

**JFHOD**

**2019**  
obésité



PALAIS DES  
CONGRÈS DE PARIS

**21/24 MARS**



# Gestion des complications endoscopiques de la coloscopie

## Objectifs pédagogiques

- 1. Connaître les principales complications de la coloscopie et leurs facteurs de risques**
- 2. Savoir gérer les complications au cours et décours de la coloscopie**
- 3. Connaître les modalités de la surveillance**

# JFHOD

# 2019

obésité



PALAIS DES  
CONGRÈS DE PARIS

# 21/24 MARS



## LIENS D'INTÉRÊT

Aucun lien d'intérêt

## Introduction

- Coloscopie : 1<sup>er</sup> acte diagnostique et thérapeutique
- 1,1 million de coloscopies en France en 2017
- Population majoritairement peu ou asymptomatique
- Obligation de sécuriser le geste au maximum
- Mortalité 2,9/100 000 coloscopies
- Complications principales : **le saignement et la perforation**
- Le risque de complication est majoré si patient symptomatique
- Nécessité de détecter les facteurs de risques et d'anticiper les situations à risque

# JFHOD

# 2019

obésité



PALAIS DES  
CONGRÈS DE PARIS

# 21/24 MARS



## Le saignement

## Le saignement

- Risque directement lié au geste thérapeutique
- Incidence globale estimée entre 0,07% et 0,65% coloscopie
- Incidence **X10 en cas de polypectomie** dans population de dépistage : 0,1% vs 1,14%
- Complication rarement grave : <3% des cas
- Peut survenir jusqu'à 19 jours en post procédure

## Le saignement

### Facteurs de risques

#### Liés au patient

- Traitement anti agrégant
- Age > 65 ans, HTA, insuffisance rénale, pathologie cardiaque

#### Liés au polype

- Pédicule large et/ou Taille > 2cm
- Localisation colique droite > colon gauche

#### Liés au matériel

- Anse froide = anse chaude mais anse monobrin > anse tressée
- Section pure > Endocoupe

## Le saignement

### Prévention

- Arrêt des traitements à risque hémorragique



Procédures à haut risque hémorragique:

Polypectomie, EMR, ESD

Dilatation

Prothèse colique

Anti coagulant

Anti agrégant

**AVK: Stop 5 j avant**

Relais HBPM

si risque thrombotique ou  
emboligène ++

Reprise avec relais HBPM si  
risque thrombotique et arrêt  
après contrôle INR

**NACO**

dabigatran, rivaroxaban,  
apixaban, edoxaban

**Arrêt 2 à 3 j avant**

Reprise sans relais dès le soir

**Stop 5 jours avant**  
clopidogrel, ticagrelor,  
prasugrel

Poursuivre aspirine 75 mg

## Le saignement

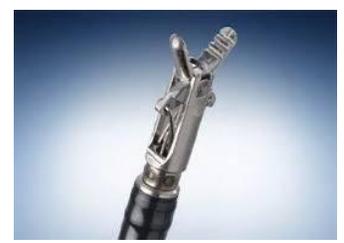
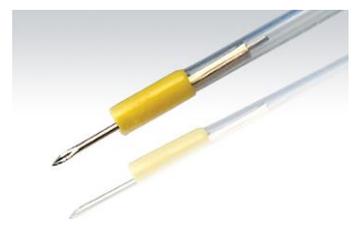
### Prévention

- Arrêt des traitements à risque hémorragique
- Anticipation résection sur polype pédiculé
  - Anse détachable
  - Implantation de clips à la base du pied
  - Injection de sérum adrénaliné à la base
- Fermeture par clip de la zone de résection **surtout à droite**



## Gestion du saignement per procédure

- Les outils: « tous les moyens sont bons »



- La stratégie:
  - combiner les traitements +++
  - fonction de la situation :
    - Résection terminée = clip
    - Résection non terminée = hémostase à la pointe de l'anse



