

Suspicion clinique d'invagination ou invagination à l'échographie au centre référent

Échographie au CHU Sainte-Justine

Invagination iléo-colique

La radiologie avise la chirurgie

Invagination grêle-grêle

Si non, discussion téléphonique entre l'urgentiste et la chirurgie minimalement si :

- <6 mois OU >5 ans
- >48-72h de SX pré-réduction
- « Lead point » autre que ganglions

À L'URGENCE, si mauvais état général :

- Consultation STAT en chirurgie

Consultation et présence de la chirurgie dans l'hôpital lors de la réduction

Enfant en bon état général

- Congé avec conseils de retour

Enfant en mauvais état général

- Observation à l'urgence +/- hospitalisation
- Envisager un autre diagnostic pour expliquer la symptomatologie

EN RADIOLOGIE, ≥ 1 critère parmi :

- Nourrisson <6 mois
- Absence de vascularisation de l'invagination
- Liquide piégé au sein et autour de l'anse invaginée
- Ascite

Prise en charge initiale de l'invagination iléo-colique

- Voie IV
- Bolus de NaCl 0,9% ou LR 10 à 20ml/kg si instabilité pré ou per-réduction
- Soluté d'entretien D5%-NaCl 0,9% ou D5%-LR
- NPO +/- TNG si vomissements importants ou instabilité
- Analgésie selon FOPR
- Départ pour la radiologie avec l'infirmière de l'urgence pour suivi des signes vitaux pendant la procédure (saturation, RR, FC et TA)

Réduction sans complications

- Observation à l'urgence pendant 4 heures
- Liquides clairs per os 1h après la réduction
- Diète progressive si liquides per os tolérés
- Congé avec conseils de retour et dépliant d'informations pour les parents

Échec de réduction, complications et/ou mauvais état général

- Hospitalisation en chirurgie
- Envisager 2^e tentative de réduction via lavement à l'air versus option chirurgicale