Gestion pratique des patients lors de la réalisation d'une endoscopie digestive sous anesthésie : rôle du gastroentérologue et de l'anesthésiste après l'examen

Denis Grasset, Hélène Beloeil

(✉) Service de gastroentérologie. Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.
20, boulevard Général Maurice Guillaudot, BP 70555, 56017 Vannes Cedex
E-mail : denis.grasset@ch-bretagne-atlantique.fr – helene.beloeil@chu-rennes.fr

Objectifs pédagogiques

- Connaître les situations à risque et savoir mettre en place les mesures préventives adaptées pour éviter une complication
- Connaître la prise en charge du patient après l'acte endoscopique
- Connaître les conditions pour autoriser la sortie
- Assurer la surveillance à distance

Environ 2,5 millions d'endoscopies par an [1] sont faites en France, dont plus de la moitié sous anesthésie générale (AG). Le gastroentérologue qui a la responsabilité de l'acte doit s'organiser avec la structure où est réalisée l'endoscopie, en général apparentée à un bloc ou directement dans un bloc opératoire. Cela impose des contraintes, garantissant la sécurité du patient, le respect de la charte de bloc [2] et une parfaite connaissance du déroulement des différentes phases, préopératoires et postopératoires.

L'hépato-gastroentérologue (HGE) et le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) doivent connaître chacun leur rôle respectif tout au long de la procédure, au mieux avec des protocoles écrits et actualisés dans chaque établissement. À la différence de la plupart des autres pays, la sédation profonde – ou l'anesthésie générale – effectuée pour une endoscopie ne peut être réalisée en France que par un MAR, délégué ou assisté par un infirmier anesthésiste (IADE). Nous n'aborderons pas ici l'endoscopie chez l'enfant.

Gestion d'un incident et accompagnement du patient au décours d'une complication ou d'une situation à risque

L'endoscopie digestive sous anesthésie est un geste sûr et les complications liées à l'anesthésie sont très rares mais des incidents mineurs sont fréquents [3] souvent non mentionnés dans le compte rendu d'examen (mais sont tracés dans la feuille de surveillance per opératoire). Les complications liées à l'endoscopie [4-5] varient de 0,1 à 10 % selon le type d'acte. La responsabilité médicale de l'HGE est engagée et peut être partagée avec le MAR en cas d'accident anesthésique [6].

Complications non digestives

La revue de la littérature est difficile à extrapoler en France car dans la plupart des autres pays, l'endoscopie avec sédation est réalisée sous la responsabilité de l'HGE. Cependant, dans une étude portant sur 1,38 millions d'endoscopies aux États-Unis, le taux de complications était similaire que la sédation soit faite sous la responsabilité d'un HGE ou sous celle d'un MAR [7]. Les complications liées à la sédation ou l'anesthésie surviennent dans 0,5 % des endoscopies et les incidents mineurs dans 10 à 20 % [8]. La mortalité est inférieure à 0,03 %. Les facteurs favorisants sont l'âge avancé, les comorbidités appréciées par le score ASA (3 ou 4), la longueur de la procédure et sa réalisation en urgence [3].

Les complications cardio-vasculaires représentent environ 50 % de la morbidité et de la mortalité des procédures endoscopiques dans les pays anglo-saxons. Ce sont essentiellement des troubles du rythme cardiaque, transitoires et spontanément régressifs : tachycardie sinusale, extra systoles auriculaires ou ventriculaires,

modifications du segment ST, bradycardie sinusale fréquente d'origine vagale notamment lors des coloscopies en cas de boucles. La survenue d'une hypotension est fréquente et contrôlée lors de l'anesthésie. La fiche de surveillance per opératoire ne signale que les incidents qui nécessitent l'utilisation de médicaments vaso-actifs. Il importe dans ce cas de vérifier, lors de la visite postexamen faite par l'HGE, que le patient soit informé et qu'un rendez-vous ait été pris avec un cardiologue s'il y a lieu.