### Gestion au décours de la procédure

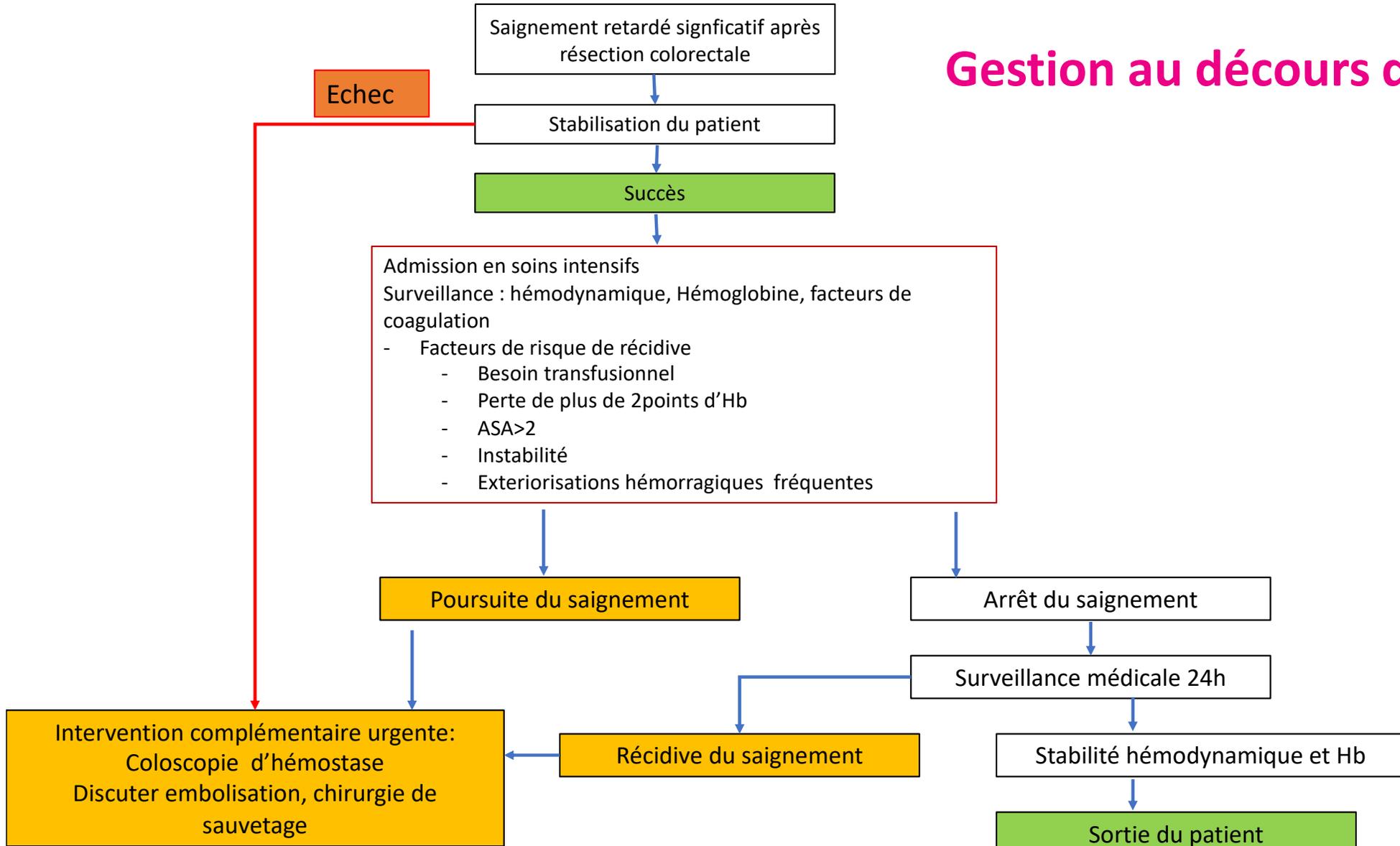
Echec

Saignement retardé significatif après résection colorectale

Stabilisation du patient

Intervention complémentaire urgente:  
Coloscopie d'hémostase  
Discuter embolisation, chirurgie de sauvetage

