JFHOD 2018 PARIS
Thématique LA DOULEUR
Invitée : LA ROUMANIE
22/25 MARS

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

Dr Patrick DELASALLE
Grasse

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

LIENS D'INTÉRÊT

Norgine, Gilead, MSD, AbbVie, Intercept

Indications d'une endoscopie digestive

Hors urgence, validée lors d'une consultation de gastroentérologie

Suivant les référentiels des sociétés savantes (SFED, ESGE, HAS…)

Pertinence des actes

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE
SFED

ESGE

Consultation de gastroentérologie

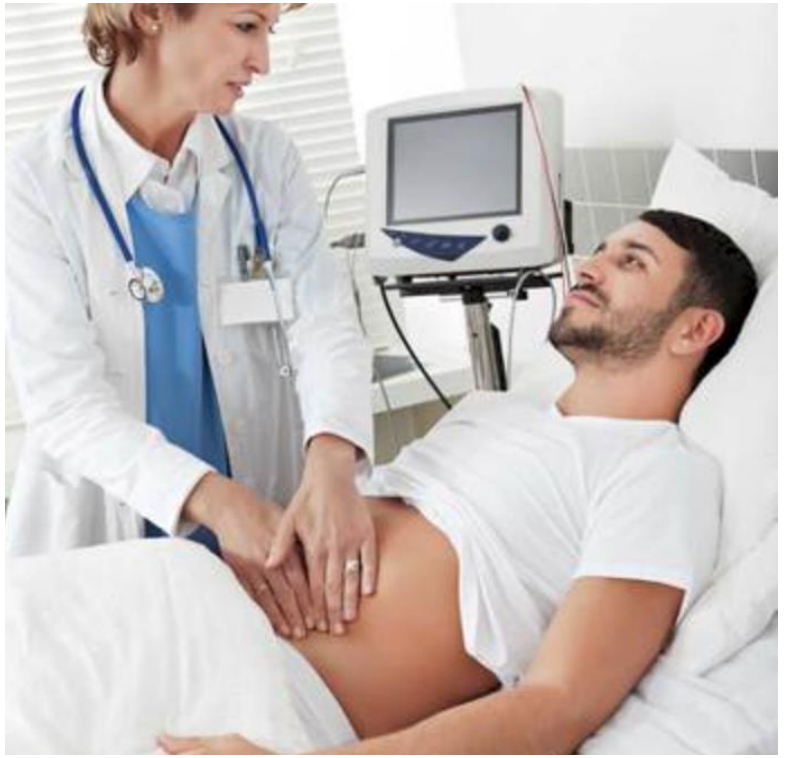
Examen clinique

Valide l'indication de l'examen endoscopique

Information du patient avec son accord

Evaluation des traitements et comorbidités

« Check list de consultation »



Check list de consultation

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…)

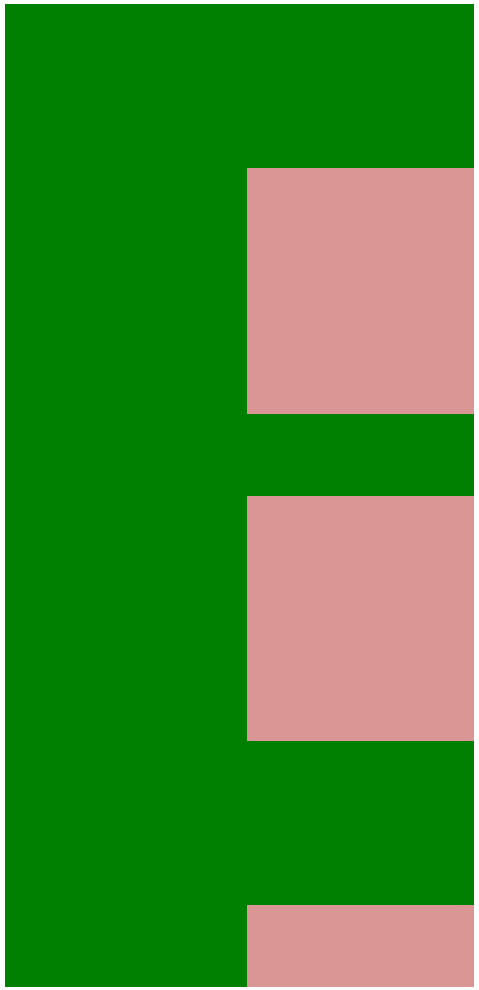
Contre-indication éventuelle à certaines préparations (insuf. rénale…)

