

GACYK BUGAJSKA ALEKSAND A perles ULB HOPITAL ERAS  
60926FG02 Kretztechnik V73

GACYK BUGAJSKA ALEKSANDRA -AB 4-8L/08 MI 1.2 09-oct.-2008 9:28  
N°dem. 3084494901 Desc. examen : MF ECHO GB

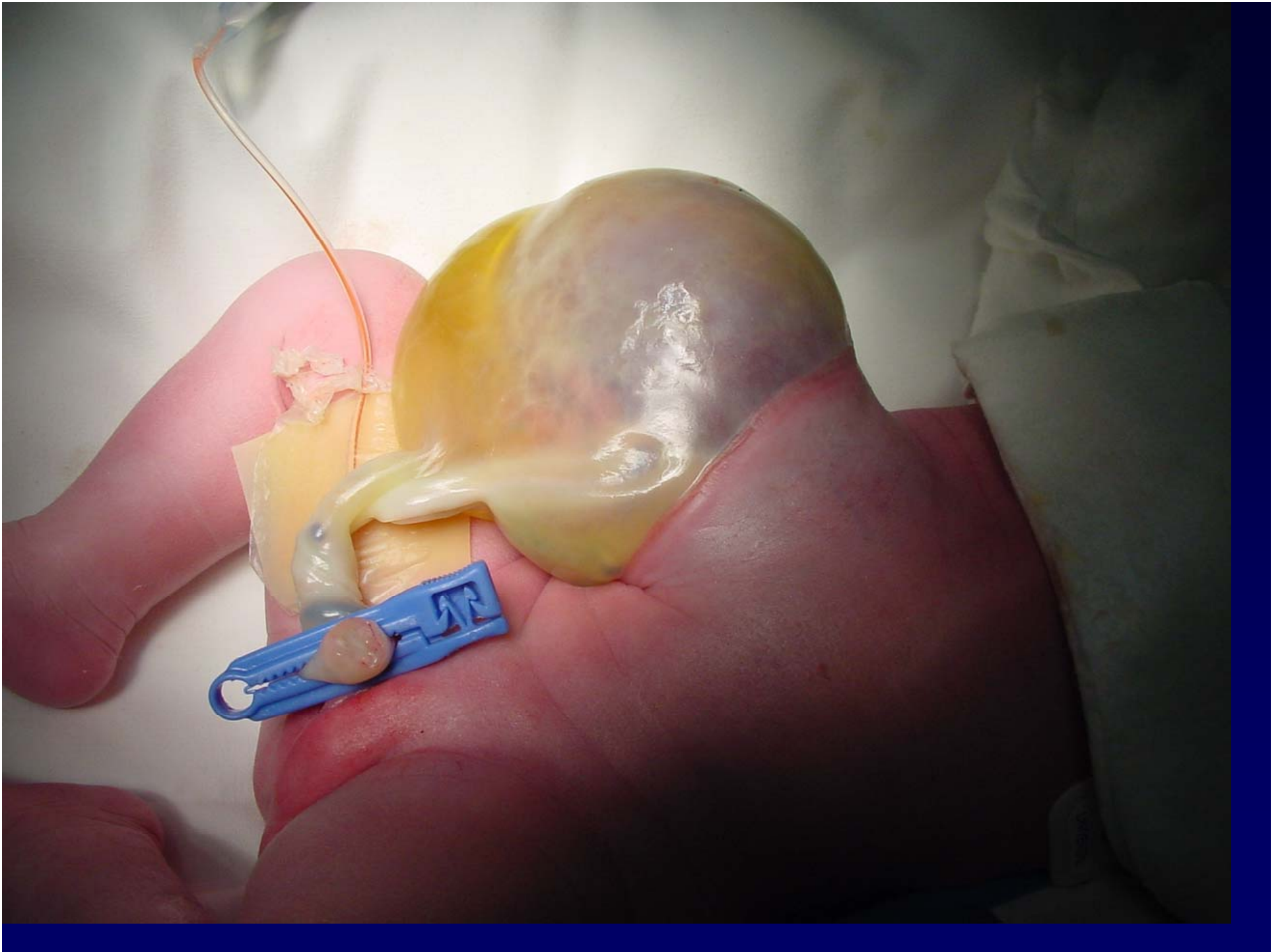


GACYK BUGAJSKA ALEKSAND A perles ULB HOPITAL ERASM  
F,760926FG02 Kretztechnik V73

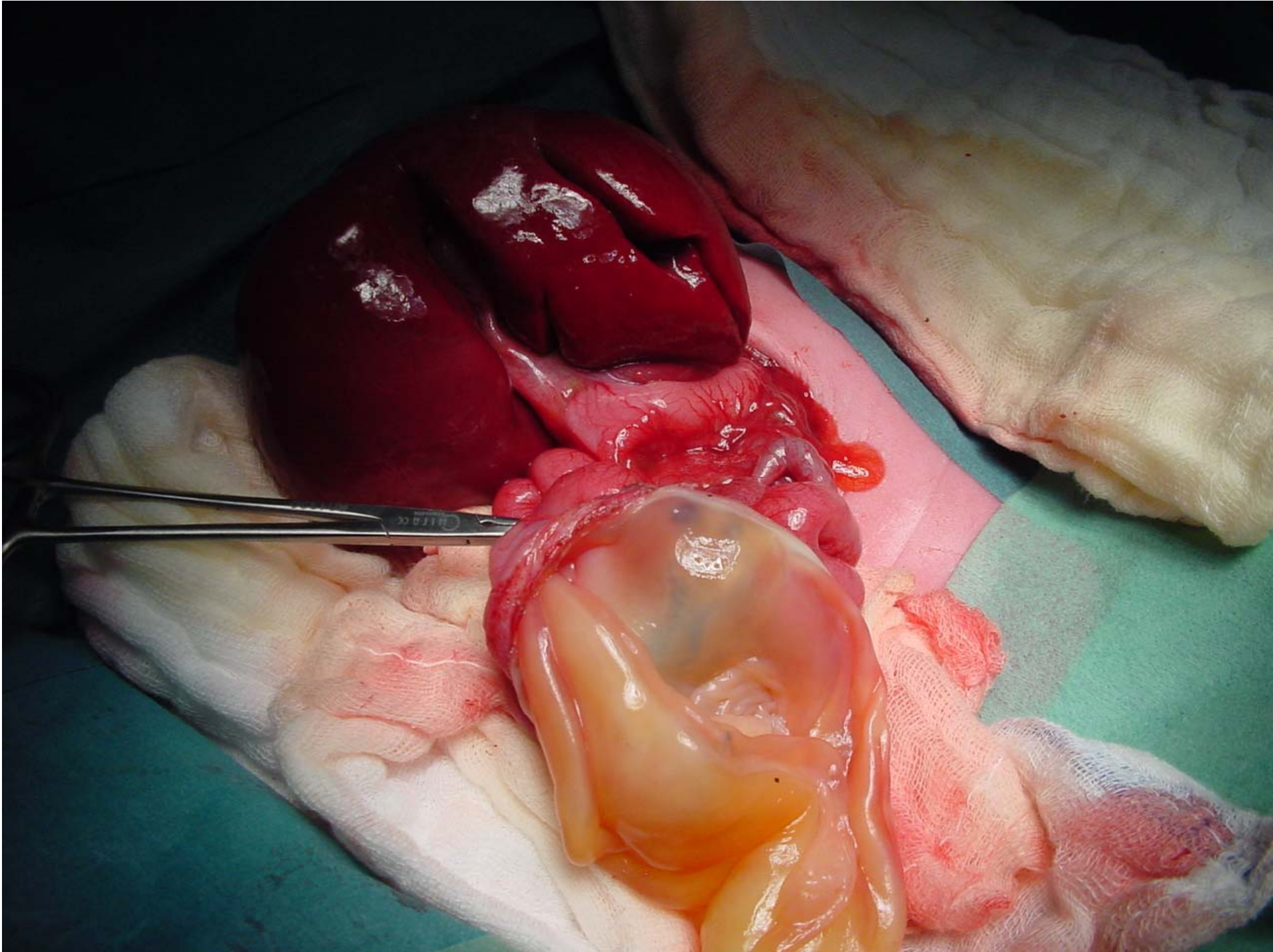
1-118 GACYK BUGAJSKA ALEKSANDRA -AB 4-8L/08 MI 1.2 09-oct.-2008 9:28  
N°dem. 3084494901 Desc. examen : MF ECHO GB2









