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

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Université de Montréal

URGENCE
CHU Sainte-Justine

Instabilité ou mauvais état général

Installer le patient en salle de réa
Écho au chevet
Consultation **stat** en chirurgie

Réduction en salle d'opération par la chirurgie

Bon état général

Écho en imagerie médicale

Pas d'invagination ou Invagination grêle-grêle
- Congé possible avec conseils si auto-résolutive
- Considérer consulter la chirurgie si fixe ou contexte de purpura Hénoch Schonlein

Invagination iléo-colique

Radiologiste avise le chirurgien de garde

Discussion entre radiologie et chirurgie, réduction en SOP si l'un des critères suivants est présent:
- < 6 m ou > 5 a avec lead point autre que ganglion;
- Absence de vascularisation de l'invagination;
- Liquide piégé au sein et autour de l'anse invaginée;
- Présence d'ascite.

Réduction en radiologie

Pour réduction
- ❑ Voie IV avec soluté BE
- ❑ Bolus de NaCl 0,9%/LR 10-20 mL/kg prêt
- ❑ NPO +/- TNG si vomissements
- ❑ Analgésie – voir FOPRI 0065
- ❑ Infirmière de l'urgence au chevet en radiologie pour SV et support per procédure

Échec de réduction, complications ou AEG
- ❑ Hospitalisation en chx
- ❑ Envisager 2e tentative par lavement à l'air vs SOP

Réduction sans complication
- ❑ Discussion avec chx si symptômes >48h, <6 mois ou >5 ans ou lead point autre que ganglion
- ❑ Observation à l'urgence 4h
- ❑ Liquides clairs PO 1h post réduction
- ❑ Puis diète progressive si toléré
- ❑ Congé avec conseils de retour
  - ➢ Risque récidive dans les 72h
- ❑ Remettre dépliant d'informations

Algorithme mai 2022, mise à jour mai 2025