



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

## Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant<sup>☆</sup>

### Intussusception in infants and children

C. Baud<sup>a,\*</sup>, O. Prodhomme<sup>a</sup>, D. Forgues<sup>b</sup>, M. Saguintaah<sup>a</sup>, C. Veyrac<sup>a</sup>,  
A. Couture<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de radiopédiatrie, Hôpital Arnaud de Villeneuve, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

<sup>b</sup> Service de chirurgie viscérale pédiatrique, Hôpital Lapeyronie, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34275 Montpellier cedex 5, France

#### Abstract

Intussusception is the most common abdominal emergency in infancy and early childhood, but it can occur at any age. The penetration of an intestinal segment into the distal contiguous segment causes obstruction of the digestive lumen and vascular compression at the neck level. The radiologist's role is essential for diagnosis as well as for treatment. Sonography (US) has become the gold standard to diagnose or exclude intussusception. US detects an intestinal mass of 20 to 45 mm in anteroposterior diameter, with a doughnut or target shape centered by the invaginated segment and its meso. It enables identification of the anatomic form, suspicion of vascular compromise, and depiction of a focal pathological leadpoint, providing guidance for therapeutic management. An enema is performed solely for therapeutic reasons. US may also be indicated to guide hydrostatic enema, to check for a successful reduction and to detect recurrence during follow-up. Idiopathic ileocolic intussusception, by far the most common form, is due to lymphoid hyperplasia of the ileocecal area. It is usually reduced by enema therapy. Surgery should be undertaken only when there is an ischemic bowel and/or a pathological leadpoint. In contrast, pathological small bowel intussusception is very rare and produces bowel obstruction. It is associated with a predisposing condition (recent surgery, Henoch-Schonlein purpura, cystic fibrosis, Peutz-Jeghers syndrome) and/or with a pathological leadpoint (Meckel's diverticulum, localized Burkitt

#### Résumé

L'invagination intestinale aiguë est l'urgence abdominale la plus fréquente du nourrisson et du jeune enfant, mais elle peut survenir à n'importe quel âge. La pénétration d'un segment digestif dans l'intestin d'aval entraîne une obstruction de la lumière digestive et une compression vasculaire au niveau du collet. Le rôle du radiologue est essentiel pour le diagnostic mais aussi pour le traitement. L'échographie est devenue l'examen diagnostique de référence. Elle détecte une masse digestive de 20-45 mm de diamètre antéro-postérieur, en « cocarde » ou en « cible » centrée par le segment invaginé et son méso. Elle permet d'identifier le type anatomique du boudin, de suspecter une souffrance digestive, de dépister une lésion primitive et donc d'orienter la prise en charge thérapeutique. Le lavement est réalisé uniquement à visée thérapeutique. L'échographie peut être également indiquée pour guider un lavement hydrostatique, vérifier la réduction et dans le suivi pour dépister une récurrence. L'invagination iléocolique « idiopathique » du nourrisson, de loin la plus fréquente, est due à une hyperplasie lymphoïde du carrefour iléocœcal. Elle est habituellement réduite par le lavement thérapeutique. La chirurgie devrait être réservée aux formes avec souffrance digestive et/ou avec une lésion primitive (diverticule de Meckel, lymphome de Burkitt localisé, duplication kystique, polype). À l'opposé, l'invagination pathologique du grêle est très rare et occlusive. Elle survient sur un terrain particulier

<sup>☆</sup> Cet article est paru initialement dans l'EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Radiologie et imagerie médicale - abdominale - digestive 2012;7(3):1-19 [Article 33-490-A-10]. Nous remercions la rédaction de l'EMC-Radiologie et imagerie médicale pour son aimable autorisation de reproduction.

\* Auteur correspondant.

e-mail : [c-baud@chu-montpellier.fr](mailto:c-baud@chu-montpellier.fr) (C. Baud).

lymphoma, cystic duplication, polyp). It usually requires surgery except in proven disseminated lymphoma where chemotherapy can produce spontaneous reduction. Colocolic invagination, exceptional, is secondary. It is easily reduced by therapeutic enema, but will recur if the leadpoint (polyp) is not removed. Transient small bowel intussusception is very frequent, small (10 to 19 mm in anteroposterior diameter), peristaltic, with no bowel obstruction and reduces spontaneously. It must be differentiated from pathological intussusceptions.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Acute intussusception, Lymphoid hyperplasia, Burkitt lymphoma, Meckel's diverticulum, Henocho-Schonlein purpura, Polyp