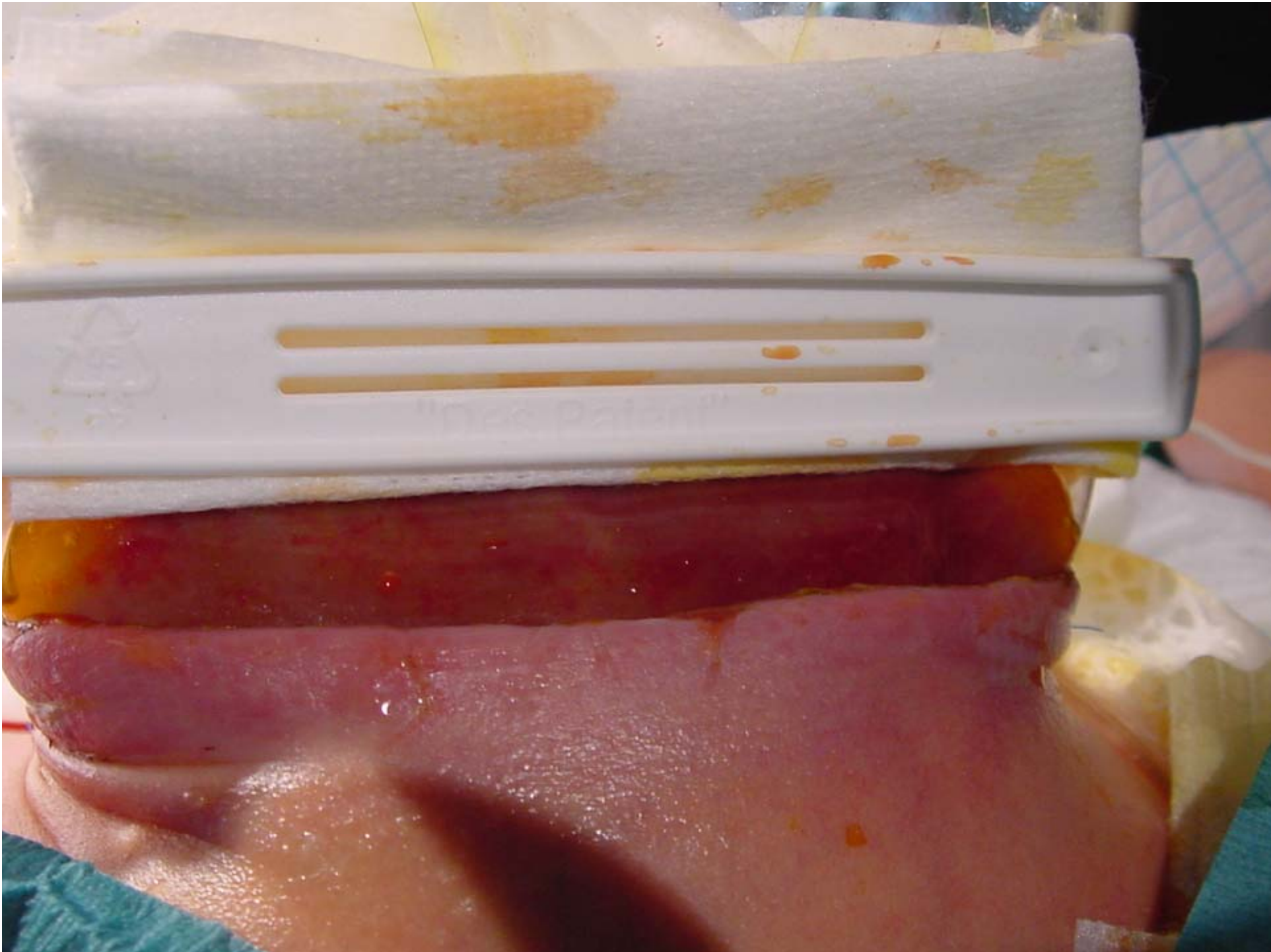


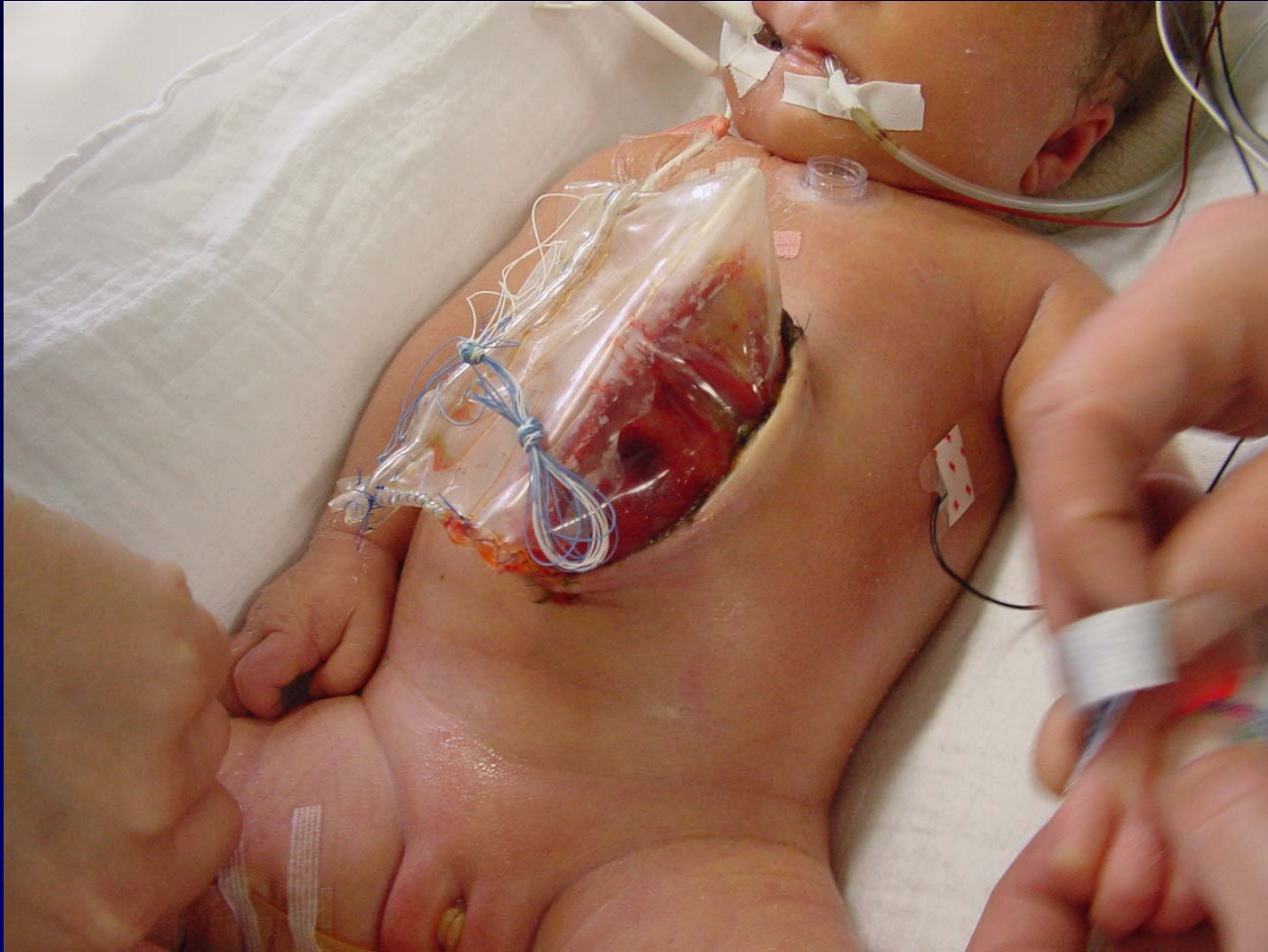


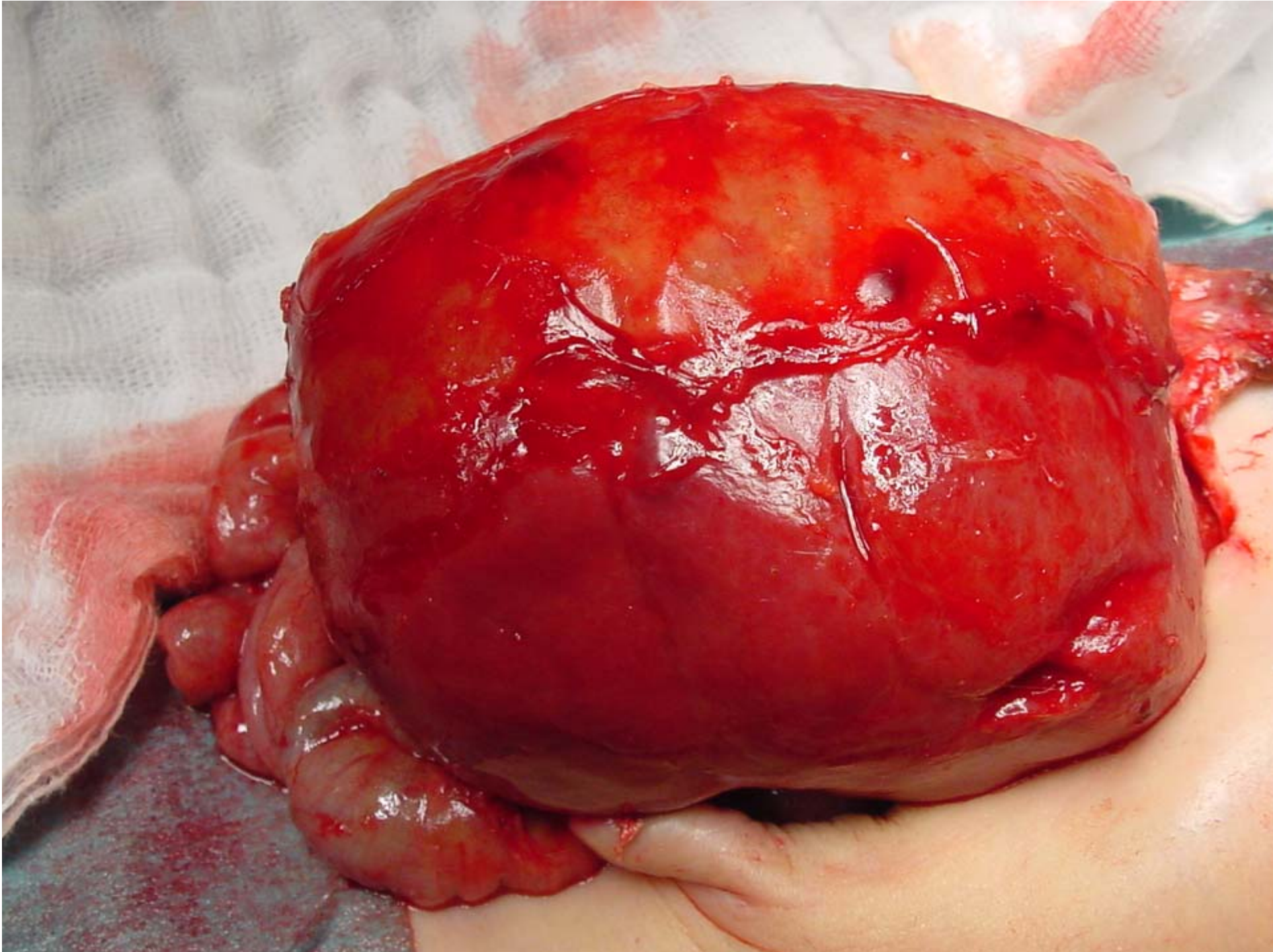


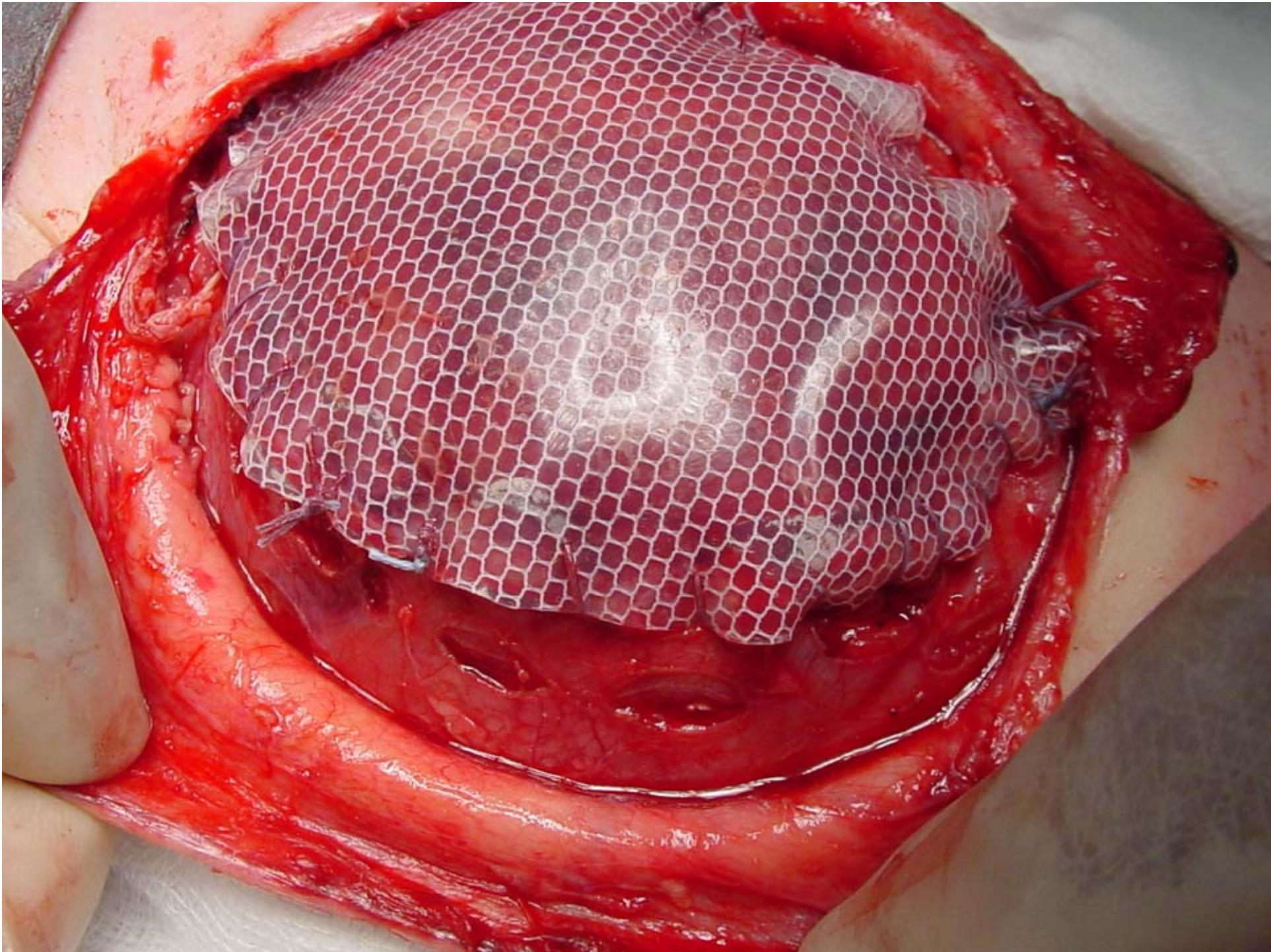














# Tératome sacro-coccygien

## Définition

Tumeur germinale extra-gonadique, issue d'une migration anormale des cellules germinales primordiales (cellules totipotentes) de la couche endodermique du sac vitellin vers la partie dorsale de l'embryon (crêtes génitales)

Fréquence: 8/ 1.000.000 NN

La plus fréquente des tumeurs néonatales

DAN 2/3 des cas entre 22-27SAG

Prépondérance féminine

Sexe ratio 4,2 / 1

Localisation

La plus fréquente

Sacro- coccygienne

Autres

Tête et cou, rétro péritonéal, médiastinal,  
Cerveau, moelle épinière, foie, estomac,

## Classification de Altmann

I: masse externe

II: masse externe avec composante interne

III: masse interne visible en externe

IV: masse interne

Diagnostic tardif entre 6 mois - 1 an

---

# Tératome sacro-coccygien

DAN → Mortalité périnatale : 30%

Tumeur hypervascularisée (FAV)