Les complications respiratoires sont aussi fréquentes. L'hypoxie transitoire (et éventuellement une hypercapnie) est contrôlée par l'anesthésiste ; elle peut être liée à la profondeur de la sédation ou aggravée par l'obstruction pharyngée due à l'endoscope, ce qui favorise les troubles cardiovasculaires. Surtout, la complication la plus redoutée, dont la fréquence est sous estimée, est l'inhalation [4] qui peut se compliquer de pneumopathie parfois sévère [9]. C'est la raison pour laquelle, chez les patients à risque, ou lors de gestes endoscopiques prolongés, une intubation trachéale est nécessaire pour protéger les voies aériennes. Une suspicion d'inhalation impose un séjour prolongé en SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle). La sortie ou l'hospitalisation dépendent principalement de la régression de l'hypoxémie et de l'absence de signes radiologiques faisant suspecter une pneumopathie d'inhalation. L'HGE doit suivre son patient et « accompagner » cette complication durant les jours suivant en partageant cette surveillance avec le MAR.

Les complications allergiques sont exceptionnelles, en particulier depuis l'utilisation très large du propofol. La prescription d'une antibioprophylaxie ou d'AINS peut parfois être incriminée. La survenue d'un rash cutané ou d'une vasoplégie durable doivent faire rechercher une allergie médicamenteuse et entraîner un bilan allergologique immédiat et retardé à la suite de l'endoscopie. L'HGE doit contrôler que l'information ait bien été donnée, ce qui est fondamental pour prévenir les récidives.

Complications digestives

Les complications les plus redoutées sont celles liées à l'acte lui-même : les perforations et hémorragies, ainsi que la pancréatite postcholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et les hématomes ou rupture spléniques postcoloscopie [4]. Le diagnostic peut être immédiat ou retardé, ce qui implique une information orale et écrite préalable au geste, mais qui doit être aussi rappelée après l'endoscopie. L'utilisation d'une insufflation au CO2 est recommandée pour tous les actes endoscopiques à visée thérapeutique et elle est souvent responsable d'une augmentation de la capnie en particulier pour des actes longs. Elle permet de limiter l'inconfort postcoloscopie ou l'importance du ballonnement post-CPRE et se révèle bénéfique pour toute procédure haute de durée prolongée. En cas de perforation, la tolérance est améliorée permettant souvent la gestion médicale de cette complication.

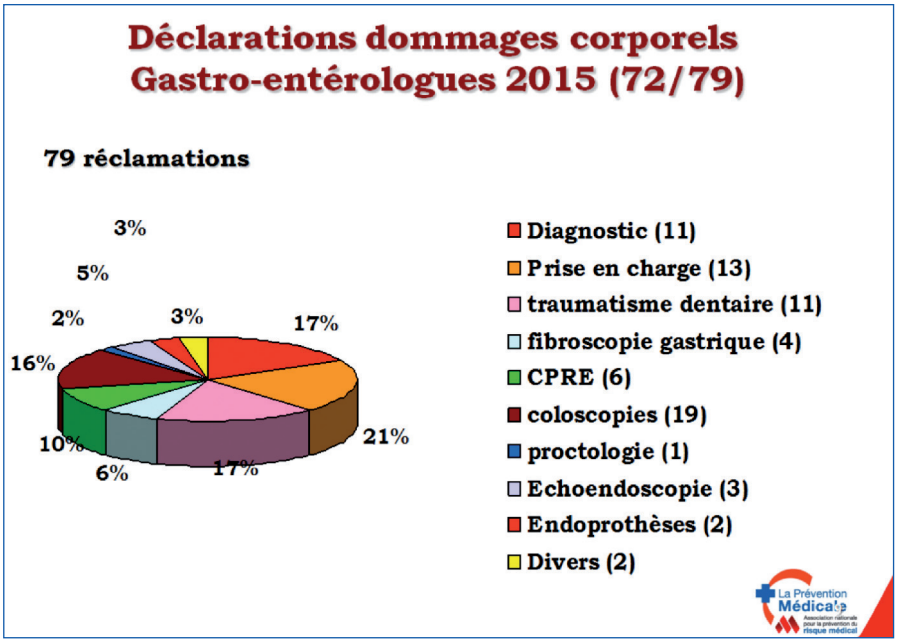
La survenue de ces complications digestives nécessite une gestion humaine immédiate parfaitement résumée dans la fiche de la société française d'endoscopie digestive (SFED) [10]. Les complications liées à la préparation faite pour une coloscopie sont très rares, la difficulté la plus fréquente est la mauvaise qualité de la préparation, appréciée par le score de Boston. Cela va impacter le résultat de l'examen qui devra parfois être reprogrammé et dans ce cas, il faudra fixer la date de ce contrôle rapproché et optimiser le type de préparation.