### Gestion au décours de la procédure



# JFHOD

# 2019

obésité



PALAIS DES  
CONGRÈS DE PARIS

# 21/24 MARS



## La perforation

## La perforation

- Définition: passage d'air, de fluide ou de matières stercorales au travers de la paroi colique par rupture de la musculature.
- **Complication grave** : risque de décès ou de chirurgie délabrante
- Incidence **plus importante dans les populations symptomatiques** 1,3/1000 vs 0,3/1000
- Survient dans 1/3 cas lors d'un examen diagnostique
- L'identification per procédure est primordiale car permet le traitement endoscopique

## Mécanismes et Facteurs de risques

Traumatisme direct du mur colique par l'endoscope, force de cisaillement

- Charnière fixée, diverticulose, sténose, inflammation
- Cicatrice abdominale, radiothérapie, dénutrition
- Faible expérience de l'opérateur

Barotraumatisme par insufflation

- Perforation caecum sur insufflation forcée

Traumatisme par instrument lors d'un geste thérapeutique

- Polype **colique droit** RRX12, lésion plane ou déprimée, **taille** >2cm, cicatrice de résection antérieure
- ESD>EMR
- APC dans le colon droit

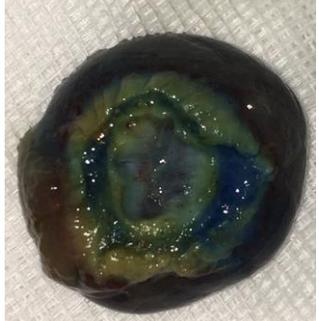
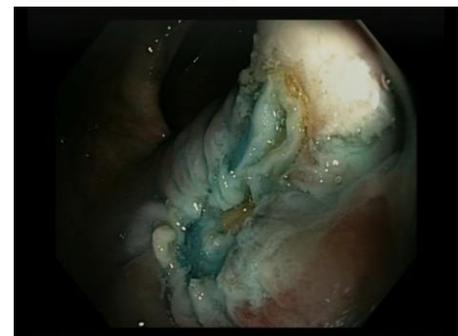
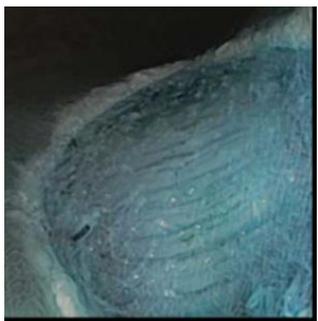
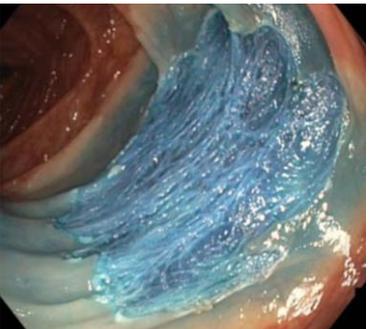
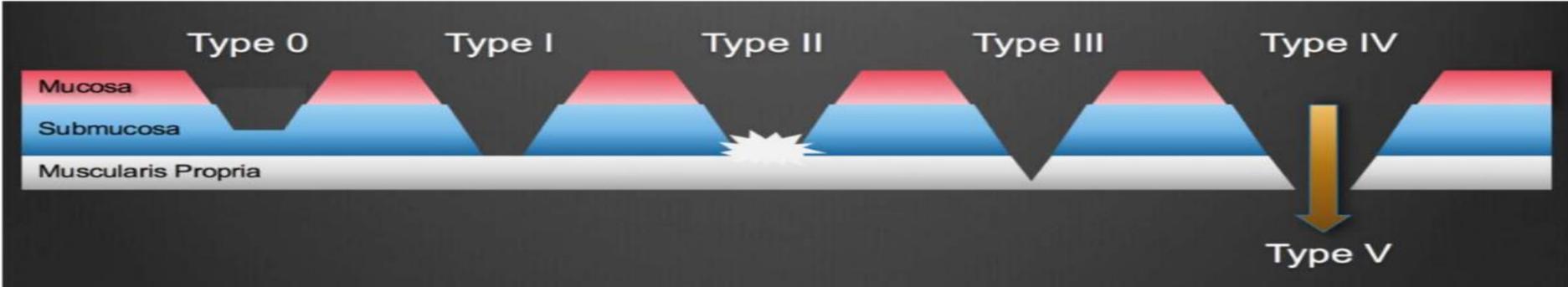
## Prévenir la perforation

