

Gestion pratique des patients lors de la réalisation d'une endoscopie digestive sous anesthésie : le rôle de l'hépto-gastroentérologue et de l'anesthésiste avant l'examen

➔ **Patrick Delasalle, Pierre Albaladejo**

(✉) Clinique du Palais, 25, avenue Chiris, 06130 Grasse

E-mail : delasalle.p@gmail.com - palbaladejo@chu-grenoble.fr

Objectifs pédagogiques

- Connaître les règles de prescription d'une endoscopie
- Connaître les situations à risque en fonction du patient, de l'indication et de la procédure envisagée
- Savoir mettre en place les mesures préventives adaptées pour éviter une complication (arrêt d'un traitement, consultation spécialisée, hospitalisation)
- Connaître les modalités de la consultation de pré-anesthésie, ses buts et sa validité dans le temps.

L'endoscopie digestive est l'examen de référence diagnostique, pronostique et souvent thérapeutique des principales pathologies digestives. Ce geste doit être effectué par un médecin spécialiste en hépto-gastroentérologie formé et entraîné. Des seuils de procédures minimums ont été définis récemment par la société américaine d'endoscopie (ASGE) [1].

La consultation de l'hépto-gastroentérologue (HGE) va permettre d'indiquer l'examen, d'informer et de préparer le patient, de modifier ou de stopper certains traitements, de proposer les consultations spécialisées nécessaires en plus de la consultation obligatoire d'anesthésie.

Il existe cependant des situations où les modalités de prise en charge peuvent être différentes et poser des problèmes spécifiques notamment, quand un examen est réalisé à la demande d'un confrère ou dans un contexte d'urgence.

La consultation d'un HGE avant une endoscopie digestive

L'HGE devra avant tout valider l'indication de l'examen endoscopique et sa pertinence, L'utilisation d'une « *check list de la consultation* » peut être éventuellement utilisée.

Les indications d'une endoscopie ont été définies par les différentes sociétés savantes et en particulier par la SFED

pour respecter les bonnes pratiques et la pertinence des actes.

L'association américaine d'endoscopie (ASGE) a publié en 2012 un référentiel sur les indications des différents types d'endoscopies [2].

La société européenne d'endoscopie digestive (ESGE) publie régulièrement sur son site et dans la revue *Endoscopy* des recommandations qui sont aussi traduites en français par la SFED.

Information du patient

Il est indispensable d'informer le patient sur son état de santé et les modalités de réalisation d'un examen endoscopique et/ou du traitement dont il va bénéficier. L'information doit être claire, loyale et adaptée. Il est indispensable d'obtenir son accord pour réaliser l'acte. Cette information est délivrée oralement lors de la consultation après un examen clinique et doit être complétée par la remise d'un document écrit (modèle SFED). Le patient doit bénéficier alors d'un délai de réflexion lui permettant de poser toutes les questions éventuelles et de donner ainsi son consentement éclairé aux soins proposés. La traçabilité de l'information donnée doit figurer dans le dossier médical, afin de permettre à chaque professionnel d'établir sa réalité et les modalités de sa délivrance. La remise d'un document d'information et la signature du patient peuvent constituer des éléments supplémentaires de preuve. De plus cette consultation permettra d'évaluer les

traitements en cours et la nécessité éventuelle de les modifier ou de les arrêter temporairement (anticoagulants). Celle-ci permettra également de proposer une antibioprophylaxie. Selon les comorbidités, un avis spécialisé notamment cardiologique avant la consultation d'anesthésie peut être nécessaire.

En dehors de certaines comorbidités, les règles habituelles du jeûne s'appliquent (2 heures pour les liquides clairs, 6 heures pour les solides). Dans le cas de la prescription d'une coloscopie, une préparation colique est indispensable, après vérification des contre-indications éventuelles. Les modalités d'administration, telles qu'une prise fractionnée, devront être expliquées et comprises par le patient.

Organisation de la procédure

La programmation de l'examen

Elle sera faite en tenant compte de sa durée habituelle et des disponibilités du programme. L'HGE devra prévoir le matériel nécessaire à l'endoscopie et le précisera dans le programme notamment en cas d'endoscopie interventionnelle.