Anasarque foeto-placentaire

Toxémie gravidique

Autres facteurs

Volume tumoral, composition (solide, kystique, mixte),

Vascularisation, extension intra-canaulaire, vitesse de croissance,

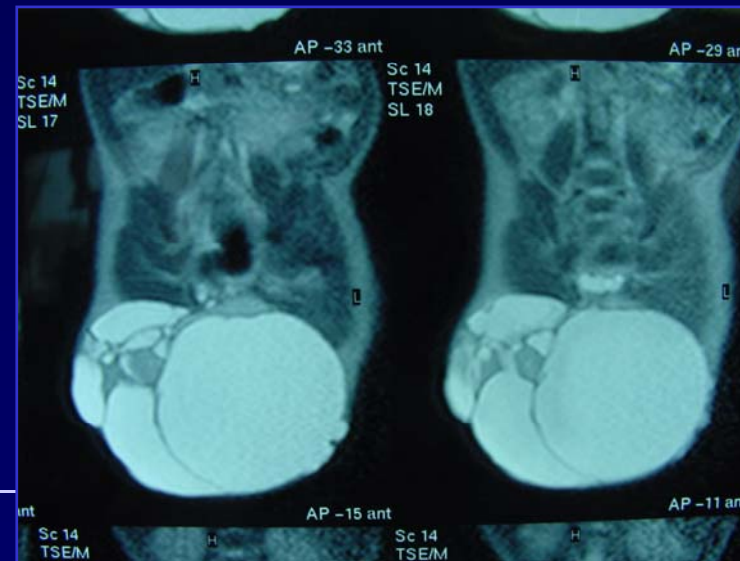
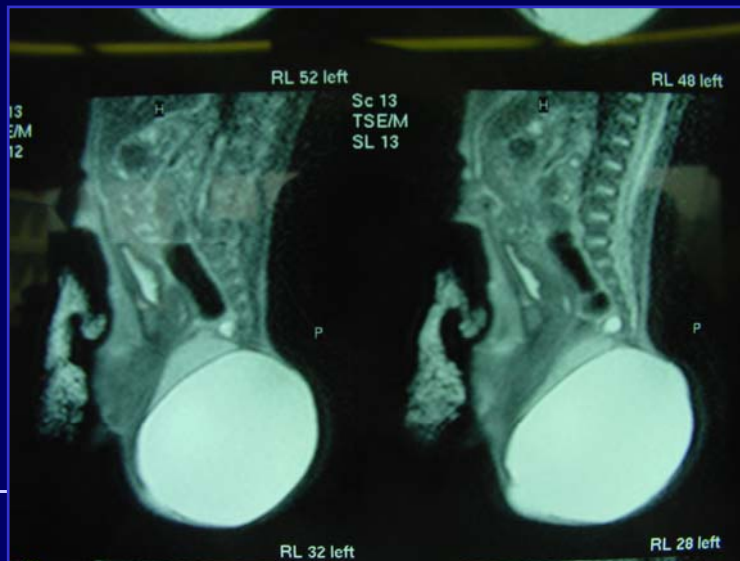
Oligoamnios (syndrome de Potter), hydramnios, âge de découverte (<30 SAG)

Classification proposée:

A: <10 cm, peu ou pas vascularisé, croissance lente

B: >10 cm, très vascularisée, croissance rapide (mortalité 25%)

C: >10 cm, peu ou pas vascularisé, kystique



## Tératome sacro-coccygien

**TSC**                    **Composé de tissus dérivant des 3 feuillets embryonnaires**  
**Disposés dans une grande confusion**  
**Différents stades de différenciation**

<b>Formes</b>	<b>Bénins</b>	<b>Entièrement matures</b>	
	<b>Immature</b>	<b>Plus souvent tissu neural</b>	<b>Potentiel évolutif ?</b>
	<b>Malins</b>	<b>Composant vitellin</b>	

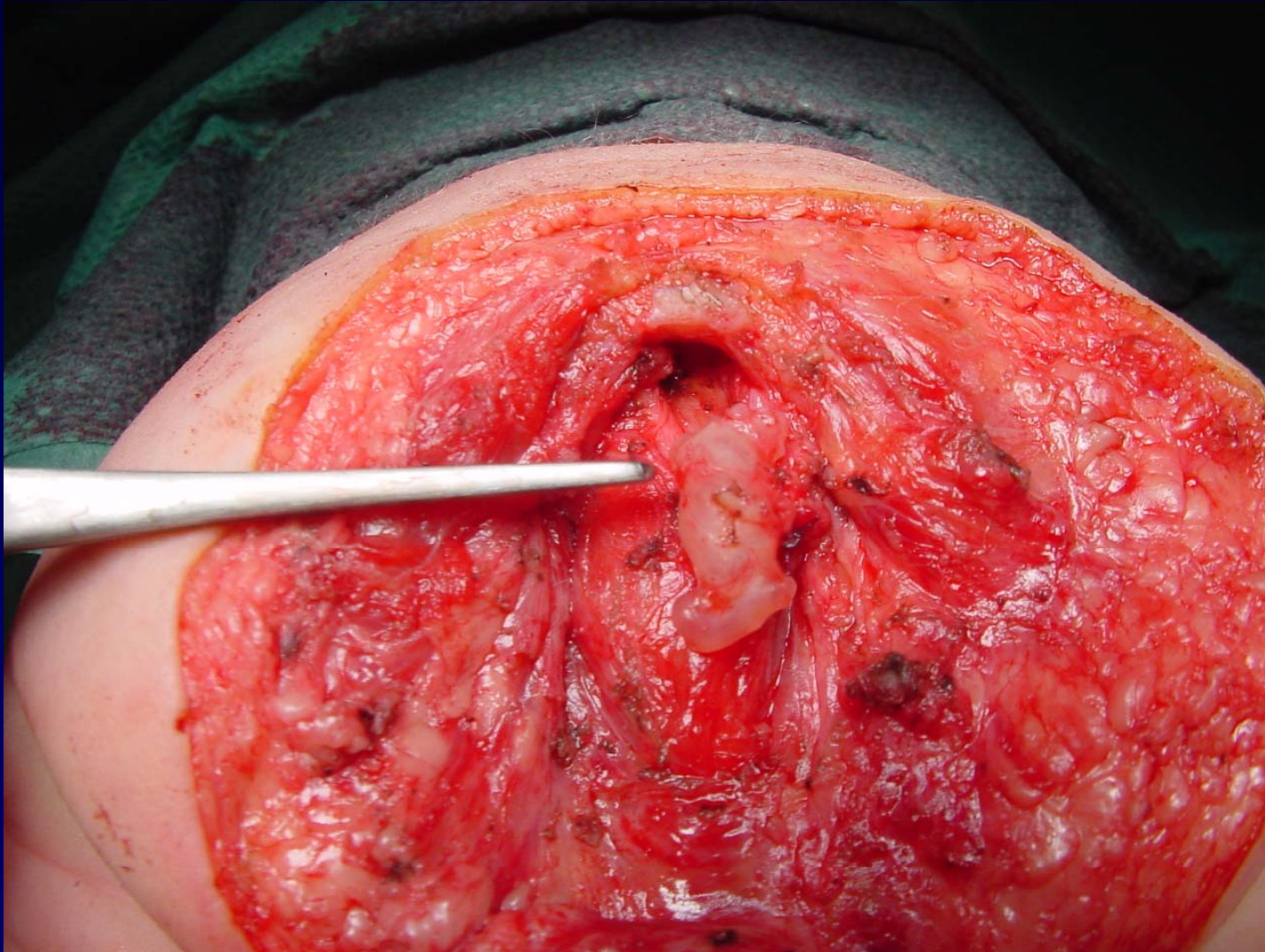
**Peuvent co-exister =>Pronostic difficile      Diversité histologique et volume tumoral**

**A la naissance : 90% bénins      Maturation et involution peuvent survenir**  
**Risque de malignité => concerne principalement les formes endo-pelviennes**



