

La vraie urgence en endoscopie digestive

➔ **Marine Camus**

✉ Sorbonne Université – Centre d'endoscopie digestive, Hôpital Saint Antoine, APHP, Paris

E-mail : marine.camus@gmail.com

Objectifs pédagogiques

- Connaître le cadre légal de l'urgence, de l'astreinte, de la continuité des soins
- Connaître les conditions matérielles et humaines de réalisation d'un examen en urgence
- Savoir reconnaître une urgence endoscopique
- Savoir prendre en charge les différentes urgences digestives

Conflits d'intérêt

Cours et formations Cook Medical, Fujifilm, Boston Scientific

Consultants experts : Boston Scientific, Cook Medical, Alfasigma, Tillots Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : Leufen

Mots-clés

Permanence des soins, astreinte d'endoscopie, endoscopie d'urgence

ABRÉVIATIONS

ASGE : American Society of Gastrointestinal Endoscopy

GBS : Glasgow-Blatchford Score

CPRE : Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique

ESGE : European Society of Gastrointestinal Endoscopy

FMC-HGE : Formation Médicale Continue – Hépto-Gastro-Entérologie

HGE : Hépto-GastroEntérologie

Loi HPST : loi « Hôpital, patients, santé et territoire »

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFED : Société Française d'Endoscopie Digestive

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

TDM : TomoDensitoMétrie

Il n'y a pas de définition réglementaire de l'urgence endoscopique. La SFED a proposé la définition suivante : « une endoscopie digestive d'urgence est une endoscopie à réaliser en dehors des heures ouvrables ou le weekend et les jours fériés, mais dans un délai de 12 heures » [1]. L'endoscopie digestive d'urgence est un acte requérant une maîtrise du geste, des conditions de réalisation spécifiques et du matériel adéquat [2]. Les objectifs de notre atelier FMC-HGE sont de :

- Connaître le cadre légal de l'urgence, de l'astreinte, de la continuité des soins

- Connaître les conditions matérielles et humaines de réalisation d'un examen en urgence

- Savoir reconnaître une urgence endoscopique

- Savoir prendre en charge les différentes urgences digestives

L'organisation de la permanence des soins est régie par les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à la permanence des soins. En France, la permanence des soins est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux ; elle permet de répondre aux demandes de soins non programmées par des moyens structurés, adaptés et régulés. La loi française la reconnaît comme une « mission de service public » (article L.6314-1 du Code de la santé publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009). L'article L.1110-5 alinéa 1 du Code de la santé publique indique que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

La réalisation d'une endoscopie digestive en dehors des heures ouvrables nécessite donc une organisation humaine et matérielle spécifique, afin d'assurer cette obli-

gation de moyens. Concernant l'organisation humaine, la permanence des soins en endoscopie digestive peut être organisée en garde ou en astreinte médicale. Pour les gestes d'endoscopie de niveau 1 l'astreinte ou la garde médicale doit être organisée et rémunérée (article L.1110-5 alinéa 1 du Code de la santé publique). En revanche pour les gestes d'endoscopie de niveau 2 (cholangiographie rétrograde endoscopique, échoendoscopie, entéroskopie, dilatation et prothèse digestive), l'organisation est moins bien délimitée et généralement décrite selon le ROR de chaque région (Le Répertoire Opérationnel des Ressources - référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales de chacune des régions).

De même la continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence (Article L.6315-1 modifié par la loi 2011-940 du 10 août 2011-art.10, du Code de la santé publique).

La réalisation d'une endoscopie en urgence doit faire appel à des IDE formées à la gestion spécifique de ce type de procédure. L'ESGE recommande, pour la gestion des urgences en endoscopie, la présence d'une IDE experte dans la gestion du matériel à usage endoscopique 24 heures/24 et 7 jours/7 (grade fort de recommandations, niveau de preuve intermédiaire) [3]. En effet, la gestion des endoscopes (maintenance, désinfection), et surtout la manipulation d'un matériel dont la technicité s'accroît (pose de clips, paramétrage du bistouri, CPRE), doit faire appel à une IDE expérimentée. Une astreinte spécifique paramédicale dédiée à l'endoscopie est recommandée. Le coût de ce type d'organisation étant non négligeable, la discussion sur le financement de cette activité doit s'engager avec la direction de l'établissement comme cité dans le décret n° 20029 du 4 janvier 2002 « compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels ». Cette organisation dépendra généralement d'une