Un document récapitulatif pourra être transmis à la consultation d'anesthésie. Les médecins concourant à la prise en charge conjointe d'un patient doivent se tenir mutuellement informés.

Critères de sélection des patients pour l'anesthésie ambulatoire [3-4]

Les critères de sélection pour une intervention en ambulatoire dépendent du type d'acte, de critères relatifs à l'état de santé du patient et de critères psychosociaux du patient.

L'état général du patient sera mesuré selon les critères de l'ASA (American Society of Anesthesiologists) : les stades 1 et 2 ne posent pas de problème, un patient de stade 3 peut être éligible pour l'ambulatoire si son état est stable.

Le grand âge n'est pas une contre-indication. L'urgence n'est pas une contre-indication.

Le patient doit être accompagné pour le retour à domicile.

Il doit pouvoir être surveillé par un proche la nuit suivant l'intervention.

Il est recommandé que la présence d'un accompagnant sur le lieu de résidence post-opératoire soit évaluée en fonction du couple acte-patient et définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

Le patient doit avoir le téléphone avec un bon niveau de compréhension.

Il est recommandé de s'informer auprès du patient si le lieu de résidence postopératoire est compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion; mais il est recommandé de formaliser une convention entre établissements afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire.

Quelles sont les situations particulières lors d'une endoscopie sous anesthésie ?

Sur un plan général, les risques de l'anesthésie sont majorés chez les patients non équilibrés sur le plan cardiaque, respiratoire, ou en raison des troubles neurologiques. La question de l'intérêt de l'examen se posera notamment dans un contexte d'urgence et sa réalisation pourra être différée afin d'obtenir de meilleures conditions de sécurité. Il s'agit alors d'une discussion au cas par cas en fonction des bénéfices attendus de l'endoscopie et des risques liés au patient.

Endoscopie chez l'enfant

Nous ne développerons pas ce cas particulier, le résumé des recommandations de l'ESGE est disponible en français sur le site de la SFED.

Endoscopie en gériatrie

Il n'y a pas de différence avec l'adulte jeune, mais l'examen doit entrer dans un projet thérapeutique. Les problèmes de tolérance vont dépendre des comorbidités, en particulier l'état cognitif et l'insuffisance cardiaque éventuelle. En postopératoire, la présence d'un accompagnant dans le lieu de résidence est recommandée. L'acte devra être évalué selon l'état du patient et les modalités de prise en charge, définies

au préalable en fonction de l'organisation préétablie par la structure de soins (Référentiel 2009 SFAR).

Endoscopie et grossesse

La grossesse ne doit pas être un frein en cas d'indication impérative.

Les seules contre-indications sont la présence de complications obstétricales graves ou non contrôlées telles que la rupture des membranes, la menace d'accouchement prématuré et l'hématome rétro placentaire [5].

Endoscopie et obésité

On préviendra les patients présentant une obésité morbide d'une possibilité d'intubation orotrachéale d'autant plus fréquente qu'ils présentent un reflux-gastro-œsophagien.

Endoscopie et risque hémorragique

Les examens biologiques pré interventionnels ne doivent pas être systématiques. Les référentiels de la SFAR sur les examens pré-interventionnels proposent un questionnaire simple qui permet de dépister un éventuel risque hémorragique lors de la consultation (réf. Molliex *et al.*, AFAR 2012). Un avis spécialisé sera nécessaire en cas d'anomalies génétiques de l'hémostase (hémophilie) afin de mettre en place un éventuel traitement préventif.

Situations où une consultation d'HGE avant l'endoscopie n'est pas réalisable

Il existe 2 situations distinctes : l'acte est réalisé en urgence ou le patient est adressé par un confrère spécialiste (HGE ou chirurgien) pour un acte spécifique.