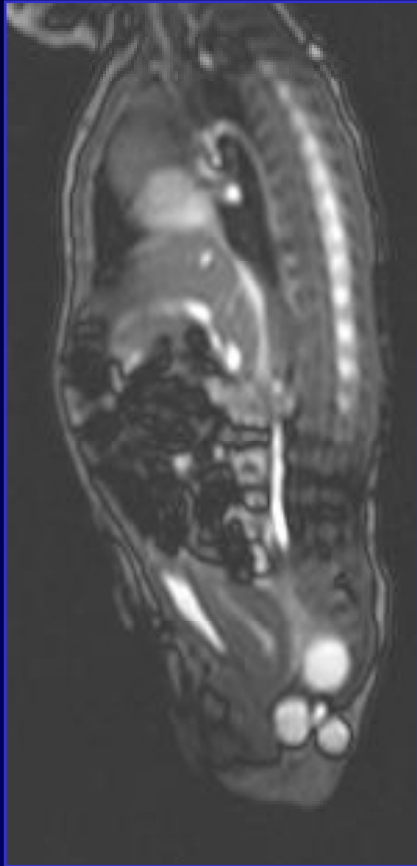


## Traitement chirurgical



# Tératome sacro-coccygien

## Résultats



## Séquelles esthétiques Troubles de la continence

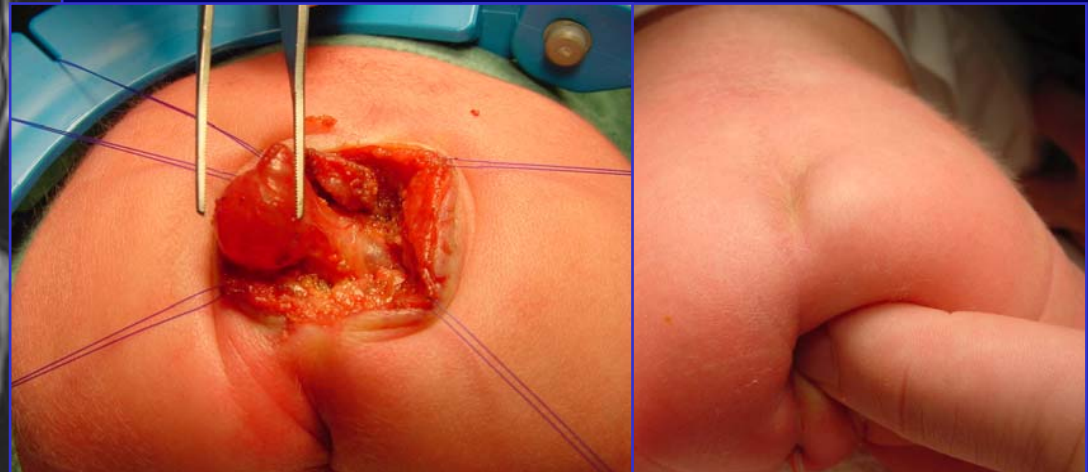
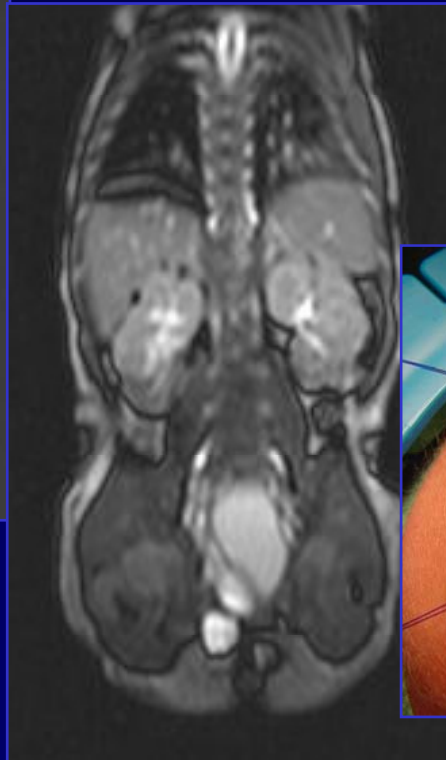
Digestive

Urinaire

vessie neurologique

20 à 40% des cas cliniquement

50 à 80% des cas manométriquement



## Tératome sacro-coccygien

Résultats

Long terme

Risque récurrence 5 - 22%

Absence de résection sacro-coccygienne 37%

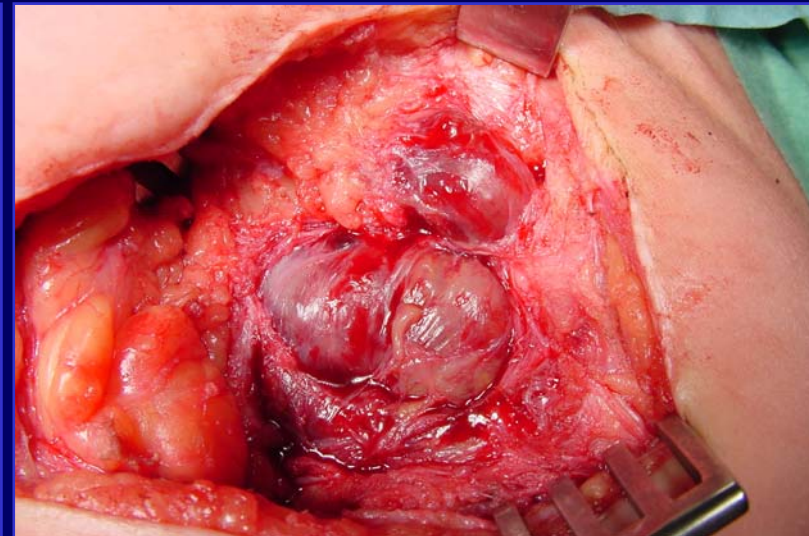
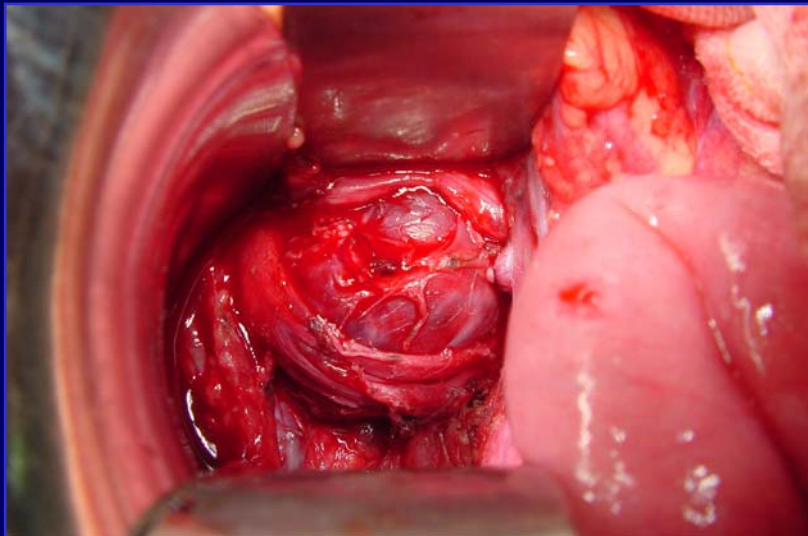
Formes mixtes 83%

Extension intra-canalaire

To immature 15% dans les 2 ans Carcinome embryonnaire



Cancérisation Tumeur du sac vitellin



## Atrésie duodénale

Définition	Atrésie Sténose	Interruption de la lumière intestinale Atrésie incomplète
Fréquence	1/ 4000 NN.	

50 % des causes obstruction duodénale

Malformations associées dans 70 % des cas  
Dans un tiers des cas il existe une Trisomie 21

Diagnostic anténatal

> 29 SAG

Image en double bulle / Sablier

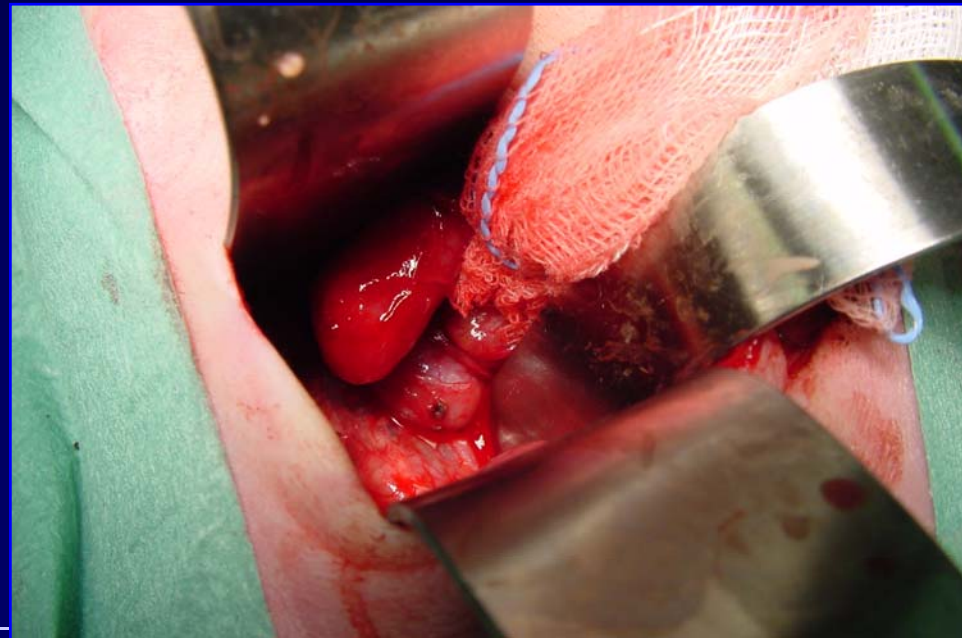
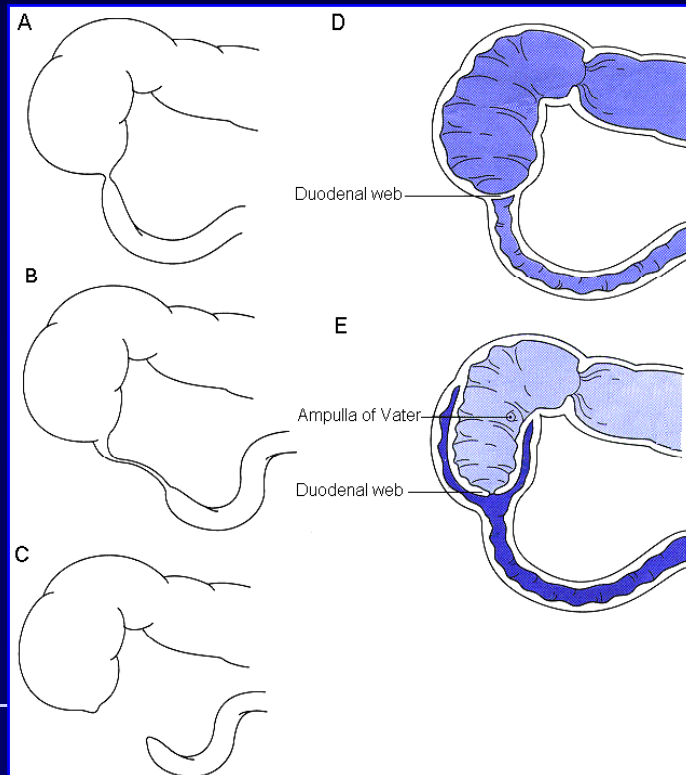