évaluation préalable du volume d'endoscopie réalisé en période d'urgence [4]. En l'absence d'astreinte spécialisée (IDE d'endoscopie) nettement préférable, le personnel paramédical (IDE du bloc opératoire ou du service de soins) devra faire l'objet d'une formation à la désinfection des endoscopes ainsi qu'à l'usage du matériel d'urgence. La logistique de ce type d'organisation peut s'avérer complexe.

En termes de matériel, les mêmes règles de traitement, de stockage et de traçabilité s'appliquent pour les endoscopes utilisés en garde, les week-ends et les jours fériés comme pour les autres jours de la semaine. Le personnel médical et non médical amené à traiter les endoscopes en dehors de heures ouvrées doit recevoir une formation spécifique sur les procédés de nettoyage et désinfection du matériel ainsi qu'une information sur les risques liés à la manipulation des différents produits utilisés (Instructions DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016, fiche 15). Ceci implique l'organisation, quelle que soit la structure, d'une astreinte pour assurer le traitement des endoscopes par un personnel formé, des conditions de transport du matériel satisfaisantes, des moyens permettant la distinction du propre et du sale et un délai de prise en charge des endoscopes le plus court possible, selon une procédure rédigée. En établissement de santé, cette procédure est rédigée en lien avec l'unité d'endoscopie, l'équipe opérationnelle en hygiène, le service biomédical et la direction de l'établissement.

Concernant le lieu de l'endoscopie, il est recommandé de réaliser l'endoscopie dans l'unité d'endoscopie où sont pratiqués habituellement les examens endoscopiques (une salle peut alors être dédiée à l'endoscopie d'urgence), ou dans une salle du bloc chirurgical, ou au lit du patient dans un service de réanimation ou une SSPI (réveil). La réalisation des endoscopies d'urgence dans des services d'hospitalisation ou d'accueil des urgences est fortement déconseillée [2].

L'astreinte d'endoscopie d'urgence s'inscrit dans une offre de soins plus large que l'HGE, et il est impératif d'anticiper également les besoins en anesthésie, chirurgie, radiologie interventionnelle, réanimation, et

transfert des patients en SAMU ainsi que la disponibilité des produits sanguins. En cas de difficultés de moyens techniques et humains pour l'organisation de l'endoscopie d'urgence, la mutualisation des moyens est possible entre différents établissements. Elle fait alors l'objet d'une convention. En cas de convention inter-établissements ou d'activité multi-sites pour une astreinte ou une garde, il convient d'organiser en amont les moyens techniques par l'ensemble des intervenants (visite ou description des lieux, protocole d'appel des différents intervenants, vérification de compatibilité des endoscopes, ou matériel d'endoscopie transportable, mise à disposition de la plus large gamme de techniques d'hémostase possibles, connaissance des modes de désinfection et de stockage des établissements...).

Une enquête de la SFED a été réalisée entre décembre 2017 et février 2018 avec pour objectifs de décrire les modalités d'organisation, l'environnement matériel et humain ainsi que le mode de financement de l'offre de soins en endoscopie d'urgence [5]. Cent dix-sept centres ont répondu à l'enquête avec 72,7 % d'établissements publics. Il a été identifié que les gardes ou les astreintes du secteur public couvrent plus d'établissements que le secteur privé (2,29 vs 1,34), des secteurs plus larges (avec plus de 10 % d'entre-elles couvrant des établissements parfois distants de plus d'une 1 h de trajet) et fait appel à plus de seniors (6,12 vs 4). La rémunération de l'astreinte d'urgence est représentée essentiellement par les fonds propres des établissements de soins (public 72,7 % ; privé 53,8 %). Deux tiers sont des astreintes opérationnelles à l'hôpital dont 9 % avec aucun financement ; 1/3 d'astreinte opérationnelle dans le privé avec 19 % sans financement. Cette enquête illustre également une organisation territoriale peu structurée de l'endoscopie de niveau 2 avec moins de 10 % d'astreinte d'urgence identifiée dans les réponses à l'enquête.