Urgence

Les vraies indications de l'endoscopie en urgence sont peu fréquentes, mais elles nécessitent une prise en charge spécifique et une mise en condition préalable du patient dont le pronostic vital peut être mis en jeu. Les hémorragies digestives hautes ou basses sont le plus souvent en cause, notamment avec l'augmentation des prescriptions des anti thrombotiques. Une consultation au lit du patient ou un entretien

avec la famille sont indispensables avant de réaliser l'exploration endoscopique pour expliquer les modalités de l'examen, les risques et les complications encourus mais aussi les bénéfices attendus.

Les modalités d'informations et les motifs de l'urgence seront notés sur le dossier médical.

Patient adressé par un autre confrère

Bien qu'il soit préférable qu'un seul praticien organise le parcours de soin d'un patient et lui explique le projet thérapeutique ainsi que les modalités des examens envisagés, le gastro-entérologue travaille fréquemment en équipe dans le cadre d'une prise en charge collégiale et réalise régulièrement des actes chez un patient adressé par un autre confrère de la même spécialité ou non, du même établissement ou non. Le partage de l'information peut se révéler parfois complexe, mais les médecins doivent se tenir mutuellement informés même s'ils assument personnellement les responsabilités liées à l'information que chacun doit à son patient dans le périmètre de sa compétence.

Ainsi, le praticien prescripteur dans le cadre de sa compétence peut se charger de l'information sur les modalités et les risques de l'examen. L'information doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques et un document d'information, idéalement celui de la SFED, doit être remis au patient.

Le jour de l'acte, le gastroentérologue « opérateur » doit prendre connaissance du dossier médical, voir le patient avant son geste, et s'assurer qu'il a reçu l'information nécessaire.

Les règles de la consultation pré-anesthésique en endoscopie [6]

La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1^{er} de l'article D. 712-40 du décret de 1994 « a lieu plusieurs jours avant l'intervention » (en pratique, au moins 1). Pour éviter au patient des déplacements itératifs ou de très longue distance, il a été admis par la SFAR que la consultation puisse avoir lieu dans un autre établissement sous réserve d'un accord entre les médecins anesthésistes concernés et de l'accord du patient.

Faut-il demander une nouvelle consultation d'anesthésie en cas d'acte avec anesthésie récente [7] ?

Pour ces patients, avec un délai raisonnable entre les deux actes évalué par l'équipe en fonction du statut fonctionnel et du type d'acte, il est possible de se passer d'une nouvelle consultation physique. Un contact par une conversation orale à distance par téléphone ou par télémedecine est possible plusieurs jours avant l'intervention. (consultations itératives SFAR juin 2017). Après appel téléphonique (ou par visioconférence), le médecin anesthésiste réanimateur qui effectue la consultation orale à distance doit s'assurer de l'absence d'évènement intercurrent ou de modification de traitement depuis la dernière intervention, consulter le dossier et interroger le patient sur d'éventuelles complications après la précédente intervention. Il est également nécessaire de redonner au patient toutes les informations sur la technique d'anesthésie et ses complications potentielles et des consignes concernant la conduite à tenir pour les traitements préopératoires, les règles de jeûne. Le cas échéant, il faudra encore rappeler les consignes propres à une prise en charge ambulatoire (accompagnant pour la sortie et/ou la première nuit, règles du jeûne préopératoire, vérification de la possession des ordonnances d'antalgiques.)

(Consultations d'anesthésies délocalisées, itératives ou en télémedecine : Propositions du comité analyse et maîtrise du risque. SFAR 2017.) Une trace écrite de la décision devra figurer dans le dossier. Le patient doit être dûment informé et consentant. La visite pré-anesthésique prend dans ces conditions une valeur particulière. Une nou-

velle consultation est indispensable, si un des actes successifs implique une conduite différente ou plus compliquée.

Quel courrier et quelles informations indispensables avant la consultation pré-anesthésique ?

Tout document jugé utile à la coordination des soins peut être ajouté dans le DMP par un professionnel de santé (en exercice libéral ou en établissement de santé) dès lors que le patient a donné son autorisation d'accès.

Le motif d'examen, contexte clinique avec la justification du degré d'urgence, principaux antécédents et traitements doivent être indiqués.

