



Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant

Acute intestinal intussusception in infants and children

S. Franchi (Praticien attaché) ^a,
H. Martelli (Professeur des Universités - praticien hospitalier) ^{b,*},
A. Paye-Jaouen (Chef de clinique - Assistant des hôpitaux de Paris) ^b,
D. Goldszmidt (Pédiatre - Attaché consultant) ^b,
D. Pariente (Praticien hospitalier, Chef du service de radiologie pédiatrique) ^a

^a Service de radiologie pédiatrique, CHU Bicêtre (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris XI), 78, rue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^b Service de chirurgie pédiatrique, CHU Bicêtre (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris XI), 78, rue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

MOTS CLÉS

Invagination
intestinale aiguë ;
Nourrisson ;
Enfant

Résumé L'invagination intestinale aiguë (IIA) du nourrisson et de l'enfant est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans un segment sous-jacent. Elle est responsable d'un syndrome occlusif avec une compression veineuse et un œdème qui peuvent rapidement évoluer vers la nécrose intestinale. C'est donc une urgence thérapeutique. Il existe deux types d'IIA : l'IIA idiopathique du nourrisson représentant 90 à 95 % des invaginations de l'enfant ; l'IIA secondaire à une lésion locale isolée (diverticule de Meckel, polype...) ou s'intégrant dans une pathologie plus générale du tube digestif (purpura de Henoch-Schoenlein, mucoviscidose...) ou survenant dans un contexte particulier (IIA postopératoire). L'échographie abdominale est l'examen clé permettant d'affirmer le diagnostic d'IIA, chez un nourrisson présentant des crises douloureuses abdominales paroxystiques et des vomissements. Le traitement par réduction pneumatique ou hydrostatique, proposé en l'absence de contre-indication, est efficace dans 80 à 90 % des cas. Le traitement chirurgical n'est réalisé qu'en cas d'échec de la réduction non opératoire ou dans certaines circonstances particulières. Le pronostic de cette affection bénigne est excellent, au prix d'une étroite collaboration entre les différentes équipes, pédiatres, chirurgiens, radiologues et anesthésistes.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : helene.martelli@bct.ap-hop-paris.fr (H. Martelli).

KEYWORDS

Intestinal
intussusception;
Infant;
Children

Abstract Acute intestinal intussusception (All) in infants and children is defined by the invagination of a portion of the intestine into itself. The consequence is an intestinal obstruction with venous compression and oedema leading to intestinal necrosis. All constitutes therefore an emergency case. There are 2 kinds of All: the idiopathic All in infants that represents 90 to 95% of the cases; the All that is secondary to a localized lesion (Meckel's diverticulum, polyp...) or occurring in a digestive disease (Henoch-Schönlein purpura, cystic fibrosis...) or in special circumstances (postoperative All). Abdominal ultrasound is the key imaging procedure that allows diagnosing All in infants with acute abdominal pain and vomiting. Non operative reduction by pneumatic or hydrostatic techniques is the first-line treatment, if there is no contra-indication, with a success rate observed to be 80 to 90%. Surgical treatment is a secondary procedure performed in case of failure of non operative reduction or in specific circumstances. The prognosis of All is excellent, conditioned by a close collaboration between paediatricians, surgeons, radiologists and anaesthesiologists.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Généralités

Définition

L'invagination intestinale aiguë est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans un segment sous-jacent. L'ensemble formé par le cylindre interne ou invaginé, le cylindre externe ou invaginant et le (ou les) cylindre(s) intermédiaire(s) est appelé le boudin d'invagination. Elle est responsable d'un syndrome occlusif s'accompagnant d'une compression veineuse avec œdème pouvant rapidement évoluer vers la nécrose intestinale. C'est donc une urgence thérapeutique.

Il existe deux types d'IIA :

- l'IIA idiopathique du nourrisson. Elle représente 90 à 95 % des invaginations de l'enfant ;
- l'IIA secondaire à une lésion locale isolée ou s'intégrant dans une pathologie plus générale du tube digestif ou survenant dans un contexte particulier (IIA postopératoire).

Historique

La première description anatomique de l'invagination intestinale aiguë est attribuée à Paul Barbet en 1674.¹ Au XIX^e siècle, quelques succès de traitement par réduction hydrostatique ont été décrits mais cette affection était le plus souvent fatale.² La première intervention curatrice fut réalisée en 1871 par Jonathan Hutchinson.³ En 1876, Hirschsprung rapporta une première série de lavements thérapeutiques dans l'IIA.⁴ L'utilisation diagnostique et thérapeutique du lavement opaque fut rapportée en 1927, en France par Poulouen,⁵ aux États-Unis par Retan et Stephens et en Scandinavie par Olsson et Pallin.⁶ Parallèlement la mortalité de cette affection est passée de 75 % en 1884⁷ à 30 % en 1939.⁸ Depuis 1970, la mortalité est voisine de 0 %.^{9,10}

Épidémiologie

L'IIA est une des urgences abdominales du nourrisson les plus fréquentes. Son incidence est difficile à évaluer et présente de grandes variations selon la situation géographique. Elle semble ainsi moins fréquente aux États-Unis qu'en Europe. Trois études anglaises rapportent une fréquence de 1,57 à 4 pour 1000 naissances.¹¹⁻¹³ Il existe une nette prédominance chez les garçons (sex-ratio : 2/1).

L'IIA idiopathique du nourrisson survient classiquement entre 2 mois et 2 ans avec un pic de fréquence entre 6 et 9 mois. Soixante-cinq pour cent des cas surviennent avant l'âge de 1 an.⁶ Elle peut survenir, de façon exceptionnelle, in utero et être à l'origine d'atrésie intestinale.¹⁴ Elle est très rare avant 1 mois. Lorsqu'elle s'observe après l'âge de 2 ans, elle rentre souvent dans le cadre des IIA secondaires.¹⁵

L'IIA survient classiquement chez des enfants en bon état trophique et est rarement observée chez des enfants dénutris. Il existe une incidence saisonnière qui varie en fonction des pays et s'explique par le rôle des infections virales dans la genèse de la maladie.

Étiopathogénie

L'IIA est liée à un trouble du péristaltisme intestinal dont l'étiologie est encore mal connue.

Chez le nourrisson, la densité des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques dans la région iléocœcale est très importante. On admet que c'est l'hypertrophie de ces organes lymphoïdes, en réalisant un obstacle au péristaltisme intestinal, qui constitue généralement le point de départ de l'IIA idiopathique. L'origine virale de cette affection est suggérée par les données épidémiologiques - épidémies saisonnières, existence d'une infection virale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9373055>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9373055>

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