

trique et aux différents médecins de la patiente.

Staff anténatal chirurgical

Cette réunion hebdomadaire s'adresse aux chirurgiens, à l'équipe des puéricultrices de notre service, y sont également présenté. Elle permet de mettre à jour les données des enfants à naître et de mettre au courant l'ensemble des intervenants du service de chirurgie viscérale pédiatrique. Ces réunions servent également à suivre la prise en charge postnatale et le devenir de ces enfants.

Les dossiers présentés au centre de diagnostic anténatal du CHU de Nîmes bénéficient d'une consultation chirurgicale pédiatrique sur place. Lorsque une prise en charge chirurgicale néonatale avec séjour en réanimation est nécessaire, le dossier est présenté à l'équipe montpel-

liéraine et l'accouchement est organisé au CHU de Montpellier.

Prise en charge néonatale et retour d'information

À la naissance, le chirurgien de garde est prévenu. L'enfant porteur de laparoschisis, après un court passage en réanimation, va être opéré. La prise en charge post-opératoire est assurée par les services de réanimation puis de chirurgie viscérale pédiatrique. Le degré d'urgence d'intervention pour l'enfant porteur d'omphalocèle est moindre.

Les chirurgiens pédiatres assurent un retour d'information auprès des autres membres du centre de diagnostic anténatal en donnant des nouvelles des enfants opérés en chirurgie viscérale pédiatrique.

Le chirurgien doit être fortement impliqué dans la prise en charge des enfants avec malformations de la paroi abdominale antérieure, dès le diagnostic anténatal. Les échanges d'information entre les différents intervenants permettent une prise en charge optimale pour la mère et l'enfant à naître. ■