Prévenir l'anesthésiste des conditions de réalisation de l'examen (durée, manœuvre spécifiques) ou des conditions particulières comme l'utilisation d'une insufflation au CO² afin qu'il anticipe sur les conditions de protection des voies aériennes (intubation).

Le problème du jeûne et du délai de fin de préparation orale pour coloscopie ?

La position commune de la SFED et de la SFAR [8] a permis une amélioration de la qualité de la coloscopie en France, bien que les résultats de l'enquête SFED 2017 montrent un délai moyen de 5 heures entre la fin de la préparation et la coloscopie.

L'alimentation légère est possible jusqu'à 6 heures avant l'anesthésie, le dernier verre de la préparation 3 heures avant, le dernier verre de liquide clair 2 heures avant.

Tableau I. Synthèse des consignes concernant les dernières prises d'aliments, de liquides et de produit de préparation en fonction de l'horaire programmé de la coloscopie

Si l'examen a lieu entre	Alimentation légère jusqu'à	Préparation colique jusqu'à	Autres liquides clairs : eau, thé, café, tisane sucrés, jus de pomme ou de raisin, jusqu'à
8 h-10 h	2 h	5 h	6 h
10 h-12 h	4 h	7 h	8 h
12 h-14 h	6 h	9 h	10 h
14 h-16 h	8 h	11 h	12 h
16 h-18 h	10 h	13 h	14 h

Tableau II. Principales situations s'accompagnant d'un ralentissement de la vidange gastrique

Douleur aiguë	Dysautonomie neurovégétative (syndrome de Shy Drager)
Prise d'opiacés	Tétraplégie
Sclérodémie	Maladie de Parkinson
Amylose	Diabète ancien mal équilibré
Ulcère gastro-duodénal	Occlusion intestinale
Vagotomie	

Le délai devra être adapté en cas de ralentissement de la vidange gastrique.

Consultation et examen pré anesthésique [9]

Seul le médecin anesthésiste-réanimateur est habilité à réaliser la consultation pré anesthésique avant tout acte thérapeutique ou diagnostique pratiqué sous anesthésie générale, anesthésie ou analgésie locorégionale ou sédation. Cette consultation lui permet d'effectuer un examen clinique, d'évaluer le risque, de décider de la prémédication éventuelle et de la technique anesthésique, d'informer le patient et de le préparer à l'intervention. Cette démarche est adaptée au degré d'urgence, à l'état du patient, à l'acte et à l'anesthésie projeté.

L'examen pré anesthésique comporte un examen du dossier, un interrogatoire et un examen physique. L'interrogatoire recherche les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques, les traitements en cours et tout autre problème médical susceptible d'interférer avec l'anesthésie. Le compte rendu écrit de la consultation pré-anesthésique inséré dans le dossier médical précise la date, ainsi que l'identité du médecin qui l'a effectuée. En fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen physique, de l'acte et de l'anesthésie envisagés, ainsi que du degré d'urgence, d'éventuels examens complémentaires sont programmés. **Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique d'examens complémentaires.** Seuls, ceux motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de l'acte et de l'anesthésie envisagés sont indispensables. Le cas échéant, une consultation spécialisée est demandée.

Organisation de la consultation pré anesthésique

La consultation d'anesthésie désigne à la fois l'acte et le lieu où est pratiqué l'examen pré anesthésique. Il est souhaitable qu'elle permette la réalisation immédiate éventuelle, de prélèvements sanguins, en vue d'examens complémentaires et d'un ECG.

Dans la mesure du possible, la consultation pré anesthésique a lieu à distance de l'acte. Elle doit se dérouler à une date qui permette de prévoir les investigations nécessaires à l'élaboration d'un protocole d'anesthésie. La CPA ne dispense pas d'une visite la veille ou le matin de l'intervention.

Dans le cas où le médecin qui procède à la consultation prévoit de ne pas réaliser lui-même l'anesthésie, il est recommandé d'en informer le patient. Le médecin anesthésiste effectuant l'anesthésie prend connaissance du dossier médical et se présente au patient avant l'intervention.