## Atrésie duodénale

Absence de re-canalisation partie moyenne D2

Obstruction	Sous vaticienne	90%	V+ Bilieux
	Sus vaticienne	10 %	V+ Clairs

Sténoses ou diaphragmes incomplets diagnostic plus compliqué



## Atrésie duodénale

Chirurgie sans urgence

Bilan malformatif complet

Précision du type anatomique / voie biliaire / mésentère commun

Diaphragme

Résection chirurgicale / Laparoscopique

Atrésie

Duodéno-duodénostomie TT +/- plastie modelante

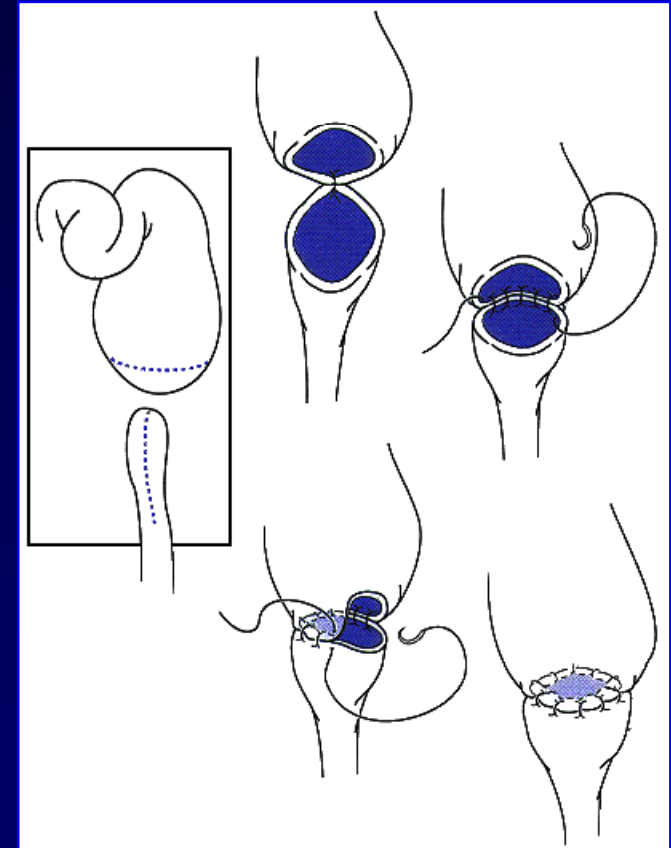
Duodéno-jéjunostomie LL +/- plastie modelante

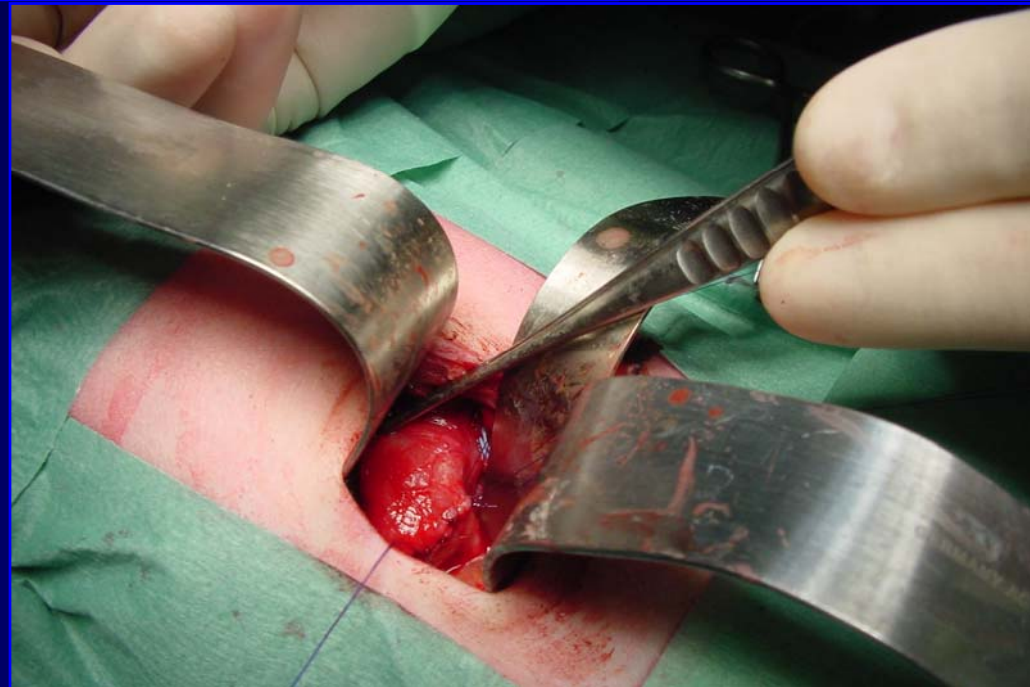
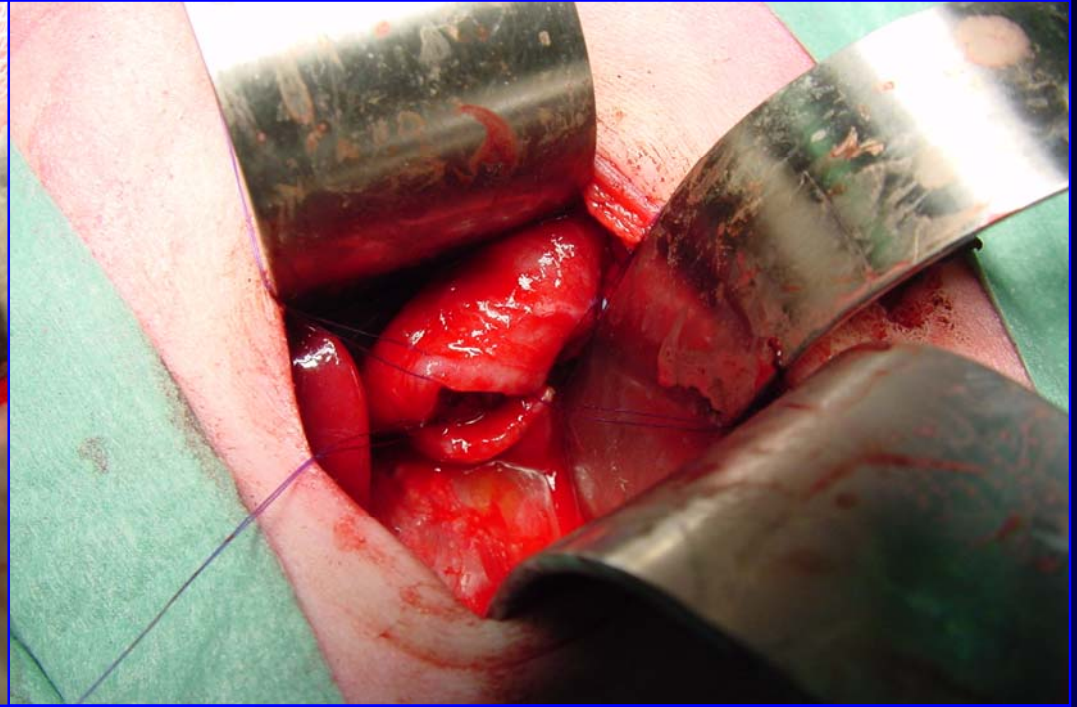
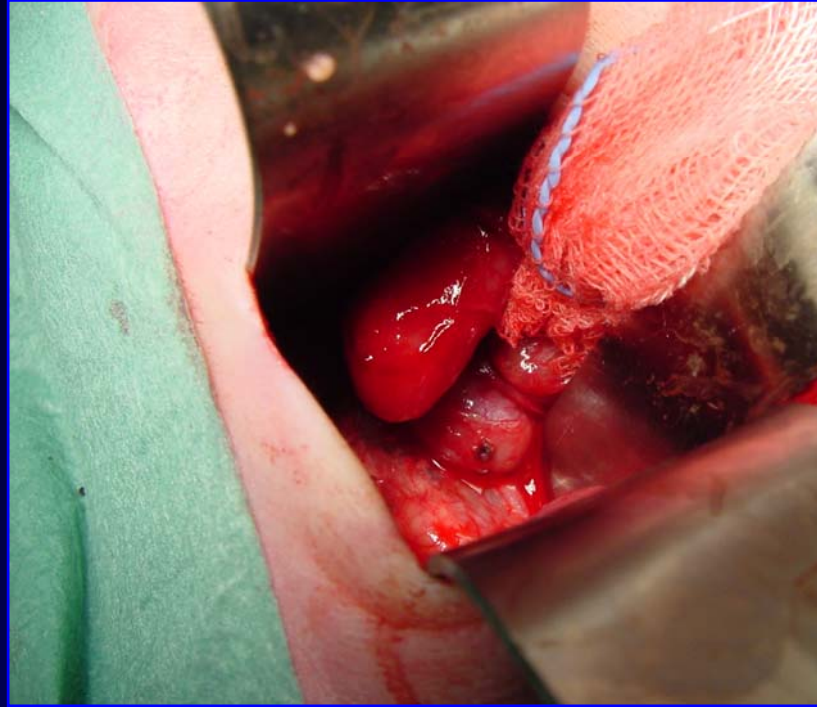
Intervention de Kimura / Diamond shaped