Il n'y a pas de définition réglementaire de l'urgence endoscopique. La SFED a proposé une définition en 2016 : « endoscopie à réaliser en dehors des jours ouvrables ou le week-end (à partir du samedi 12 h)

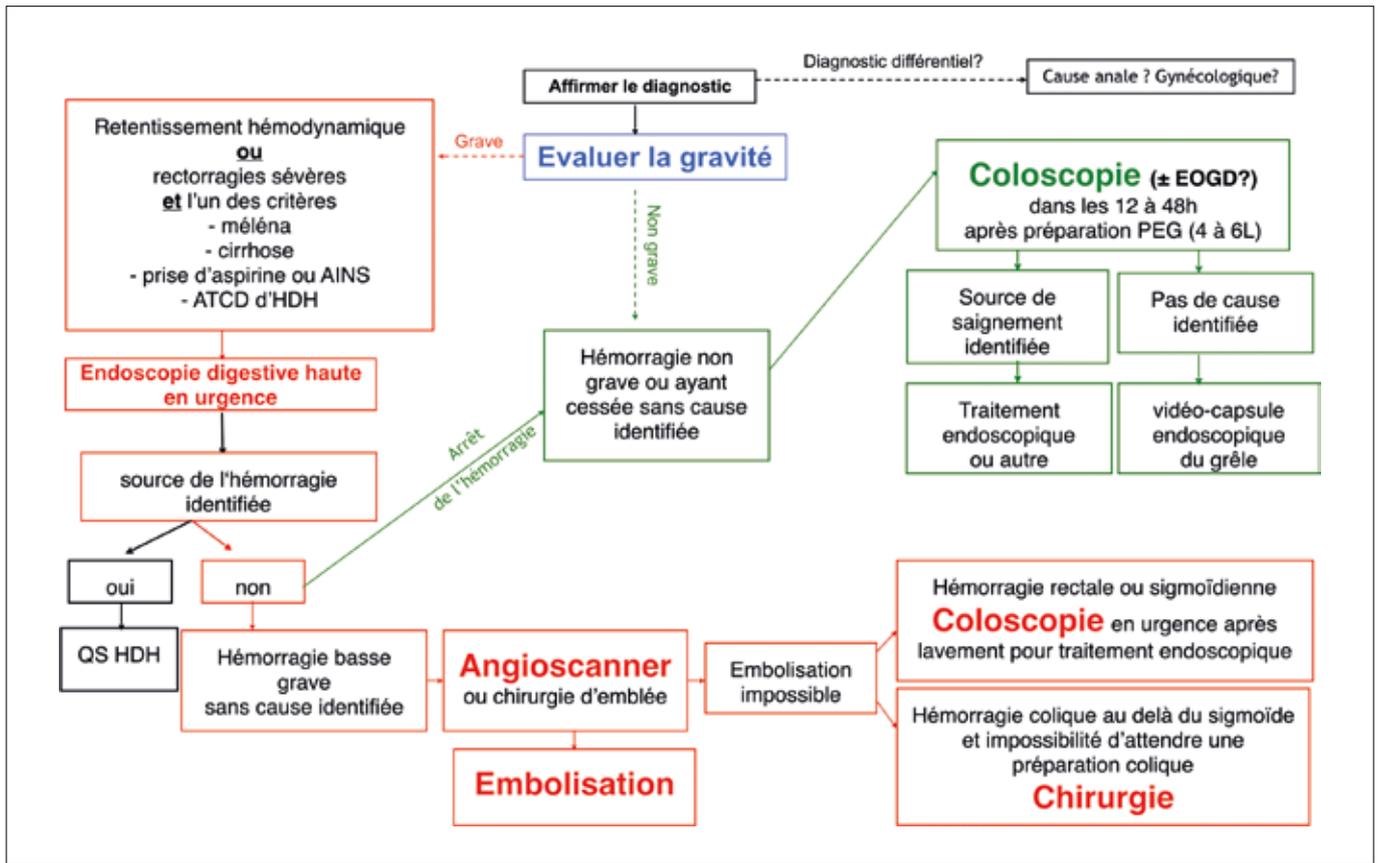
Tableau 1. Délai de réalisation de l'endoscopie en fonction de son indication