Stratégie préopératoire

L'indication de l'anesthésie et de ses modalités est du ressort du médecin anesthésiste. Il décide de la technique anesthésique et de la préparation à l'intervention en fonction des données de l'examen pré anesthésique. Il prend en considération les souhaits formulés par le patient et ceux émis par l'opérateur.

Quand les données de l'examen amènent le médecin anesthésiste soit à déplacer le moment prévu pour une intervention afin d'effectuer une préparation préopératoire, soit à contre-indiquer une anesthésie pour une intervention non immédiatement indispensable, il en avertit aussitôt l'opérateur. Le choix définitif du moment de l'intervention ou de son

report éventuel résulte d'une concertation. Le programme opératoire est élaboré par l'opérateur et communiqué à l'anesthésiste pour une validation conjointe. L'anesthésiste réanimateur valide le parcours ambulatoire en fonction des données de la consultation.

Information et consentement du patient

Quand la décision d'intervenir est prise et la technique anesthésique fixée, le patient et/ou ses proches en sont informés. Cette information a pour but d'éclairer le patient sur l'acte anesthésique projeté, d'obtenir son consentement et de répondre à ses éventuelles questions. L'information insistera plus spécialement sur les points suivants : différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie postopératoire éventuelles et leurs risques prévisibles.

En cas d'urgence ou d'impossibilité de recueillir en temps utile cette autorisation écrite, l'autorisation verbale s'y substitue au titre du « cas de force majeure » et doit être consignée avec précision dans le dossier médical.

L'endoscopie en urgence et consultation d'anesthésie

Tout acte d'anesthésie nécessite une consultation, l'article D 6124-91 du CSP précise toutefois que cette consultation doit être assurée lorsqu'il s'agit d'une « intervention programmée », il ne peut ainsi être fait exception à cette consultation que dans le cas particulier de l'urgence.

Parce qu'elle constitue une exception, **cette urgence doit être caractérisée** et il ne doit subsister aucun doute sur celle-ci.

S'il n'est pas nécessaire que figure expressément la notion « d'urgence » au dossier médical, ce dernier doit néanmoins comporter des indications démontrant que cette urgence était réelle.

Qui est le prescripteur des traitements médicamenteux ? [10]

Les points clés de la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens ont été listés sur un document opposable de la HAS [11].

L'HGE est le premier à voir le patient et à prendre connaissance de son traitement.

Il doit être noté dans le dossier et en cas de complexité faire l'objet de demande de renseignements auprès des médecins en charge du patient.

Lors de la CPA, l'anesthésiste-réanimateur étudie les traitements mentionnés dans son dossier et peut modifier les médicaments susceptibles d'interférer avec l'anesthésie. Cette nouvelle prescription, ainsi qu'une éventuelle prémédication, sont transmises aux IDE lors de l'admission du patient.

Lors de l'hospitalisation, dans la phase pré- et postopératoire, la prescription du traitement personnel du patient hospitalisé peut être réalisée par l'anesthésiste, l'HGE ou un autre médecin du service selon le partage local des champs d'activité, il en est de même pour la prescription de sortie [12].

Qui prend en charge les modifications ou l'arrêt des anticoagulants ou des antiagrégants ?

Il n'existe pas de consensus sur la répartition des prescriptions d'anticoagulants. Dans certaines équipes, la gestion est assurée par l'HGE, dans d'autres par l'anesthésiste, la situation intermédiaire est fréquente. Dans tous les cas, un document écrit sur l'organisation est nécessaire.

« Le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous » [13].

Néanmoins, les anesthésistes ont l'habitude de prescrire ou de modifier les antiagrégants ou anticoagulants pour des gestes chirurgicaux. Les HGE doivent préciser les risques hémorragiques de leur geste avant la consultation d'anesthésie.