À côté des complications digestives graves, il faut connaître les événements mineurs, qui surviennent dans les suites d'une endoscopie et peuvent être source d'appel du patient et de consultation auprès de son médecin traitant. Il est nécessaire que le patient soit informé de ces complications mineures, source d'inquiétude, et qu'il possède à sa sortie de l'établissement un compte rendu détaillé de l'examen [5].

Traumatisme dentaire

Même si cela peut paraître anecdotique, la perte d'une dent ou d'un bridge lors d'une endoscopie sous AG est une complication rare qui peut être liée soit à l'intubation trachéale, soit à la mise ou au retrait du cale dent pour une endoscopie haute. Des recommandations précises ont été publiées par la SFAR [11]. En terme de déclaration de dommages corporels et de poursuites éventuelles, le relevé de la prévention [12] médicale en 2015, le traumatisme dentaire correspondait à 17 % des plaintes et réclamations envers les HGE (11/79), aussi nombreuses que les plaintes pour retard diagnostique ou les perforations coliques ! (Tableau I). Il est conseillé de récupérer la dent tombée et l'adresser pour étude anatomopathologique pour contrôler son état antérieur. Un bilan dentaire rapide peut être aussi envisagé pour apprécier des troubles préexistants.

Tableau I. Déclaration dommages corporels à l'encontre du gastroentérologue (d'après G Decroix, Vidéodigest 2017)



Dysfonctionnement d'une stimulateur cardiaque

Une endoscopie chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque (pose de 65 000/an en France) ou d'un défibrillateur est une situation non exceptionnelle. L'utilisation du bistouri électrique avec du courant monopolaire, ce qui est le cas général en endoscopie digestive, expose à des interférences électromagnétiques. L'ancienneté du pacemaker et la proximité de l'émission du courant électrique (par exemple l'œsophage ou le côlon transverse) avec la prothèse de stimulation, même si la plaque neutre est placée à distance (sur la cuisse par exemple), augmente ce risque. Selon les recommandations qui ne sont pas spécifiques à l'endoscopie [13], il paraît raisonnable de contrôler auprès du cardiologue référent le bon fonctionnement postprocédure, même si le défibrillateur a été neutralisé par un aimant lors de l'utilisation du bistouri. L'HGE devrait remettre un document au patient ou s'assurer qu'un RDV a été pris avec le cardiologue traitant dans un délai court (avant 1 mois) pour contrôler le bon fonctionnement du pace maker, si le bistouri électrique a été utilisé.

Complications infectieuses

Ce sujet ne peut être développé ici, mais le risque de contamination virale, en particulier le virus de l'hépatite C (VHC) a été plusieurs fois suspecté, liée à une transmission interhumaine (du patient précédant au suivant), *via* les endoscopes et même *via* le matériel d'injection des produits d'anesthésie. Ce risque viral et éventuellement par d'autres agents infectieux (prions) a fait modifier ces dernières années les procédés de décontamination des endoscopes [14]. Il n'est pas possible d'alerter les patients mais leur préciser le cas échéant que ce risque est exceptionnel. L'HGE est garant de la qualité de la procédure de décontamination et de sa traçabilité.