Drainage / SNG / TPN

Suites post-opératoires

Reprise transit +/- rapide





## Atrésie grêle

Cause la plus fréquente des occlusions néonatales

Fréquence 1/ 2000-3000 NN.

Répartition 50 % Jéjunum / 50% Iléon

Formes anatomiques Types 1 - 4

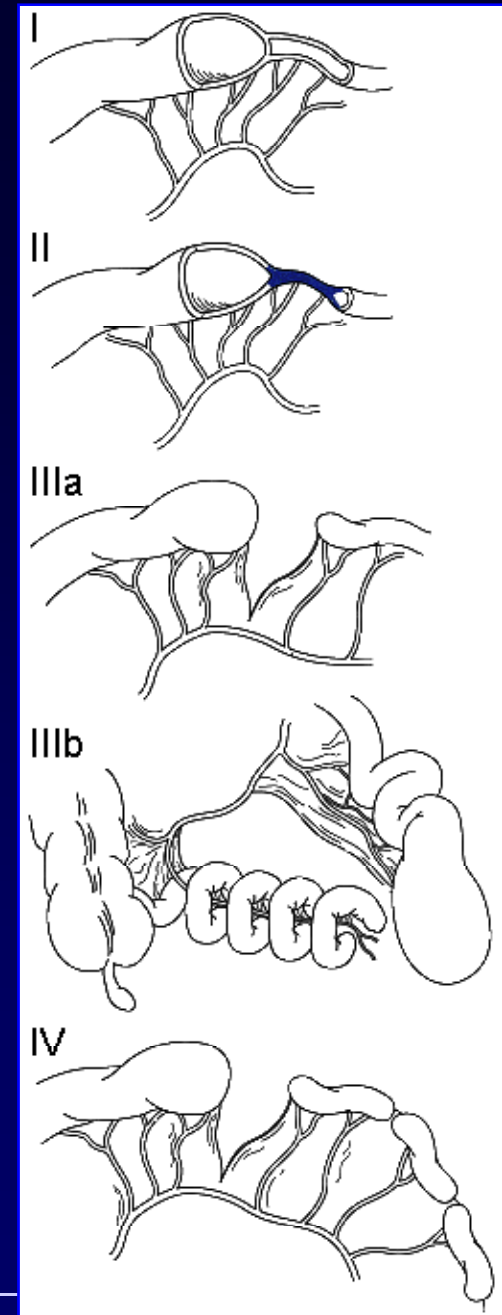
Cause Accident ischémique / mécanique (>12 SAG)

Rarement associée anl. Chromosomique ( Tri 21)

10 % des cas Atrésie secondaire mucoviscidose

Anomalies associées

sont soit	cause	volvulus / duplication
	conséquence	péritonite méconiale





## Atrésie grêle

**DAN**

**Poly-hydramnios +/- important en fonction localisation**

**Dilatations intestinales / kystiques**

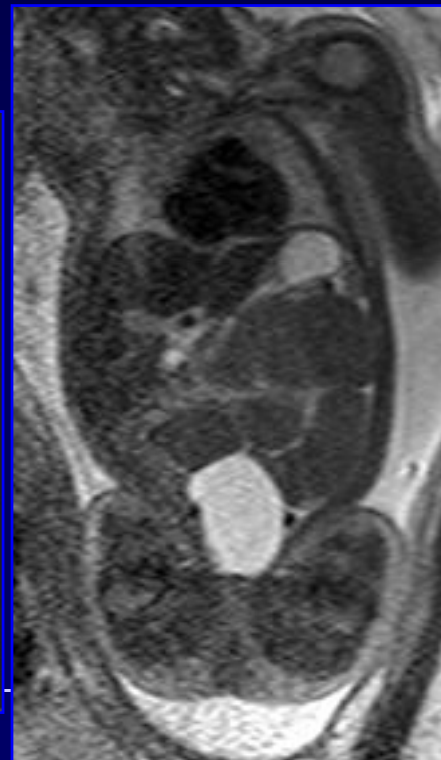
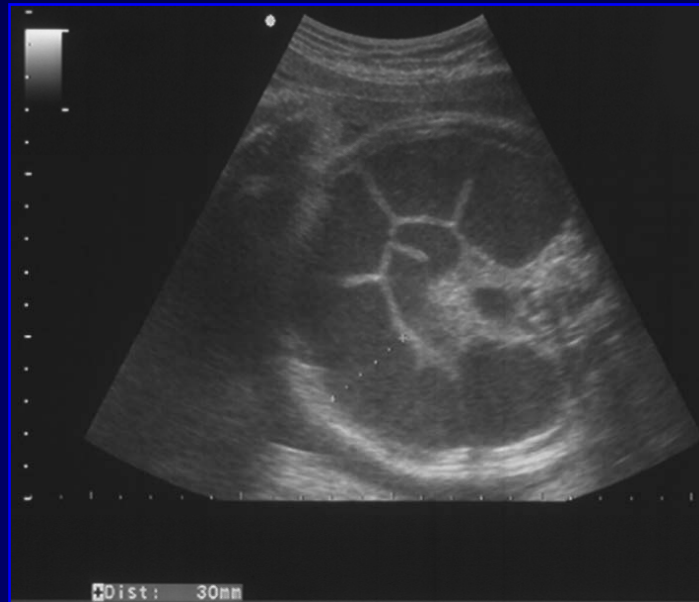
**Volvulus / Nécrose anténatale ou néonatale**