Délai	Références
Hémorragie digestive ✓ Hémorragie digestive présumée haute < 24 h : <i>toute hémorragie digestive supposée haute</i> sauf en cas de Glasgow-Blatchford score (GBS) ≤ 1 (cf. tableau 2), pas d'indication à une endoscopie, sortie possible du patient. Délai réduit < 12 h si : 1) Instabilité hémodynamique persistante, hémorragie digestive intra-hospitalière ; contre-indication à l'interruption des anticoagulants. 2) En cas d'hypertension portale connue ou suspectée (dans les 12h après la survenue de l'hémorragie et après réanimation). ✓ Hémorragie digestive présumée basse (cf. algorithme 1 proposé). Traitements d'attente et péri-endoscopiques : IPP et analogues de la somatostatine en cas d'hypertension portale.	[3,6-8]
Ingestion de caustiques	L'endoscopie digestive haute est remplacée par la TDM. La tomodensitométrie est supérieure à l'endoscopie traditionnelle pour la stratification des patients en urgence. [9]
Ingestion de corps étrangers	Immédiate (< 2 h) en cas d'obstruction complète de l'œsophage ou piles/batterie de bouton dans l'œsophage ou objets pointus dans l'œsophage. < 24 h en cas d'objets non pointus dans l'œsophage, ou impaction alimentaire non obstructive dans l'œsophage ou objets de plus de 6 cm de longueur dans le duodénum ou objets aimantés dans le duodénum ou en amont ou objets pointus dans l'estomac. Sans urgence mais nécessite une extraction : pièces ou objets dans l'estomac de plus de 2,5 cm de diamètre ou piles boutons ou cylindriques présents dans l'estomac après 48 heures même si patient asymptomatique. (cf. algorithme 2 proposé). Traitement d'attente proposé dans la littérature : Glucagon, cependant les recommandations de l'ESGE rapporte que l'efficacité du traitement médical de l'impaction du bol alimentaire œsophagien est discutée. Il est donc recommandé que le traitement médical ne retarde pas l'endoscopie (recommandation forte, preuves de faible qualité). [10]
Cathétérisme biliaire	Absence de consensus. Angiocholite grave ne répondant pas aux mesures de réanimation et à l'antibiothérapie chez patient en réanimation (Absence de consensus ou de recommandations sur le délai). [11,12]
Exsufflation colique	Très peu de données. Recommandation ASGE 2010, indication en cas de contre-indication ou d'échec du traitement médical (néostigmine). Décision au cas par cas, les éléments objectifs pour guider la décision sont le diamètre du caecum (> 10-12cm) et la durée de la pseudo-obstruction (+/- 6 jours) - (cf. algorithme 3 proposé). Traitement d'attente proposé : Néostigmine. [13-15]
Colite ischémique	Angio-scanner préférentiel (analyse localisation, cause, et complications). Coloscopie dans les 48 h en cas de suspicion de colite ischémique tous stades confondus pour confirmation diagnostique (biopsies). Rectosigmoidoscopie urgente (délai non précisé) , dans les formes graves, en l'absence de complications sur le TDM, si l'endoscopie conditionne la chirurgie en urgence. [16]
Volvulus du sigmoïde	Endoscopie indiquée en première ligne en l'absence de complications au TDM (ischémie, perforation). Délai non précisé mais de fait urgent < 12 h en raison du risque de complication. [15]