Des recommandations européennes (ESGE [14] publiées récemment ont précisé les modalités d'arrêt ou de

La Check-List en consultation d'HGE avant une endoscopie

	Oui	Non
Indication de l'endoscopie		
Accord du patient avec information		
Modification des traitements (anticoagulants...)		
Indication d'une antibioprophylaxie		
Geste possible en ambulatoire (hospitalisation ?)		
Adaptation des règles habituelles de jeûne (gastroparésie...)		
Nécessité d'une consultation spécialisée autre (pace maker...)		
Contre-indication éventuelle à certaines préparations (insuf. rénale...)		
Consultation d'anesthésie organisée		
Information de l'anesthésiste (durée, CO2...)		
Accords à obtenir indépendamment du patient (enfant, tutelle...)		

modifications des traitements antithrombotiques en fonction du risque hémorragique de l'acte endoscopique. Les actes endoscopiques ont été classés en 2 groupes : faible risque (tout acte diagnostique avec ou sans biopsies superficielles) et haut risque (toute endoscopie thérapeutique) avec dans ce cas un arrêt impératif des anticoagulants. La problématique des nouveaux anticoagulants directs (AOD) nécessite une prise en charge différente des AVK (www.GIHP.org).

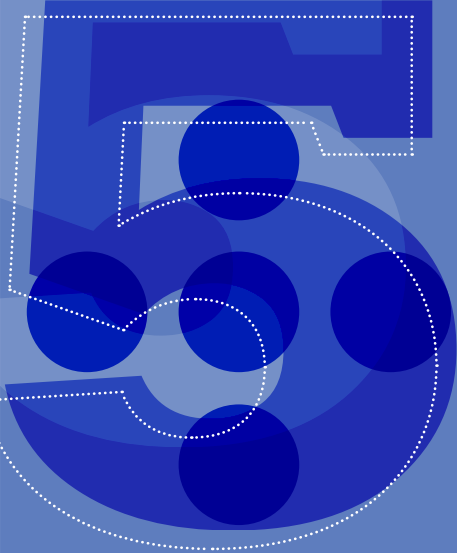
Qui prescrit l'antibioprophylaxie, quand elle est indiquée ?

C'est la même règle de répartition des tâches que pour les anticoagulants.

Les indications sont précisées par la SFED et la SFAR. Deux éléments interviennent : 1) les patients à risque : prothèse valvulaire mécanique, ATCD d'endocardite infectieuse, cardiopathie congénitale, transplanté cardiaque avec valvulopathie ; 2) les procédures à risque : dilatation endoscopique, sclérose de VO, CPRE (seulement si drainage incomplet), gastrostomie, ponction de kystes sous échoendoscopie, coagulation au plasma argon. En pratique, il faut l'association des 2 éléments (patients et actes) pour indiquer une antibioprophylaxie.

Références

- Guidelines for privileging, credentialing, and proctoring to perform GI endoscopy Volume 85, No. 2: 2017.
- ASGE indication appropriate_use_of_gi_endoscopy.pdf
- Anesthésie du patient en réanimation Massa H. *et al* EMC 36-635-A10.
- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire HAS Mai 2013.
- Gastrointest Endosc. 2005 Mar;61(3):357-62.
- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.
- Comité vie professionnelle de la SFAR.
- Recommandations SFED-SFAR.
- Recommandations concernant la période pré anesthésique (SFAR).
- snarf.org Prescription médicamenteuse lors de l'hospitalisation publié le 24-5-2016.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens: mieux travailler en équipe. Novembre 2015.
- <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf>
- HAS manuel d'accréditation.
- Endoscopy 2015; 47: 1175-89.



LES CINQ POINTS FORTS

Hors urgence, une consultation de gastroentérologie et une consultation d'anesthésie à distance de l'endoscopie sont indispensables avant la réalisation de l'acte.

La consultation permettra d'informer le patient des avantages et des risques de l'endoscopie et de l'anesthésie.

L'information du patient doit être tracée.

Le rôle du gastroentérologue et de l'anesthésiste dans l'adaptation et la prescription des traitements doit être formalisé dans chaque structure.

Les règles de jeûne ont été adaptées et doivent être appliquées par tous

Des bilans ne sont pas systématiques.

La transmission des informations médicales et du type d'acte du gastroentérologue à l'anesthésiste est nécessaire avant la consultation d'anesthésie.