

Exemple d'examen appliqué – CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

Cas 1 : Gastro-intestinal

Un garçon de 6 ans atteint de quadriplégie spasmodique, d'un retard global de développement et d'un trouble convulsif est adressé pour l'évaluation de son admissibilité à la mise en place d'une sonde d'alimentation par voie nasale ou non orale.

Question 1

Quelles questions poseriez-vous aux parents pour que vous puissiez décider ce qui est acceptable et indiqué avant de leur présenter vos options?

RÉPONSE MODÈLE

- Questions sur les techniques d'alimentation (actuelles ou utilisées dans le passé) – qu'est-ce qui ne va pas avec le mode d'alimentation actuel; est-ce que le patient aime manger, combien de temps dure chaque séance d'alimentation; à quelle fréquence s'étouffe-t-il; est-ce que la situation va en s'empirant; est-ce que cette situation nuit aux soins généraux qu'il reçoit et à sa famille.
- Questions sur l'alimentation et les voies digestives hautes liées à son poids, son IMC; gain ou perte de poids; plaies de pression; vomissements; haut-le-cœur; pneumonie; douleur à l'alimentation ou en s'étendant après avoir mangé; état de mort apparente.
- Questions sur la santé en général – est-ce que l'état neurologique se détériore; est-il apte à subir une chirurgie; a-t-il déjà eu une chirurgie abdominale; autres facteurs de complication importants (p. ex. acide valproïque, etc.)
- Questions sur les autres traitements ou examens jusqu'à présent : alimentation naso-gastrique, consultation en diététique, consultation en ergothérapie, examens radiologiques, etc.

Question 2

Une fois la discussion terminée, vous croyez qu'une sonde pour une autre voie d'alimentation est une option appropriée. Expliquez les différentes voies d'administration des sondes d'alimentation, les méthodes utilisées pour les mettre en place et les types de sondes. Nommez des éléments en faveur et d'autres contre.

RÉPONSE MODÈLE

- Voies d'alimentation – gastrostomie, jéjunostomie, jéjunostomie par voie transgastrique.
- Méthodologie – ouverte, endoscopie percutanée, laparoscopie ou radiologie interventionnelle.
- Types de sonde – bout en forme de champignon; bouton en ballonnet; niveau de la peau; modèle plus long, avec valve, sans valve.
- Éléments à considérer dans le choix de la sonde – alimentation continue ou par bolus, reflux, facilité de mise en place, facilité de tomber, coûts, etc.



Question 3

La mère veut savoir comment une gastrostomie affectera les activités de la vie quotidienne et les repas de son fils, activités que son fils aime beaucoup. Elle veut savoir à quels problèmes récurrents elle peut s'attendre et ce qu'elle peut faire pour les régler. Que lui direz-vous?

RÉPONSE MODÈLE

- Activités de la vie quotidienne – elles ne devraient pas être affectées par la mise en place d'une sonde gastrique; une sonde de jéjunostomie, nécessitant une alimentation continue, aura plus de conséquences. La sonde ne devrait pas l'empêcher de manger autant qu'il le veut, il devrait seulement avoir moins de pression (p.ex. la sonde pour l'alimentation, la bouche pour le plaisir). Il peut nager, se mettre sur le ventre, être turbulent, etc.
- Complications – fuite; granulation; saignement; infection; obstruction; enfouissement de la collerette interne; migration avec obstruction du pylore; chasse; vomissements.
- Adaptation – besoin de formation et d'éducation.

Cas 2 : Masse inguinale

Un enfant de 2 mois est amené à l'urgence parce qu'il est irritable et qu'il a peu d'appétit. Le pédiatre de l'urgence remarque une masse dans la région inguinale droite. La masse touche la paroi abdominale; sous la masse et séparé d'elle, le testicule est palpable; la région est douloureuse et l'abdomen est distendu. L'enfant est déshydraté et montre une légère léthargie. On amorce une perfusion de solution saline en bolus, et l'enfant recommence à réagir normalement. On vous consulte et votre examen physique initial confirme les résultats décrits plus tôt. Vous tentez de réduire l'enflure inguinale, sans succès.

Question 1

Comment procéderiez-vous?

RÉPONSE MODÈLE

(Si le candidat demande les résultats des examens d'imagerie, lui répondre qu'il n'y a pas eu d'échographie. Une radiographie simple suggère une obstruction intestinale.)

(Si le candidat suggère la sédation : le laisser continuer [il doit toutefois mentionner la surveillance cardiovasculaire, mais la procédure ne fonctionne pas]. Lui répéter alors la question : « Comment procéderiez-vous? »)

- Diagnostic probable de hernie inguinale irréductible. Le patient doit être envoyé en salle d'opération.
- Il faut obtenir le consentement approprié (et mentionner la possibilité que le testicule soit touché), assurer la stabilité hémodynamique et suggérer une antibiothérapie préopératoire.