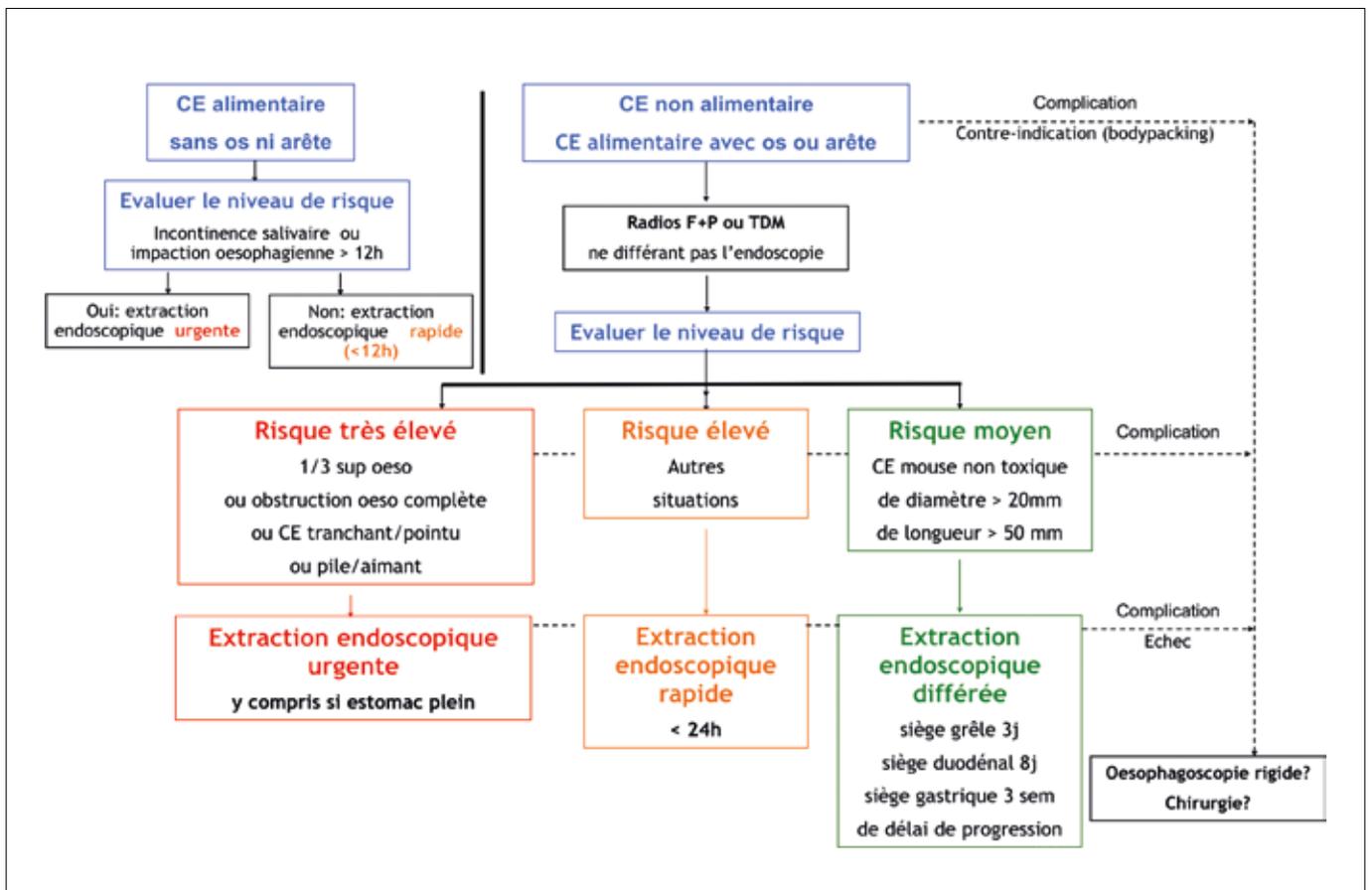
Tableau 2. Glasgow-Blatchford score (GBS)

et jours fériés, mais dans un délai de moins de 12 h » [2]. C'est donc le délai de réalisation de l'endoscopie en fonction de son indication qui définit l'urgence. En listant les indications, les différentes recommandations et la littérature à notre disposition, on peut définir des délais pour guider l'indication d'une endoscopie en urgence (tableaux 1 et 2). Vous trouverez également ci-après quelques algorithmes de prise en charge des urgences endoscopiques identifiées dans le tableau 1 que nous proposons au sein de la garde d'endoscopie sur les départements 75/93/94/95 d'Île-de-France. Ces algorithmes ont été établis à partir des référentiels et recommandations ou d'avis d'experts en l'absence de consensus disponible.