Le risque de complication bactérienne postendoscopique, en particulier après coloscopie où les bactériémies sont fréquentes, a surtout été décrit en cas de polypectomie [15]. Une antibioprophylaxie est recommandée chez certains patients à haut risque et pour certaines procédures endoscopiques. Le rôle de l'HGE est de prévenir le patient afin qu'il alerte son médecin traitant en cas de fièvre inexpliquée survenant dans le mois suivant l'endoscopie.

Sortie de salle d'endoscopie : passage en SSPI

Le patient est conduit en SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle : SSPI), sous la responsabilité du MAR, qui donne l'autorisation de retour dans le service (ambulatoire ou non). L'HGE peut être contacté en cas d'événements inhabituels (tels que douleurs, saignements, vomissement) par les IDE ou IADE en responsabilité du patient en SSPI ou unités d'hospitalisation, il doit alors se déplacer et/ou donner ses consignes en interrompant s'il le faut son programme d'endoscopie. La proximité des salles d'endoscopie et du SSPI est une condition nécessaire pour une gestion facilitée sécurisée des patients en cas de suites compliquées.

Sortie du patient

La sortie d'une unité ambulatoire doit être organisée en amont : l'aptitude à la « rue » doit être prévue par le MAR selon un protocole incluant un score de sortie renseigné par l'IDE de l'unité ambulatoire (score de CHUNG par exemple). La sortie de l'unité ambulatoire doit prévoir une visite de l'HGE et la remise d'un compte rendu.

Information sur l'examen

Les résultats de l'endoscopie doivent être expliqués et commentés dans un lieu calme et isolé, et associés à un compte rendu d'examen écrit destiné au patient et au médecin traitant. C'est une obligation du praticien, le patient devant avoir accès à ces informations (articles L.1111-17 et R.4127-45 CSP).

En cas de complication, celle-ci doit être expliquée de façon détaillée ainsi qu'à la personne de confiance si besoin. Les conséquences éventuelles doivent être détaillées et un contrôle clinique, biologique ou d'imagerie est souvent organisé, le cas échéant.

Si l'HGE n'a pas pu revoir le patient après l'examen (par exemple retour direct dans un service d'hospitalisation) il doit informer le médecin en charge du patient des résultats de l'examen et du suivi éventuel.

L'endoscopie peut avoir été annulée ou interrompue pour différentes raisons : dossier incomplet, état du patient, programme trop chargé... ou interrompue du fait d'un incident anesthésique ou d'une difficulté endoscopique. Le patient doit être informé de la cause et connaître la date et les modalités d'un report ou éventuellement un examen de remplacement (par exemple coloscopie virtuelle ou vidéocapsule colique en complément ou remplacement d'une coloscopie).

Autorisation de la reprise des boissons et aliments

Il y a peu de recommandations, l'autorisation de reprise des boissons (puis de l'alimentation) doit être mentionnée sur la fiche de surveillance postanesthésie ou doit faire l'objet d'un protocole écrit propre à l'établissement. Le développement de la réhabilitation précoce postopératoire a permis de lever beaucoup de restriction alimentaire inutile. Ainsi, après une endoscopie sous AG mais en ventilation spontanée, le patient peut reprendre, en l'absence de troubles de la déglutition, immédiatement une boisson à sa sortie de salle de réveil, puis si elle est bien tolérée, une alimentation légère (par exemple : potage et/ou jambon purée, pain fromage, yaourt, crème, compote). S'il a eu une intubation, un délai d'une heure après son retour dans sa chambre peut être prescrit, de façon tout à fait empirique, avant la reprise alimentaire. Le personnel de l'unité contrôle avant la réalimentation l'absence de complications (nausées, douleurs avec EVA > 4, saignements anormaux) ainsi que l'état de conscience et la capacité du patient à tenir assis.

Parfois, le MAR recommande de maintenir le patient à jeun du fait d'une complication cardiorespiratoire. Aussi l'HGE peut décider le maintien du jeûne du fait d'une complication digestive ou d'un très haut risque de complication hémorragique retardée ou de perforation pouvant imposer une reprise de l'examen, voire un geste chirurgical. De même, le jeûne est en général maintenu quelques heures après une CPRE, dans l'hypothèse de survenue de complications retardées, notamment la pancréatite aiguë.