Question 2

Si l'intervention chirurgicale est nécessaire, comment procéderiez-vous?

RÉPONSE MODÈLE

- Tenter de réduire la hernie sous anesthésie générale; si c'est impossible, procéder à la préparation et à l'installation des champs opératoires et adopter l'approche inguinale habituelle : incision oblique externe et nouvelle tentative de réduction.

(L'examineur ajoute : la hernie ne peut pas être réduite, et on peut voir l'intestin d'apparence noire dans le canal de la hernie, avec un peu de liquide sanglant. Que faire ensuite?)

- Ouvrir l'abdomen, soit par une nouvelle incision, soit en prolongeant l'incision inguinale vers le haut.

Question 3

(L'examineur montre l'illustration au candidat.)

Que voyez-vous et qu'est-ce que cela signifie ?

RÉPONSE MODÈLE

- Ce que le candidat voit : sections délimitées de l'intestin : bleu-noir ou viable.

(Si le candidat le demande : aucun poulx dans la section bleu-noir, pas de détection à l'échographie Doppler ni au test à la fluorescéine.)

- Ce que cela signifie : intestin nécrosé, résection nécessaire.

Question 4

Que feriez-vous ?

RÉPONSE MODÈLE

- Résection, anastomose primaire (peut aussi répondre stomie).

(Si le candidat s'interroge à propos de la stabilité, **lui répondre** que l'état du bébé est complètement stable tout au long de la procédure).

Question 5

Quels sujets aborderiez-vous avec les parents une fois l'intervention chirurgicale terminée ?

RÉPONSE MODÈLE

- Risque de fuite anastomotique légèrement plus élevé, risque d'atrophie du testicule, risque de développer une hernie controlatérale plus tard.



Cas 3 : Traumatisme à la rate

Un garçon de 12 ans est amené à l'urgence de l'hôpital pour enfants après avoir été heurté par une voiture. Il portait un casque. Il n'a pas perdu connaissance, mais il présentait une tachycardie notable et une faible perfusion périphérique lors de son arrivée. Après l'administration de 40 cc/kg de cristalloïde, sa fréquence cardiaque s'est normalisée et la perfusion s'est améliorée. Un examen secondaire montre un quadrant supérieur gauche sensible.

Le patient est toujours alerte et parle; ses signes vitaux sont stables. On l'amène pour une tomodensitométrie abdominale/pelvienne.

Question 1

(L'examineur montre l'illustration au candidat.)

Interprétez la tomodensitométrie.

RÉPONSE MODÈLE

- Lésion à la rate
- Liquide libre
- Extravasation du produit de contraste

Question 2

Discutez de l'extravasation de la substance de contraste observée et de ses conséquences pour le traitement.

RÉPONSE MODÈLE

- L'extravasation de la substance de contraste a tendance à se produire en présence de lésions importantes de la rate.
- Elle constitue un marqueur de plus faible probabilité de succès de la prise en charge non chirurgicale.
- Toutefois, en l'absence d'instabilité hémodynamique, ce n'est pas comme telle une indication de chirurgie de la rate.
- Le patient devrait être admis à l'unité pédiatrique des soins intensifs pour une observation étroite pendant les premières 24 à 48 heures.

Question 3

On effectue une tomodensitométrie avant de donner le congé.

(L'examineur montre l'illustration au candidat.)

Que voit-on ?

RÉPONSE MODÈLE

- Pseudo-anévrisme de l'artère splénique



Question 4

Discutez des conséquences de cette trouvaille et des options de traitement.

RÉPONSE MODÈLE

Conséquences :

- Signe prédisant un risque plus élevé de rupture ultérieure.
- Il n'existe pas de lignes directrices définies pour le traitement.
- On doit envisager une chirurgie pour ceux qui ont des douleurs symptomatiques persistantes ou une instabilité persistante, ou ceux qui ont besoin de transfusions. La majorité des patients peuvent être traités de manière sécuritaire en étant en observation et en subissant une imagerie de suivi (échographie), parce qu'ils feront probablement une thrombose spontanée.

Options de traitement :

- Laparotomie, splénectomie/splénectomie
- Observation
- Embolisation de l'artère splénique

Question 5

Dans le cas où vous devriez effectuer une splénectomie, que direz-vous aux parents lorsqu'ils demanderont ce que cela signifie de ne plus avoir de rate?

RÉPONSE MODÈLE

- Risque de Syndrome septique post-splénectomie (OPSI) (1 %).
- Besoin d'être vacciné contre les micro-organismes encapsulés (haemophilus influenza, meningococcus, pneumococcus).
- Besoin d'un régime antibiotique en prophylaxie.