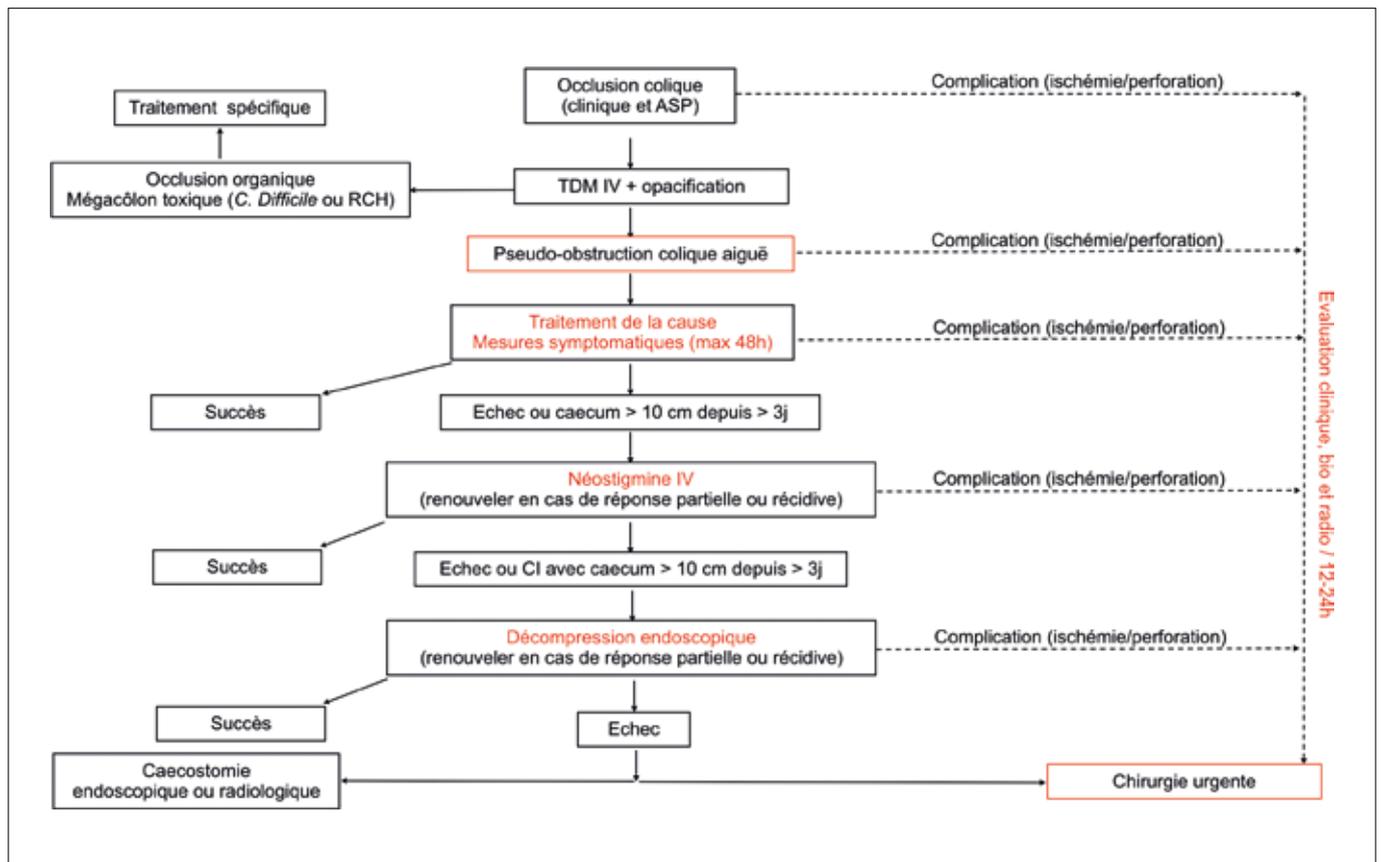
Facteurs de risque à l'admission	Score
Urée (mmol/l)	
6,5-7,9	2
8-9,9	3
10-24,9	4
≥ 25	6
Hémoglobine (g/dl) homme	
12-12,9	1
10-11,9	3
< 10	6
Hémoglobine (g/dl) femme	
10-11,9	1
< 10	6
Tension artérielle systolique (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
Autres marqueurs	
Fréquence cardiaque ≥ 100/min	1
Présentation avec méléna	1
Présentation avec syncope	2
Hépatopathie	2
Insuffisance cardiaque	2