Reprise des anticoagulants et antiagrégants

En cas de relais anticoagulants (AVK-HBPM), d'arrêt transitoire des anticoagulants (AOD) ou de suspension ou relais (par acide acétylsalicylique) des agents antiplaquettaires, la gestion de la reprise doit être faite et tracée dans le dossier médical. En général, les anticoagulants et antiagrégants peuvent être repris dès le lendemain de l'endoscopie, voire le soir même [16]. La balance bénéfice-risque entre complication hémorragique postprocédure et accident ischémique doit être tracée dans le dossier et clairement explicitée au patient, si la reprise est différée. En cas de geste à haut risque hémorragique la reprise des modificateurs de la coagulation peut être retardée de 2 jours et la reprise des AVK de 5 à 15 jours. La prescription d'une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) ou d'héparine sous cutanée sera appréciée selon l'importance du risque hémorragique et la présence d'une insuffisance rénale ou d'une association à un antiagrégant. Dans la majorité des cas, l'utilisation des AOD autorise une reprise directe et le relai par HBPM n'est pas recommandé. L'HGE veillera à ce que les tests biologiques soient prescrits pour surveiller l'efficacité (INR) ou le risque éventuel de surdosage (fonction rénale) ou l'apparition d'une anémie (NFS) en cas de risque hémorragique accru.

Consignes et suivi postexamen

L'ensemble des éléments ci-dessous est résumé dans la « check list » proposée au tableau III, et se réfère pour les endoscopies ambulatoires au contrôle interne proposé par l'HAS (Tableau II).

Tableau II. Grille de contrôle interne HAS Mars 2015 pour la chirurgie ambulatoire

Prise en charge postopératoire en UCA et sortie	29	La fiche de liaison bloc-UCA figure dans le dossier
	30	Les informations sur la sortie du patient de l'UCA sont tracées dans le dossier - vérification de l'aptitude au retour au domicile (score de Chung ou autre score, ...) - fiche d'autorisation de sortie signée par le chirurgien ou l'anesthésiste - conditions de retour à domicile adaptées au patient (présence de l'accompagnant, conditions spécifiques chez l'enfant) - heure de sortie
	31	Les consignes à suivre au retour au domicile ont été réitérées au patient à sa sortie et consignées par écrit : - prise en charge de la douleur à domicile, gestion des nausées et vomissements éventuels - symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte, recours en cas d'évènements imprévus - nécessité de l'intervention d'autres professionnels de santé au retour à domicile - modalités de reprise de la douche/bain, l'alimentation, l'activité physique - précautions ou précisions éventuelles sur le site opératoire - date de la consultation postopératoire - etc.
	32	L'ensemble des documents nécessaires au suivi de sa prise en charge ont été remis au patient et sont tracés dans le dossier, notamment : - le bulletin de sortie signé par un médecin, mentionnant l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations de surveillance postopératoire ou anesthésique, les coordonnées des personnels de l'établissement assurant la continuité des soins - les ordonnances de sortie confirmées (antalgiques, pansement, rééducation, etc.) - la lettre/le document de sortie pour le médecin traitant et au mieux le compte rendu opératoire (avec traçabilité d'un éventuel DMI) - le carnet de santé et les dispenses scolaires/sportives (enfants), les arrêts de travail...
Après le retour à domicile	33	L'appel du patient à J+1 (ou au-delà) (contrôle de la douleur, recherche d'évènements indésirables, etc.) a été réalisé conformément à la procédure en place dans l'UCA (et figurant dans la charte de fonctionnement) ; les rappels et vérifications effectués sont tracés dans le dossier.

