



RECOMMANDATIONS DE BASE :

Invagination

L'invagination est une condition médicale lorsqu'une portion de l'intestin rentre dans une autre, qui se produit le plus souvent au niveau de la valve iléo-caecale. Ce processus interrompt le débit sanguin à l'intestin et peut entraîner une ischémie tissulaire, allant jusqu'à la nécrose/perforation.

L'invagination est l'urgence abdominale la plus commune lors de l'enfance et est habituellement idiopathique. La grande majorité des cas (80 %) se produit chez des enfants de moins de 2 ans. Les cas les plus fréquents sont parmi les enfants de 5 à 10 mois. Il y a un faible risque mais non négligeable que l'incidence d'invagination soit augmentée dans les 7 jours suivant la vaccination pour rotavirus.

PRÉSENTATION

- Apparition soudaine d'épisodes de douleur abdominale sévère et de pâleur qui fait en sorte que l'enfant pleure de façon inconsolable et recroqueville ses jambes sur son abdomen.
 - » Épisodes de douleur qui surviennent environ toutes les 15 à 20 minutes, avec un léger inconfort entre les épisodes.
- Des vomissements peuvent survenir pendant (ou après) les épisodes de douleur et peuvent devenir bilieux avec le temps.
 - » En raison de ceci, il est possible de confondre un début d'invagination avec une gastroentérite aiguë.
- L'invagination peut se présenter sous la forme de léthargie ou d'une altération de l'état de conscience, surtout chez les jeunes enfants.
 - » Il est possible de confondre cette présentation avec une septicémie.
- Une présentation **tardive** d'invagination est la présence de sang et de mucus dans les selles, ce qui donne une apparence de « gelée de groseilles ».
- Une présence de sang n'est pas nécessaire pour le diagnostic.
- Dans de **rares** cas une masse abdominale en « forme de saucisse » pourrait être palpable dans la partie droite de l'abdomen.

INVESTIGATION

Des prises de sang ne sont habituellement **pas** indiquées ou utiles dans le diagnostic ou la prise en charge de l'invagination.

1. L'**échographie** est la méthode préférée pour le diagnostic de l'invagination et est l'outil diagnostique de première ligne que devraient utiliser les médecins.
 - » La trouvaille classique est une lésion en forme de « cible » causée par les couches d'intestin se repliant sur elle-mêmes.
 - » Dans les institutions expérimentées, la sensibilité et spécificité de l'échographie approche 100 %.
 - » On peut utiliser une échographie faite au chevet du patient afin d'identifier l'invagination, mais seulement suite à une formation spécifique. Si le diagnostic reste probable après une échographie négative faite au chevet du patient, on doit obtenir une échographie formelle si une suspicion persiste.
2. Les **radiographies de l'abdomen** sont moins sensibles et spécifiques qu'une échographie et ne devraient pas être utilisées de façon routinière afin de confirmer ou d'écarter un diagnostic.
 - » Si on obtient des radiographies, on devrait suspecter possiblement l'invagination si on observe l'absence de gaz dans le colon ou une image en forme de « cible » au-dessus du rein droit.

GESTION

1. CORRIGER L'INSTABILITÉ HÉMODYNAMIQUE

- » Pour les patients qui souffrent de **choc hypovolémique suite aux vomissements** ou de **choc toxique suite à une perforation** :
 - administrer une réanimation liquidienne agressive selon les lignes directrices PALS
- » Pour les patients qui souffrent de **péritonite ou d'autres signes de perforation** :
 - administrer des antibiotiques empiriques

2. PROCÉDER À UNE RÉDUCTION NON-CHIRURGICALE PAR INJECTION D'AIR SI LE PATIENT EST STABLE ET NE PRÉSENTE AUCUN SIGNE DE PERFORATION INTESTINALE

- » Un lavement par injection d'air est préférable au lavement hydrostatique.
 - si on utilise la technique hydrostatique, il est préférable d'utiliser un agent hydrosoluble plutôt que le baryum.
- » L'administration d'antibiotiques pré-réduction est **peu** utile.
- » Il est recommandé de vider l'estomac et d'assurer la disponibilité d'une équipe chirurgicale avant de procéder à un lavement pneumatique ou hydrostatique car la réduction peut causer une perforation (<1 % des patients).
- » Une échographie sous fluoroscopie (taux de réussite de 80 à 90 %) est recommandée pendant la réduction afin de vérifier le succès de l'intervention.

3. SI LA RÉDUCTION NON-CHIRURGICALE NE RÉDUIT PAS L'INVAGINATION, VEUILLEZ CONTACTER IMMÉDIATEMENT L'ÉQUIPE CHIRURGICALE

- » Le transfert est indiqué si l'établissement n'a pas accès à une équipe chirurgicale ou un radiologiste avec échographie.

POST-RÉDUCTION

APRÈS UNE RÉDUCTION RÉUSSIE

- » Récidive se produit dans ~ 10 % des cas mais une récidive rapide (dans les premières 4 à 6 heures) se produit dans ~2 % des cas.
- » Gérer sans chirurgie s'il n'existe aucune évidence de nécrose des intestins.
- » Il est recommandé d'hospitaliser tout patient chez qui on soupçonne une nécrose des intestins ou qui est incapable de tolérer une alimentation orale suite à la procédure.

DANS LE CAS D'UNE RÉCIDIVE

- » La gestion est la même, avec une préférence envers une réduction non-chirurgicale.
- » Les patients qui souffrent d'une récidive ont davantage tendance à souffrir.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de l'invagination chez les enfants. Ce sommaire est produit par les conseillers en invagination du réseau TREKK, le D^r Blake Bulloch et le D^r Zebulon Timmons du *Phoenix Children's Hospital*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents.

Le réseau TREKK n'est pas responsables des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liées à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans leur autorisation.

Le présente sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. Beres AL, Baird R. [An institutional analysis and systemic review with meta-analysis of pneumatic versus hydrostatic reduction for pediatric intussusception](#). *Surgery*. 2013 Aug; 154(2): 328-34.
2. Chien M, Willyerd FA, Mandeville K, et al. [Management of the child after enema-reduced intussusception: hospital or home?](#) *J Emerg Med*. 2013 Jan; 44(1):53-7.
3. Gray MP, Li SH, Hoffmann RG, et al. [Recurrence rates after intussusception enema reduction: a meta-analysis](#). *Pediatrics*. 2014 Jul; 134(2): 110-9.
4. Soares-Weiser K, Maclehose H, Bergman H, et al. [Vaccines for preventing rotavirus diarrhea: vaccines in use](#). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14; 11:CD008521
5. Weihmiller SN, Buonomo C, Bachur R. [Risk stratification of children being evaluated for intussusception](#). *Pediatrics*, 2011 Feb; 127(2): e296-303.

© Juillet 2018, TREKK; révision en 2020. Version 2.0