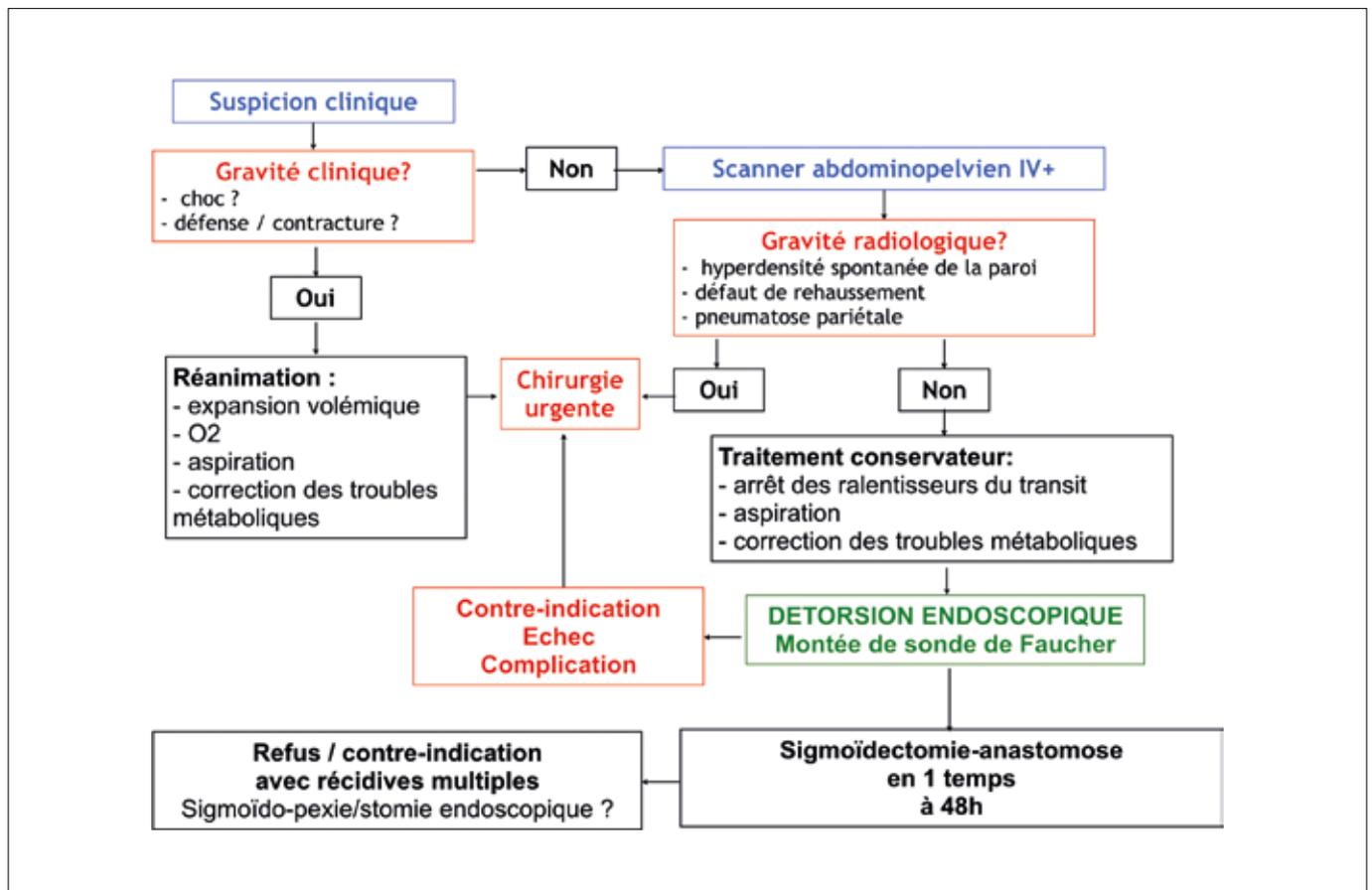
Algorithme 1. Proposition d'algorithme pour la prise en charge de l'hémorragie digestive basse