**Gravité**

**Type atrésie ( siège, nombre sténose)**

**Appréciation grêle résiduel et / ou fonctionnel**

**Perforation / Péritonite méconiale ( ascite, calcifications,...)**



## **Atrésie grêle**

**Tableau d'occlusion néonatale**

**V+ bilieux**

**Méconium blanchâtre - teinté accident tardif**

**Arrêt alimentation / SNG/ Réanimation**

**Laparotomie exploratrice /**

**Précision du type anatomique**

**Contrôle perméabilité d'aval /**

**Atrésies multiples 20% des cas**

**Rétablissement continuité**

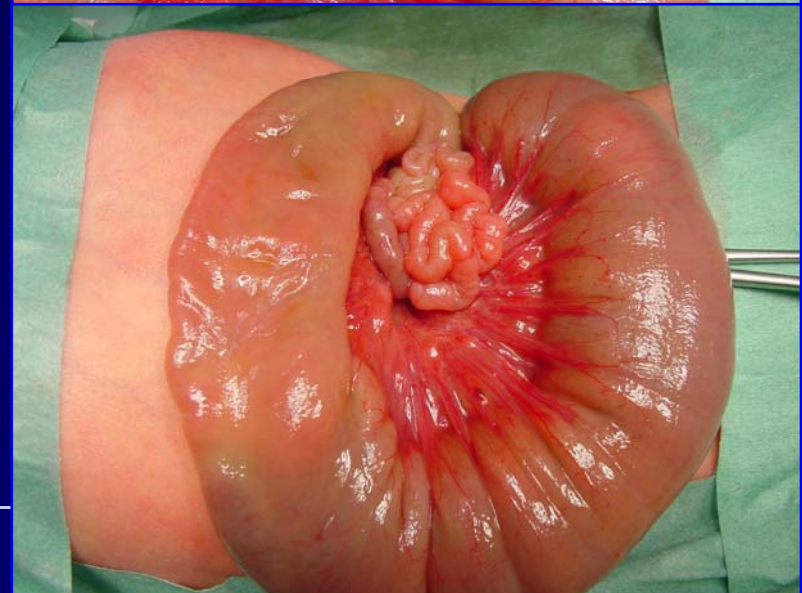
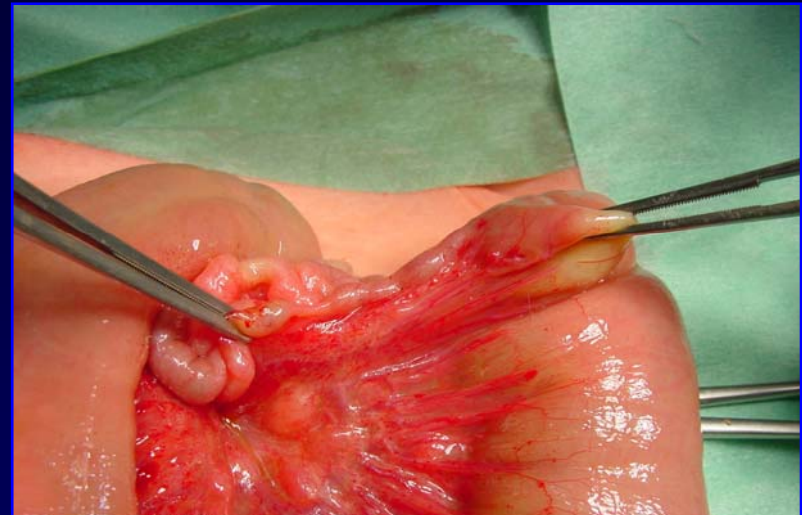
**+/- modelage d'amont**

**Iléostomie « Appel Peal »**

**Anastomoses multiples**

**Evaluation du grêle restant /**

**Grêle court**

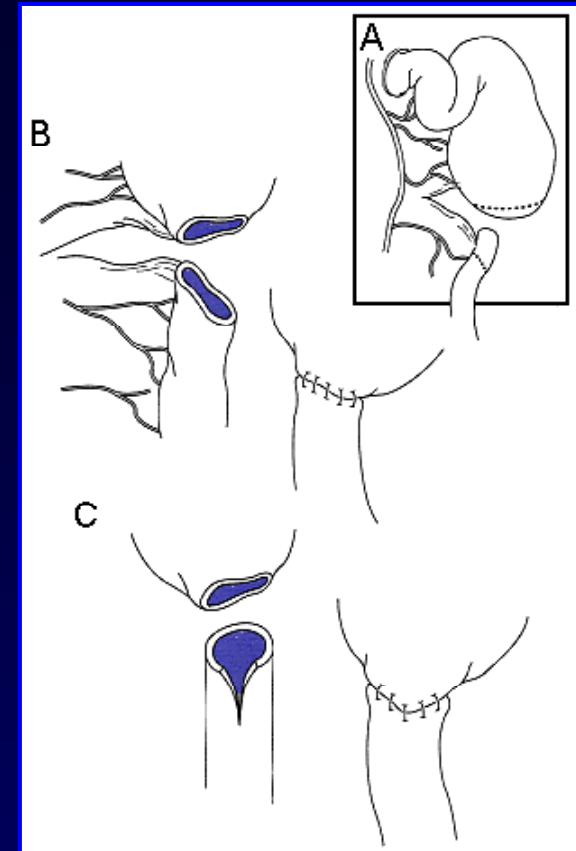


## Atrésie grêle

Résultats

Types d'atrésies

Risques anastomotiques importants  
si dilatation  
si disparité de calibre est importante



Anastomoses

Perméables non fonctionnelles

Modelage proximal insuffisant

Atrésies multiples

Risque équivalent

Appel Peal

Risque vasculaire immédiat important

## Duplication digestive

**Historique**

**Observations 18<sup>ème</sup>**

**Goellner**

**Description complète 19<sup>ème</sup>**

**Roth**

**Définition**

**Ladd – Gross en 1937**

**« Formation sphérique ou tubulaire pouvant se rencontrer sur toute la longueur du TD, ayant un contact avec ce dernier, communicante ou non, et possédant une musculature faite de deux couches musculaires lisses et une muqueuse de type digestif. »**

**Fréquence**

**0,1 à 0,3 % des malformations**

**Sexe ratio =**

**Répartition**

**Buccopharynx 1-2 %**

**Jéjuno-iléon 55 %**

**Oesophage 19,5 %**

**Appendice 1,5 %**

**Estomac 4 %**

**Colon 5-6 %**

**Duodénum 7 %**

**Rectum 4-5 %**

---

## Duplication digestive

Age	Observations < 1 an	70-80 % des cas
	Diagnostic anténatal	
Anomalies associées	12 à 50 % des cas	

### Vertébrales

Cervicales – thoraciques

Duplication Oesophagienne

Hémi vertèbre / Spina antérieur / Rachischisis / Méningocèle

Sinus neuro-entérique

Lombaires

Duplication Recto-colique

Méningocèle / Défect rachidien

### Uro-génitales

Duplic. Recto-colique

### Cardiaques

### Pariétales

---

## Duplication digestive

### Formes

**Kystique 95 %      Non communicante 80%**

**Tubulaire 5%      Communicante 20 %**

### Localisation

**Bord mésentérique**

### Vascularisation

**Commune 93 %    Propre 7 %**

### Muqueuse

**Celle du segment dupliqué**

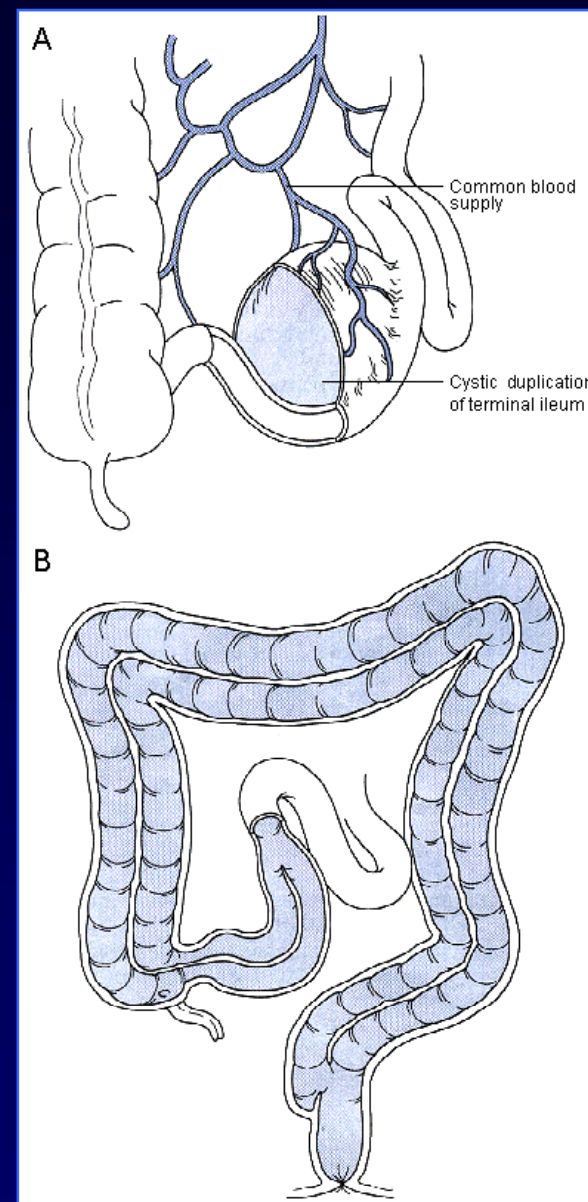
**Hétérotopique    25 % des cas**

**Gastrique >> Pancréatique > ... Cilié**

**Simple              Complexe (rare)**

**Duplication Recto-colique**

**Deux anus associés Duplicités génito-urinaires**



## Duplication digestive

Traitement chirurgical

Résection complète

Raison du risque occlusif ou peptique

Résection intestinale / Enucléation difficile