- Formation et expérience du gastro-entérologue: seuil de 150 coloscopies par an
- Identifier au moment de la consultation pré interventionnelle, les facteurs de risques inhérents au patient, à ses antécédents
- Information ciblée du patient
- Optimiser la préparation colique: dose fractionnée : objectif BOSTON >6
- Vérifier les réglages des paramètres du générateur
- Savoir temporiser ou transférer en centre expert une résection à risque

## Gestion de la perforation colique per procédure

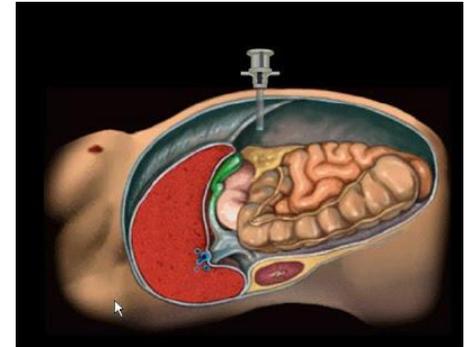
- Etape incontournable: **diagnostiquer la perforation**
- **Savoir analyser la zone de section : classification de Sydney**
  - Pas de perforation= zone de section bleue homogène
  - Aspect inhomogène= plaie de la musculuse
  - « Target sign »
- **Pas d'identification = pas de réparation endoscopique = traitement chirurgical**