Algorithme 2. Proposition d'algorithme pour la prise en charge des corps étrangers



Algorithme 3. Proposition d'algorithme pour la prise en charge d'un syndrome d'Ogilvie



Algorithme 4. Proposition d'algorithme pour la prise en charge d'un volvulus du sigmoïde

Références bibliographiques

1. CA de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), Lesur G, Vedrenne B, Heresbach D, Arpurt J-P, Laugier R. Consensus en endoscopie digestive (CED): Matériels et conditions pour l'endoscopie en urgence. *Acta Endosc.* 2009;39:468-473.
2. CA de la SFED, Ah-Soune P, Barthet M, Robaszkiwicz M, Bulois P. Conditions de réalisation et description des principales techniques utilisées au cours de l'endoscopie en urgence. *Acta Endosc.* 2016;46:295-306.
3. Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann R-T, Lesur G, de Franchis R, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47:a1-46.
4. Marchetti B, Boustière C, Chapuis C, Systchenko R, Arpurt J-P, Barrioz T, Barthet M, Cellier C, Croguennec B, Dalbiès P-A, Escourrou J, Gay G, Heresbach D, Laugier R, Letard J-C, Napoléon B, Pienkowski P, Ponchon T, Richard-Molard B, Tucac G, Védrenne B. La désinfection du matériel en endoscopie digestive. *Acta Endosc.* 2007;37:699-704.
5. Bernardini D. Une enquête nationale de la SFED : « Une endoscopie en urgence en 2018 ». *Acta Endosc.* 2018;48:1-2.
6. Cardenas A, Mendez-Bocanegra A. Report of the Baveno VI Consensus Workshop. *Ann Hepatol.* 2016;15:289-290.
7. Davila RE, Rajan E, Adler DG, Egan J, Hirota WK, Leighton JA, Qureshi W, Zuckerman MJ, Fanelli R, Wheeler-Harbaugh J, Baron TH, Faigel DO. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:656-660.
8. ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early D, Evans JA, Fisher D, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Saltzman JR, Cash BD. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:875-885.
9. Chirica M, Bonavina L, Kelly MD, Sarfati E, Cattan P. Caustic ingestion. *Lancet Lond Engl.* 2017;389:2041-2052.
10. Birk M, Bauerfeind P, Deprez P, Häfner M, Hartmann D, Hassan C, Hucl T, Lesur G, Aabakken L, Meining A. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy.* 2016;48:489-496.
11. Fogel EL, Sherman S. ERCP for gallstone pancreatitis. *N Engl J Med.* 2014;370:150-157.
12. Parikh MP, Wadhwa V, Thota PN, Lopez R, Sanaka MR. Outcomes Associated With Timing of ERCP in Acute Cholangitis Secondary to Choledocholithiasis. *J Clin Gastroenterol.* 2018;52:e97-e102.
13. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22:917-925.
14. Haj M, Haj M, Rockey DC. Ogilvie's syndrome: management and outcomes. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e11187.
15. ASGE Standards of Practice Committee, Harrison ME, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, Cash BD, Fanelli RD, Fisher L, Fukami N, Gan S-I, Ikenberry SO, Jain R, Khan K, Krinsky ML, Maple JT, Shen B, Van Guilder T, Baron TH, Dominitz JA. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2010;71:669-679.
16. Brandt LJ, Feuerstadt P, Longstreth GF, Boley SJ. American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). *Am J Gastroenterol.* 2015;110:18-44,quiz45.

LES QUATRE POINTS FORTS

Une endoscopie digestive « d'urgence » est une endoscopie à réaliser en dehors des heures ouvrables ou le weekend et les jours fériés, dans les 12 heures.

La réalisation d'une endoscopie « d'urgence » doit faire appel à des IDE formées à la gestion spécifique de ce type de procédure, et dans un lieu adapté en privilégiant l'unité d'endoscopie.

En cas d'ingestion de caustique ou de colite ischémique la TDM est l'examen de première intention.

Seules les hémorragies digestives graves hautes ou basses et l'ingestion de corps étrangers à risque très élevé nécessitent une endoscopie « d'urgence ». Les critères de gravité de ces 2 situations ont fait l'objet de recommandations professionnelles fortes.