(chirurgie récente, purpura rhumatoïde, mucoviscidose, syndrome de Peutz-Jeghers) et/ou sur une lésion primitive. Le traitement est chirurgical excepté en cas de lymphome disséminé prouvé car la chimiothérapie entraîne une réduction spontanée. L'invagination colocolique, exceptionnelle, est secondaire. Facilement réduite au lavement, elle récidive en l'absence d'exérèse de la cause locale (polype, tumeur). L'invagination physiologique du grêle très fréquente, de petite taille (10 à 19 mm de diamètre antéro-postérieur), péristaltique, non occlusive et transitoire, doit être différenciée d'une invagination pathologique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

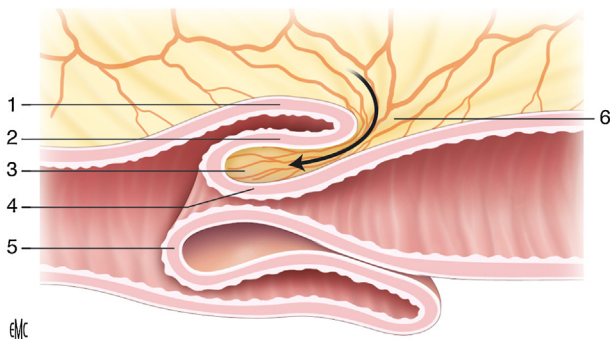
**Mots clés :** Invagination intestinale aiguë, Hyperplasie lymphoïde, Diverticule de Meckel, Lymphome de Burkitt, Purpura rhumatoïde, Polype

## Introduction

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est l'urgence abdominale la plus fréquente du nourrisson et du jeune enfant. Elle est définie par la pénétration d'un segment intestinal et de son méso dans l'intestin d'aval. Le rôle du radiologue est essentiel dans son diagnostic, mais aussi dans son traitement. L'échographie est devenue l'examen diagnostique de référence, orientant la prise en charge thérapeutique. Le lavement est réalisé uniquement à visée thérapeutique.

## Anatomopathologie

L'invagination comporte au moins *trois tuniques intestinales* (Fig. 1) : une tunique externe (intestin récepteur) constituant la gaine périphérique, une tunique moyenne (segment retourné) et une tunique interne (intestin invaginé) formant le boudin. La *tête*, siège de l'obstacle où bute le péristaltisme, est le point le plus avancé du segment invaginé. Le *collet* est la



**Figure 1.** Schéma d'une invagination. 1. Tunique externe ou gaine périphérique ; 2. tunique moyenne ou segment retourné ; 3. méso invaginé ; 4. tunique interne ou segment pénétrant ; 5. tête ; 6. collet.

jonction entre la tunique externe et la tunique moyenne. Il correspond au point de pénétration de l'intestin invaginé qui avance dans le sens du péristaltisme, entraînant avec lui le méso et ses éléments vasculonerveux.

La progression du boudin est donc limitée par la longueur du méso et est facilitée par les *défauts d'accolement* des segments digestifs intéressés [1].

La striction des vaisseaux au niveau du collet entraîne une *stase veineuse congestive*, responsable d'un œdème de l'intestin retourné, maximum à la tête du boudin. Cet œdème entraîne, sur le versant muqueux, une rupture capillaire à l'origine de saignements qui s'évacuent dans le côlon d'aval. À la période de congestion veineuse succède une *phase d'ischémie* puis de nécrose intestinale avec hémorragie véritable [1]. Le type anatomique d'une invagination est défini, d'une part, par le segment qui s'invagine et, d'autre part, par le segment récepteur. On distingue les invaginations à participation iléale et colique (iléocolique ou iléo-iléocolique), les invaginations du grêle (iléo-iléale ou jéjunojéjunale) et les invaginations colocoliques.

## Invagination à participation iléale et colique

L'invagination iléo (iléo)colique représente 90 % à 95 % des invaginations de l'enfant. L'invagination est iléocolique dans 90 % des cas, la forme iléo-iléocolique ne représentant que 10 % des cas [2]. La prédominance masculine est de l'ordre de deux garçons pour une fille. L'IIA touche électivement le nourrisson entre 3 mois et 3 ans. Classiquement, le pic de fréquence, variable suivant les auteurs, survient pendant la première année [3-5]. Dans notre expérience, il est identique dans la deuxième année de vie. L'incidence de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3468749>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3468749>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)