## Gestion de la perforation colique per procédure

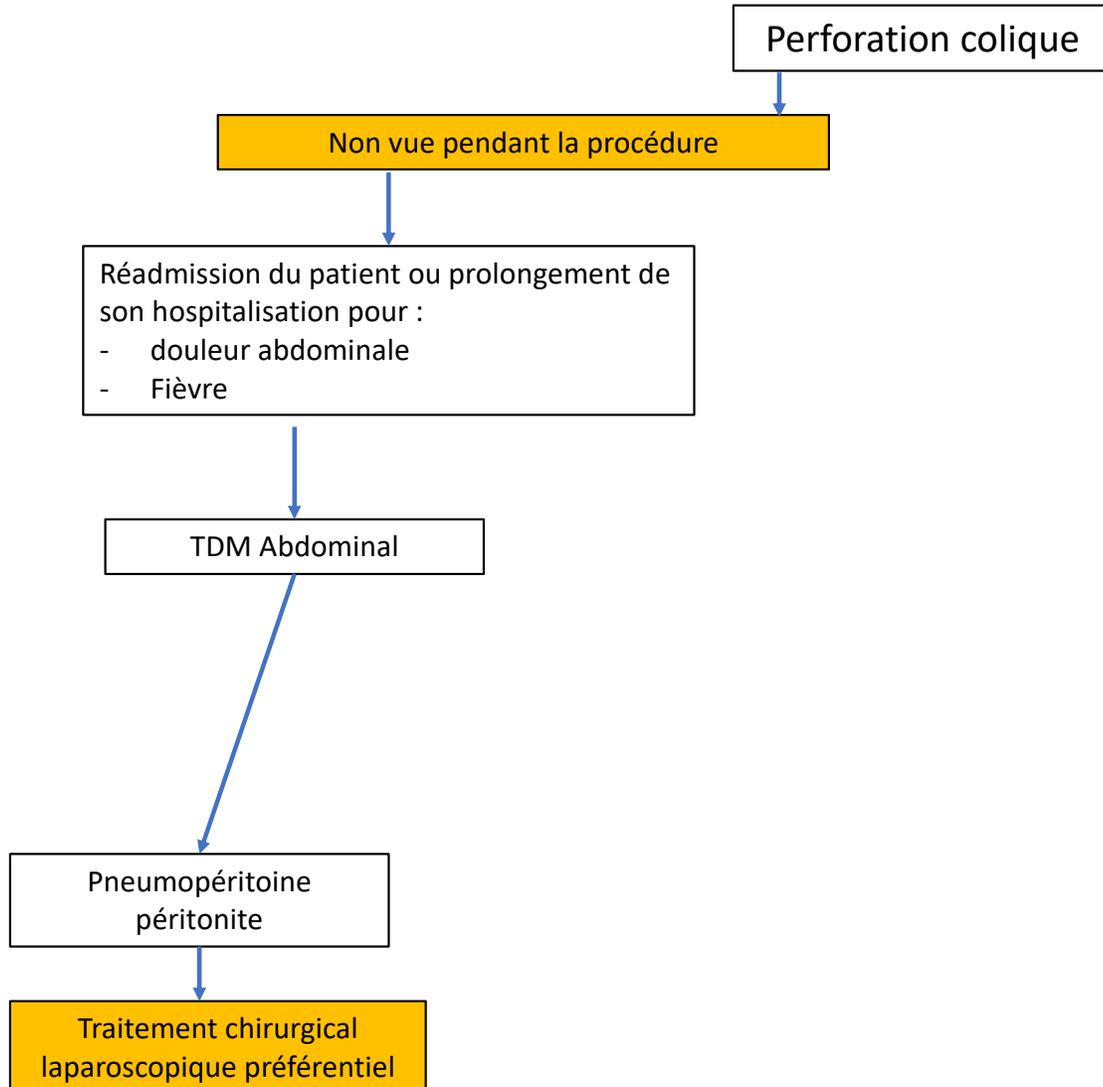


## Gestion de la perforation colique per procédure

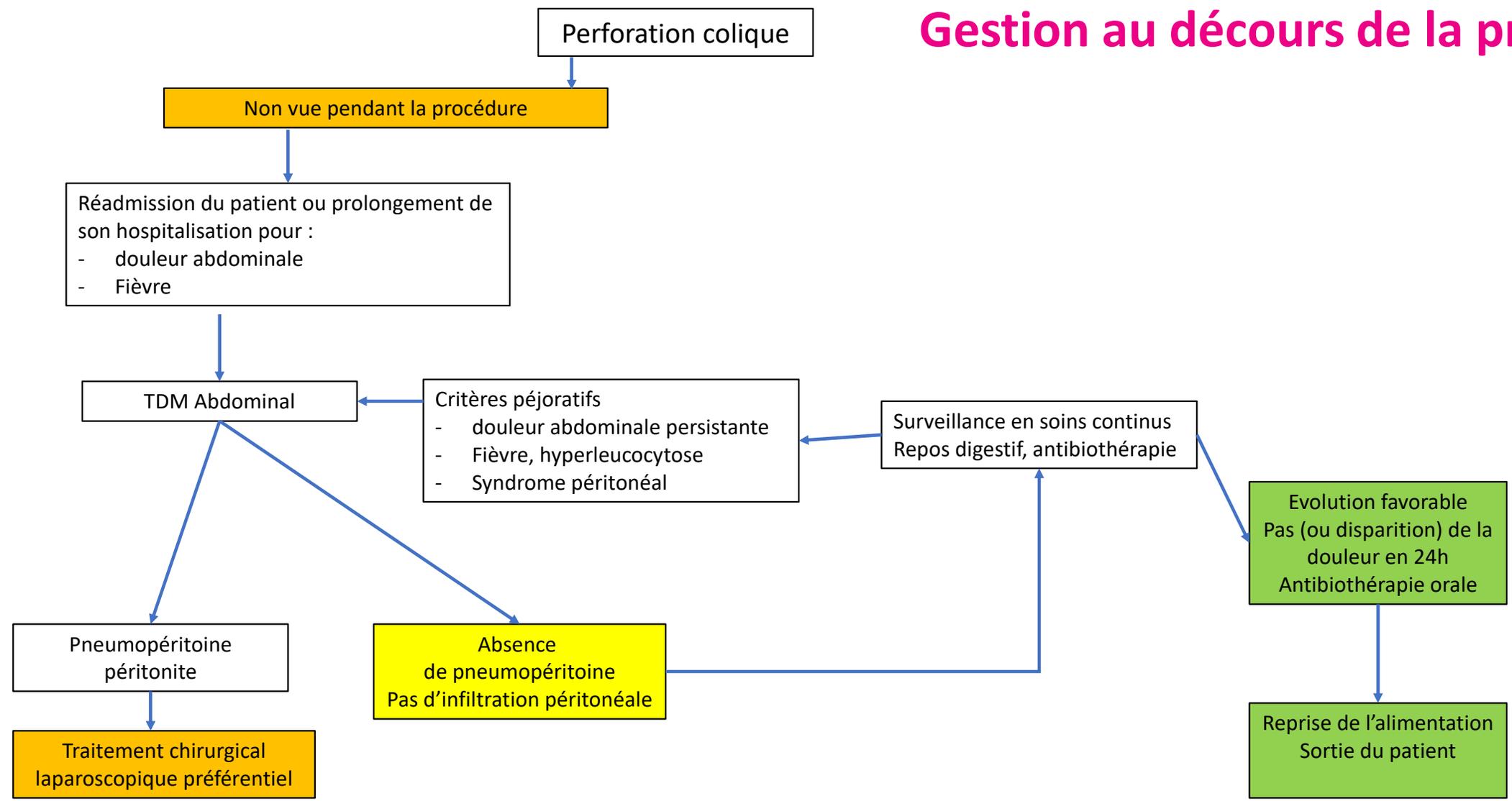
- Rester calme
- Prévenir l'équipe d'anesthésie de la perforation
- Installer le CO2 +/- exsuffler le pneumopéritoine à l'aiguille en salle d'examen
- **Traitement endoscopique:**
  - Fermer la zone de section par endo clips++
  - Fermer les charnières par OVESCO®, idéal pour perforations larges (2cm) mais nécessite de sortir l'endoscope pour l'équiper