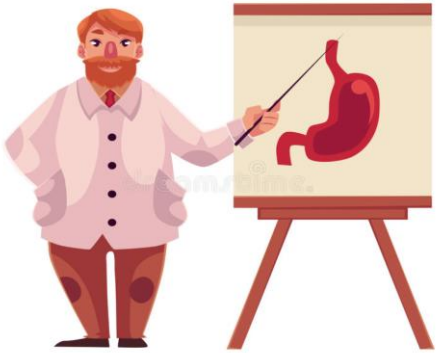
Examen dentaire

Consultation d'anesthésie organisée

Information de l'anesthésiste (durée, CO2…)

Accords à obtenir indépendamment du patient (enfant, tutelle…)





HGE

Anesth.

Critères de sélection des patients pour l'anesthésie ambulatoire

Classes ASA (American Society of Anesthesiologists) I, II ou III stabilisée

Le grand âge et l'urgence ne sont pas une contre-indication

Un bon niveau de compréhension est indispensable.

Le lieu d'habitation et la distance doivent être connus

Le patient doit être accompagné pour son retour au domicile

Il doit pouvoir être surveillé par un proche et avoir le téléphone

Des accords avec d'autres structures hospitalières sont possibles

Exceptions à la consultation réglée de gastroentérologie

L'Urgence:

Peu fréquente

Hémorragies digestives

Information du patient avant l'examen

Noter l'indication de l'urgence et les modalités d'information du patient

Exceptions à la consultation réglée de gastroentérologie

Patient adressé par un autre confrère:

Prise en charge collégiale

Information du patient suivant la compétence du médecin

Partage de l'information entre praticiens

Vérifier si information donnée et accord du patient

Quelles règles pour l'information du patient

- **Information claire , loyale et adaptée à délivrer oralement lors de la consultation initiale**
- **Après un délai de réflexion au cours duquel il pourra poser toutes les questions nécessaires, le patient donnera son consentement éclairé**
- **La preuve de l'information incombe au praticien qui a posé l'indication de l'acte et/ou à celui qui le réalisera.**
- **La traçabilité de l'information donnée doit figurer dans le dossier médical et être partagée entre les professionnels**
- **La remise d'un document d'information type SFED et la signature du patient peuvent constituer des éléments supplémentaires de preuve**

Recommandation SFED ,SNFGE, CREGG, SNFCP, SYNMAD, CDU HGE, SNFCP :
Devoir d'information du patient : comment organiser le partage de l'information ? Janvier 2017

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

Pas de consensus

Variable d'une structure à l'autre

Organisation formalisée validée et connue de tous

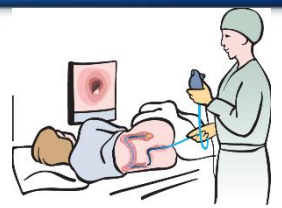
Classification des actes endoscopiques en fonction du risque hémorragique

Haut risque	Faible risque
Polypectomie	Gastroscopie, coloscopie +/- biopsies
CPRE avec sphinctérotomie +/- macro dilatation	Entéroscopie
Ampullectomie	Echoendoscopie sans ponction
Mucosectomie ou ESD	Prothèse biliaire ou pancréatique
Dilatation	
Traitement des varices	
Gastrostomie percutanée	
Echoendoscopie ponction	
Prothèse colique, entérale, oesophagienne	

Arrêt des anti-thrombotiques

Maintien des anti-thrombotiques

ESGE guideline. Endoscopy 2016; 48(04): 385-402



Coloscopie et anticoagulants

Maintenir les anticoagulants (patients à haut risque) si l'indication de la coloscopie systématique est:

- -un risque familial
- -le souhait du patient

Arrêter les anticoagulants suivant recommandations si :

- -le patient est symptomatique (saignement, trouble du transit)
- -suivi de cancer ou de polypectomie
- -si le test fécal est positif

Si un arrêt définitif des anticoagulants est prévu dans les 6 mois, retarder la coloscopie

GIHP Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire

Pierre Albaladejo, Christian Boustière et Jean François Schved non publié

Endoscopie et antibioprophylaxie

- 3 problèmes:
  - Groupes de patients concernés
  - Endoscopies à risque
  - Type de protocole