Documents concernant l'acte endoscopique et rendez-vous ultérieurs

Le compte rendu doit comporter tous les éléments recommandés par la SFED [17] : données administratives, nom de l'opérateur, des aides endoscopistes, du MAR, le type et numéro d'endoscope, l'irradiation reçue (en cas d'utilisation de scopie), l'utilisation d'une ventilation assistée, le contexte clinique, le CR détaillée de l'endoscopie, la qualité de la préparation, la conclusion et la proposition de traitement ou de contrôle ultérieur.

Une date de consultation avec l'HGE peut être fixée, par exemple pour informer le patient des résultats des biopsies. Cette information peut être déléguée au médecin traitant, mais le patient doit en être averti.

Aptitude à la sortie et conditions du retour

La sortie du patient de l'unité d'ambulatoire est « autorisée par le MAR responsable, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'endoscopie » [18]. La responsabilité de l'HGE se trouve donc impliquée lors de la décision de sortie de l'unité.

Des scores « d'aptitude à la rue » ont été développés, notamment le score de Chung [19] modifié (Tableau IV) qui est évalué très rapidement, la sortie étant compatible avec un score de 9 ou 10. Ce score doit être tracé dans le dossier patient.

En cas d'examen ambulatoire, la conduite est proscrite, le patient doit être accompagné soit par un proche, soit transporté taxi, VSL ou par un

Tableau III. Check list de sortie du patient après endoscopie digestive pour le gastroentérologue

1. Information sur l'examen et compte rendu pour le patient et le médecin traitant
2. Information en cas de risque accru de complication de l'endoscopie
3. Indication sur la nécessité d'un contrôle cardiologique (pacemaker par exemple)
4. Information sur d'éventuels incidents anesthésiques survenus durant l'examen
5. Autorisation de la reprise alimentaire
6. Aptitude à la sortie et autorisation du MAR, si patient ambulatoire
7. Contrôle de la présence d'un accompagnant pour le retour à domicile ou prescription d'un transport
8. Prescriptions médicamenteuses et contrôle biologique, en particulier anticoagulants et antiagrégants
9. RDV de consultations ou d'examens ultérieurs
10. Bulletin de sortie signé par l'HGE et le patient avec numéro d'appel téléphonique en cas de difficultés : structure d'ambulatoire, numéro direct ou secrétariat de équipe d'HGE, si besoin : médecin traitant ou le 15. Il est conseillé de conserver un double dans le dossier patient

Tableau IV. Score de CHUNG modifié [19]

Constantes vitales (T°, pouls, respiration) – Variation < 20 p. cent par rapport au préopératoire : 2 – Variation comprise entre 20 et 40 p. cent : 1 – Variation > 40 p. cent : 0
Déambulation – Démarche assurée, sans vertige : 2 – Marche possible avec assistance : 1 – Démarche non assurée, vertiges : 0
Nausées et/ou vomissements – Minimes : 2 – Modérés : 1 – Sévères : 0
Douleurs – Minimes : 2 – Modérés : 1 – Sévères : 0
Saignement chirurgical – Minime : 2 – Modéré : 1 – Sévère : 0
Pour sortir du centre, le patient doit avoir un score 9 ou 10

ambulancier. L'HGE doit veiller à ce que ces consignes soient respectées (engagement oral du patient), et si nécessaire prescrire un transport médicalisé, voire une hospitalisation. La présence d'une tierce personne durant la nuit suivant l'examen fait partie également des recommandations actuelles de l'ambulatoire. L'HAS-ANAP a encouragé en mai 2013 des modifications (dans le sens de l'allègement) des conditions de prise en charge de l'ambulatoire pour certains patients sélectionnés [20].

Si l'état du patient nécessite une hospitalisation, celle-ci doit être anticipée, soit dans le même établissement, soit dans une structure de soins adaptée. Cette éventualité doit être prévue et organisée préalablement à tout acte ambulatoire.

