Hôpitaux Universitaires de Genève
Département de l'Enfant et de l'Adolescent
Edition 2010 - Prof. B. Wildhaber, S. Hanquinet, Dr W. Habre

INVAGINATION

Suspicion clinique d'invagination *

* crises douloureuses paroxystiques avec pleurs importants, expression de souffrance et pâleur, vomissements ou refus de boire, rectorragies, palpation d'une masse abdominale

US abdominal sur indication par un CDC des urgences

Invagination confirmée

oui

- Poser 1 voie veineuse périphérique, réaliser gazométrie et administer un bolus de 20cc/kg de NaCl 0.9% si nécessaire
- Sédation par Morphine 0.1 mg/kg IV à faire avant la désinvaginatin
- Scope en continu avec saturation

Lavement à visée thérapeutique proposé par le radiologue, en présence du CDC de la chirurgie

Réduction de l'invagination

oui

- Perfusion complète , à jeun 12-24 heures
- Reprise de l'alimentation par liquides clairs, puis épaissir selon tolérance jusqu'à une alimentation normale du 24-48 heures
- Départ du service après une reprise du transit

non

- Prévenir les anesthésistes et l'équipe du bloc opératoire
- Sous AG : nouvelle tentative de désinvagination
- Si échec : ad prise en charge chirurgicale

non

- Informer les parents sur une éventuelle invagination-désinvagination spontanée
- Garder l'enfant en surveillance dans l'unité de Chirurgie pédiatrique