Patients à haut risque d'endocardite selon l'AHA*

American Heart Association
life is why™

- Prothèse valvulaire cardiaque
- Antécédents d'endocardite infectieuse
- Cardiopathie cyanogène congénitale non traitée
- Transplanté cardiaque avec valvulopathie

*American Heart Association

Antibioprophylaxie pour endoscopies digestives

Endoscopie	Produit	Posologie	Durée
Gastroscopie avec ou sans biopsies **Coloscopie avec ou sans biopsies** **Echoendoscopie sans ponction** **Dilatation ou prothèse oesophagienne** **Ligature de VO hors hémorragie** **Prothèse duodénale**		Pas d'ABT	
CPRE, Sphinctérotomie **Prothèse biliaire** **Echoendoscopie avec ponction**	Céfazoline Allergie: lévofloxacine	2 g préop 500 mg 1 heure avant	Dose
Gastrostomie percutanée	Céfuroxime Allergie: levofloxacine	1,5 g préop 500 mg 1 heure avant	Unique
Dilatation colique **Prothèse colique**	Céfoxitime Allergie: Lévofloxacine+ ornidazole	2g préop (+1g si durée > 2h) 500 mg PO 1 heure avant 1 g préop	

MAPAR Editions Protocoles 2016

Règles de jeûne

Plaquette de la SFAR

Manger

jusqu'à 6h
avant une chirurgie programmée

Boire des liquides clairs
(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)

jusqu'à 2h
avant une chirurgie programmée

Mâcher du chewing-gum ou sucer un bonbon

juste avant
une intervention

Accord SFED-SFAR jeûne et préparation colique

L'alimentation légère est possible jusqu'à 6 heures avant l'anesthésie

dernier verre de la préparation 3 heures avant

dernier verre de liquide clair 2 heures avant.

Tableau I : principales situations s'accompagnant d'un ralentissement de la vidange gastrique

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

Organiser les consultations spécialisées et les examens complémentaires

Consultation spécialisée: Patients symptomatiques

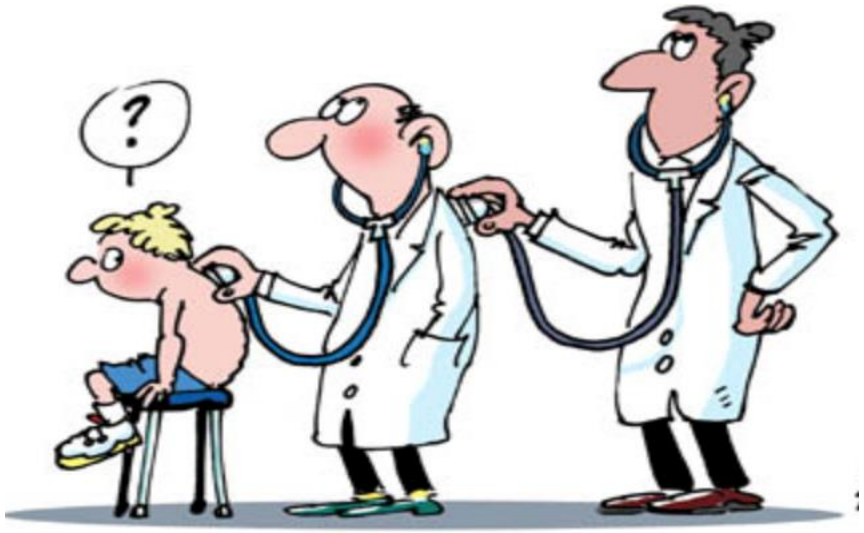
Exemple cardiologie: Cardiopathie évaluation ancienne, Pacemaker…

L'interrogatoire standardisé suffit à identifier le risque hémorragique.

Pas de bilan sanguin systématique

S. Molliex et col Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 752–763

Organiser la consultation d'anesthésie



Médecin anesthésiste-réanimateur seul habilité

A distance de l'endoscopie sauf urgences caractérisées

Délai nécessaire aux examens et la réflexion du patient entre 48 heures et 1 mois

Transmettre un dossier médical (DMP…)

DMP
DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

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 systématiques ne sont pas nécessaires en dehors de la pathologie
- La transmission des informations médicales et du type d'acte du gastroentérologue à l'anesthésiste est nécessaire avant la consultation d'anesthésie