Permanence téléphonique

Il est indispensable que le patient ayant eu une endoscopie sorte de l'unité avec un numéro de téléphone [18] pour contacter 24 h/24 h l'unité ou la structure qui organisera la prise en charge avec l'HGE et/ou le MAR en cas de complications ressenties. Ces coordonnées téléphoniques doivent être mentionnées sur le bulletin de sortie signé par l'HGE. Il peut aussi contacter son médecin traitant, voire l'appel d'urgence (centre 15) si besoin. L'unité ambulatoire devrait au mieux avoir une astreinte téléphonique organisée pour ces appels survenant dans les 24 h, avec même un contact systématique du patient le lendemain, pour certaines équipes.

Conclusion

L'endoscopie digestive sous anesthésie nécessite une parfaite coordination du médecin anesthésiste et du gastroentérologue, qui partagent la responsabilité de l'acte. Des rencontres, des partages de retour d'expériences (CREX), éventuellement [21], des revues de morbi-mortalité (RMM) communes, amenant à la rédaction de protocoles doivent être favorisées, réunissant des représentants médicaux (MAR et HGE) et non médicaux. L'information du patient doit être privilégiée tout au long de son parcours et à sa sortie.

Références

1. Heresbach D, Bernardini D, Canard JM, *et al.* Deux jours à une semaine en endoscopie digestive : que nous enseigne le registrede la SFED depuis 14 ans (2001-2014)? Acta Endosc 2015;45:138-42.
2. Modèle de trame de Charte de Bloc Opératoire Document ANAP – Synchronisation des temps médicaux et non médicaux – Version du 24 avril 2015: bloc-operatoire.anap.fr/publication/export/1337/1
3. Vargo JJ II. Complications in Gastrointestinal Endoscopy:Gastrointest Endoscopy Clin N Am 2015;25:147-158.
4. Bielawska B, Hookey LC, Sutradhar R *et al.* Anesthesia Assistance in Outpatient Côlonoscopy and Risk of Aspiration Pneumonia, Bowel Perforation, and Splenic Injury: Gastroenterology 2017 Aug 30; [e-pub]. (http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2017.08.043)
5. Marquez Azalgara V, Sewitch MJ, Joseph *et al.* Rates of minor adverse events and health resource utilization postcôlonoscopy Can J Gastroenterol Hepatol; 2014;28:595-9.
6. Vallot T, Pelletier AL. L'aspect médico-légal des risques en endoscopie digestive: Hépato-Gastro 2009;16:195-200.
7. Vargo JJ, Niklewski PJ, Williams JL *et al.*Patient safety during sedation by anesthesia professionals during routine upper endoscopy and côlonoscopy: an analysis of 1.38 million procedures: 2017 Gastrointest endosc 2017;85: 101-8.
8. Cooper GS, Kou T, Rex DK. Complications following côlonoscopy with anesthésia assistance: a population-based analysis: JAMA Intern Med. 2013;173: 551-556.
9. Auroy Y, Benhamou D, Pequignot F, Jougla E, Lienhart A. Enquête mortalité Sfar-Inserm: analyse secondaire des décés par inhalation de liquide gastrique. Ann Fr Anesth Reanim. 2009;28:200-5.
10. Pienkowski P, Boustière C, Decroix G *et al.* Le risque médical en endoscopie, fiche d'information de la SFED 2010.
11. Nouette-Gaulain K, Lenfant F, Jacquet-Francillon D *et al.* Recommandations formalisées d'experts. Bris dentaires périanesthésiques : texte long. Ann Fr Anesth Réanim. 2012;31:213-23.
12. Le sou médical.Rapport annuel sur le risque des professions de santé: 11.10.2017.
13. Crossley GH, Poole JE, Rozner MA *et al.* The heart rythm society (HRS)/American society of anesthesiologists (ASA) Expert consensus statement on the perioperative management of patients with implantable defibrillators, pacemakers and arrhythmia monitors: Heart Rythm 2011;8:1114-54.
14. Instruction n° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative à relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins.
15. Kovaleva J, Peters FTM, Van der Mei HC *et al.* Transmission of Infection by Flexible Gastrointestinal Endoscopy and Bronchoscopy: Clin Microbiol Rev 2013;26:231-54.

16. Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C *et al.* Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Gut 2016;65:374-89.

