

Chirurgie pédiatrique

Les six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique

Dernière mise à jour : juillet 2020



1 Ne demandez pas systématiquement une échographie pour une hernie ombilicale ou inguinale.

Les hernies ombilicales et inguinales sont l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles un patient pédiatrique peut avoir besoin d'être référé en chirurgie. Les antécédents médicaux et l'examen physique suffisent généralement pour poser un diagnostic. L'utilisation routinière de l'échographie pour diagnostiquer ces deux troubles est inutile et n'aidera pas le chirurgien pédiatrique à poser un diagnostic.

2 Ne demandez pas de dosage de la protéine C réactive pour les enfants soupçonnés d'avoir une appendicite.

L'appendicectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes chez les enfants. Le diagnostic d'appendicite devrait être fondé sur les résultats cliniques jumelés à une imagerie, au besoin. L'expérience montre que le dosage de routine de la protéine C réactive pour les patients soupçonnés d'avoir une appendicite n'est pas nécessaire et n'aidera pas le médecin à poser un diagnostic.

3 Envisagez d'abord l'échographie comme option avant de faire une tomodensitométrie pour évaluer une appendicite possible chez les enfants.

Bien que la tomodensitométrie soit précise pour évaluer l'appendice chez les enfants, l'échographie est presque aussi bonne dans des mains expérimentées. Le médecin peut poser un diagnostic d'appendicite en se basant sur l'histoire et l'examen physique seuls. Si l'imagerie est nécessaire, l'échographie (y compris les échographies en série) est l'examen initial à privilégier chez les enfants. Si les résultats de l'échographie sont équivoques, le médecin peut alors demander une tomodensitométrie. Cette approche réduit les risques potentiels associés aux radiations et est très précise, affichant une sensibilité et une spécificité de 94 %.

4 Ne demandez pas d'échographie de routine pour les enfants dont les testicules ne sont pas descendus.

Le testicule non descendu est l'anomalie congénitale génito-urinaire la plus courante chez les garçons. Le diagnostic se fait après un examen physique et, si nécessaire, des tests d'imagerie. L'expérience montre qu'il n'est pas nécessaire de demander une échographie de routine pour les enfants présentant un testicule non descendu présumé avant de les diriger vers un chirurgien pédiatrique.

5 Ne reportez pas la consultation à un spécialiste au-delà de l'âge de 6 mois en cas de testicule non descendu.

L'âge idéal pour la correction chirurgicale des testicules non descendus est entre 6 mois et 1 an. L'orchidopexie ne devrait pas être effectuée avant l'âge de 6 mois, car les testicules peuvent descendre spontanément pendant les premiers mois de la vie. Selon les meilleures données probantes, l'orchidopexie est recommandée entre l'âge de 6 et 12 mois. La chirurgie pendant cette période peut optimiser les fonctions de la spermatogenèse.

6 Ne reportez pas au-delà de l'âge de 2 semaines les tests de bilirubine totale et conjuguée (directe) pour un nouveau-né présentant un ictère persistant.

L'atrésie des voies biliaires se manifeste cliniquement avant l'âge de 2 semaines par une jaunisse due à une hyperbilirubinémie conjuguée et des selles décolorées et pâles. Il faut faire un test sanguin de bilirubine totale et conjuguée (directe) pour tous les nourrissons présentant un ictère persistant au-delà des deux premières semaines de vie. Si la fraction de bilirubine conjuguée (directe) est supérieure à 20 % de la bilirubine totale, il faut rapidement diriger le nourrisson vers un spécialiste pour détecter la présence possible d'atrésie des voies biliaires. Le diagnostic et une intervention chirurgicale précoces, avant l'âge de 30 jours, offrent les meilleurs résultats pour la survie des patients avec leur propre foie, évitant ainsi une transplantation hépatique. Pour en savoir plus, consultez le site www.cbar.ca.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique (ACCP) a formulé ses six principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » par consensus parmi ses membres lors de sa réunion d'hiver à Calgary (mars 2015).

Sources

- 1 LeBlanc KE, et coll. Inguinal hernias: diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 15 juin 2013;87(12):844-8. [PMID : 23939566](#).
Miller J, et coll. Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. *JAMA Surg*, Octobre 2014;149(10):1077-80. [PMID : 25141884](#).
- 2 Amalesh T, et coll. CRP in acute appendicitis—is it a necessary investigation? *Int J Surg*. 2004;2(2):88-9. [PMID : 17462226](#).
Jangjoo A, et coll. Is C-reactive protein helpful for early diagnosis of acute appendicitis? *Acta Chir Belg*, Juillet-Août 2011;111(4):219-22. [PMID : 21954737](#).
Shogilev DJ, et coll. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *West J Emerg Med*, Novembre 2014;15(7):859-71. [PMID : 25493136](#).
- 3 Krishnamoorthi R, et coll. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology*, Avril 2011;259(1):231-9. [PMID : 21324843](#).
Rosen MP, et coll. ACR appropriateness criteria® right lower quadrant pain—suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol*, Novembre 2011;8(11):749-55. [PMID : 22051456](#).
Saito JM, et coll. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. *Pediatrics*, Janvier 2013;131(1):e37-44. [PMID : 23266930](#).
Schuh S, et coll. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use. *Acad Emerg Med*, Avril 2015;22(4):406-14. [PMID : 25808065](#).
Wan MJ, et coll. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis—a markov decision analytic model. *Radiology*, Février 2009;250(2):378-86. [PMID : 19098225](#).
- 4 Tasian GE, et coll. Diagnostic performance of ultrasound in nonpalpable cryptorchidism: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, Janvier 2011;127(1):119-28. [PMID : 21149435](#).
Tasian GE, et coll. Imaging use and cryptorchidism: determinants of practice patterns. *J Urol*, Mai 2011;185(5):1882-7. [PMID : 21421239](#).
- 5 Chan E, et coll. Ideal timing of orchiopexy: a systematic review. *Pediatr Surg Int*, Janvier 2014;30(1):87-97. [PMID : 24232174](#).
Kim SO, et coll. Testicular catch up growth: the impact of orchiopexy age. *Urology*. Octobre 2011;78(4):886-9. [PMID : 21762966](#).
Kollin C, et coll. Surgical treatment of unilaterally undescended testes: testicular growth after randomization to orchiopexy at age 9 months or 3 years. *J Urol*, Octobre 2007;178(4 Pt 2):1589-93; discussion 1593. [PMID : 17707045](#).

À propos de L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Elle se consacre à l'amélioration de la santé des enfants et s'efforce de faire une différence dans la vie des enfants, des adolescents et de leur famille, en améliorant la qualité des soins grâce à l'éducation et la recherche. L'Association s'intéresse particulièrement au diagnostic et au traitement des anomalies congénitales, des cancers pédiatriques et des traumatismes, et à la recherche dans ces domaines.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)