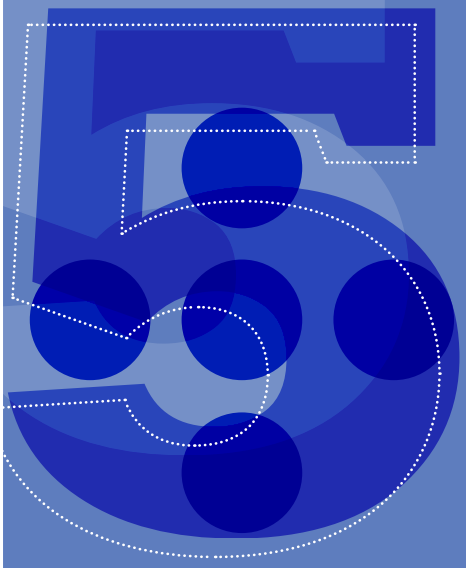
17. Pienkowski P, Joly-Le-Floch I, Heresbach D *et al.* Propositions pour la rédaction du compte rendu de coloscopie : Acta Endoscopica 2014;44:1-4.

18. Massa H, Hubert S, Carles M *et al.* Anesthésie du patient ambulatoire Encycl Méd Chir Anésthésie-Réanimation 2009;36-635-A-10:1-18.

19. Chung F. Discharge criteria: a new trend. Can J Anaesth 1995;42:1056-1058.

20. HAS-ANAP, recommandations organisationnelles pour la chirurgie ambulatoire: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire

21. HAS, Novembre 2015 : points clés pour une pratique efficace dans la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe



Les Cinq points forts

La responsabilité médicale de l'HGE est partagée avec le MAR en cas de complications non liées directement à l'endoscopie, par exemple en cas d'inhalation.

La reprise du traitement anticoagulant et antiagrégant s'effectue dans les 12 à 24 h, elle est parfois retardée en cas de risque hémorragique accru, d'insuffisance rénale ou d'association de modificateurs de la coagulation.

L'autorisation de retour à domicile d'un patient ambulatoire est donnée et tracée par le l'HGE ou le MAR selon un score « d'aptitude à la rue » et par l'HGE lors de sa visite post examen.

L'information du patient après endoscopie est systématique et doit s'accompagner d'un compte rendu écrit et des explications concernant une éventuelle complication.

En cas de prise en charge ambulatoire, le patient doit avoir un document indiquant les numéros de téléphone à appeler si des difficultés surviennent dans les suites de l'endoscopie.

Questions à choix unique

Question 1

Parmi les complications fréquentes de la coloscopie, quelle est celle qui peut engager conjointement la responsabilité du gastroentérologue et de l'anesthésiste ?

- ❏ A. Perforation
- ❏ B. Hémorragie post polypectomie
- ❏ C. Pneumopathie d'inhalation
- ❏ D. Arrêt à l'induction
- ❏ E. Pancréatite aiguë post cholangiographie rétrograde

Question 2

La date de reprise des anticoagulants après polypectomie (une réponse fausse)

- ❏ A. Se fait en général dans les 24 h qui suivent la coloscopie
- ❏ B. Tient compte du risque hémorragique lié au geste
- ❏ C. Peut être différée en cas de coprescription d'un anticoagulant et d'un antiagrégant
- ❏ D. Est décidée par le binome HGE/médecin anesthésiste
- ❏ E. Doit être adaptée à la fonction rénale

Question 3

Le patient ambulatoire sortant de l'unité après une endoscopie sous AG (une réponse fausse)

- ❏ A. Doit avoir eu la visite du gastroentérologue
- ❏ B. Est évalué en fonction d'un score d'aptitude à la rue, sous la responsabilité du médecin anesthésiste
- ❏ C. Doit partir en suivant l'horaire fixé avant l'examen
- ❏ D. Doit être accompagné par une tierce personne
- ❏ E. Reçoit des documents comportant les résultats de l'examen et un numéro à appeler en cas de complications

Notes