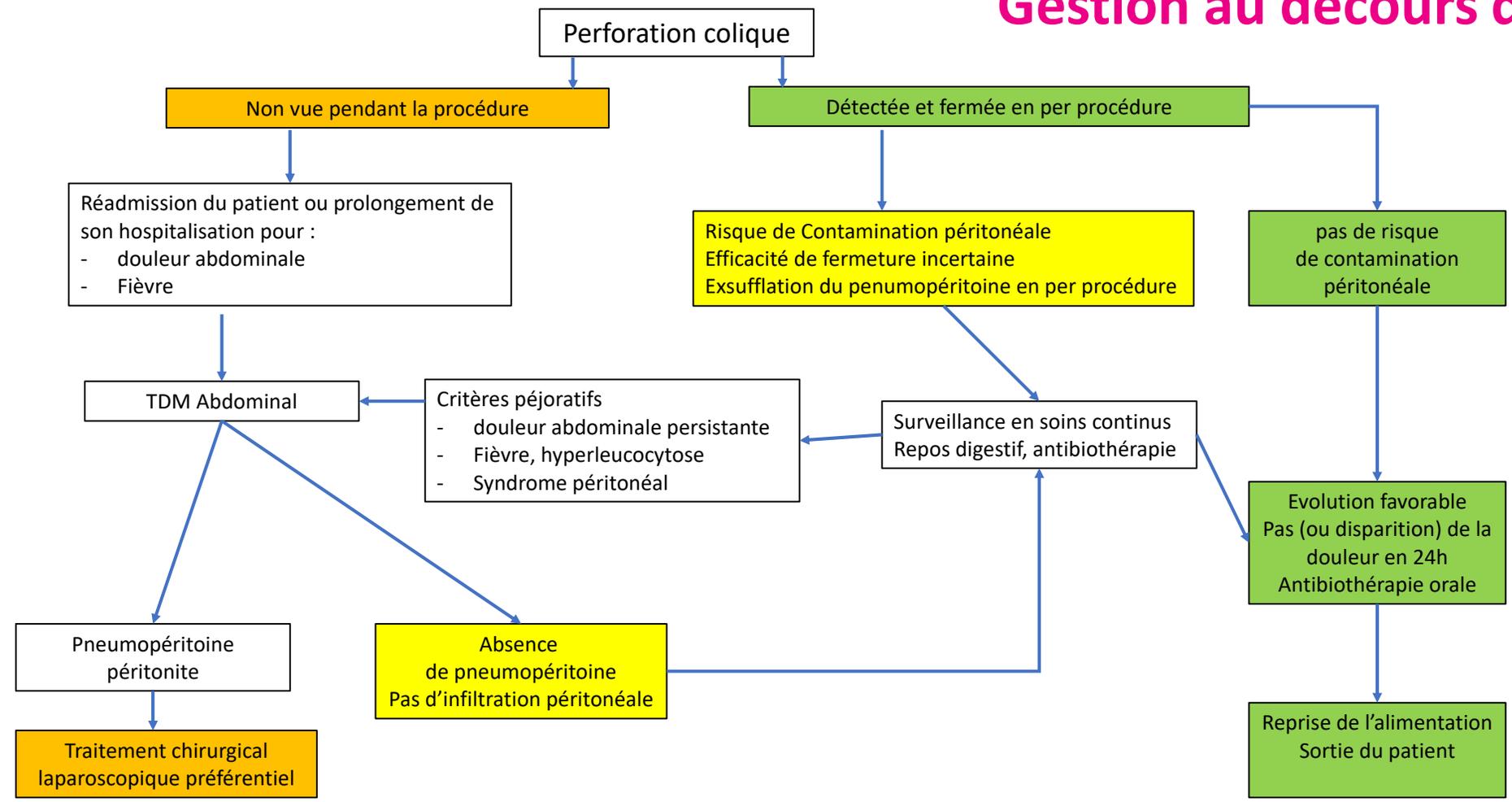
## Gestion au décours de la procédure



## Gestion au décours de la procédure



## Gestion au décours de la procédure



## Le syndrome post polypectomie

- Nécrose pariétale limitée sur la zone de coagulation de la résection
- Incidence varie 1/1000 à 3/100 000 coloscopie
- Douleur abdominale fébrile brutale 1 à 5 jours en post polypectomie
- Pas de perforation, pas de pneumopéritoine au scanner
- Traitement médical: antalgique, antibiothérapie 5 jours
- Facteurs de risque : taille du polype >1cm, morphologie plane
- Prévention: réglages générateur pour les lésions larges
  - raccourcir le temps de coagulation au moment de la coupe en augmentant la section

## L'explosion colique

- Complication extrêmement grave, potentiellement mortelle
  - Très rare
  - Mécanisme par combustion d'un volume trop important de méthane ou d'hydrogène colique
  - Facteurs de risques: mauvaise préparation, préparation par lavement, utilisation de sucres pour la préparation colique sorbitol ou lactulose ou mannitol
- Ne pas faire de résection ou utiliser l'APC dans ces conditions

## Conclusion

- Les complications endoscopiques de la coloscopie ont une incidence faible mais non nulle
- Les facteurs de risques sont bien connus et doivent être identifiés au préalable
- L'information du patient doit être loyale et exhaustive
  - faite à la consultation surtout si des facteurs de risque sont présents
  - immédiate en cas de complication et poursuivies pendant toute la gestion au décours
- Le gastro-entérologue doit être formé à la gestion des complications de la coloscopie, doit se munir d'un matériel nécessaire et adapté pour assurer une gestion optimale de toute situation
- Savoir surseoir à un geste difficile si toutes les conditions de sécurité du patient ne sont pas réunies

## LES POINTS FORTS

- **Le taux de mortalité directement lié à la coloscopie n'est pas nul: 2,9/100 000 coloscopies.**
- **La perforation et le saignement post résection sont plus fréquents dans le colon droit.**
- **Les facteurs de gravité du saignement post polypectomie sont:**
  - **L'extériorisation précoce et/ou fréquente du saignement**
  - **L'instabilité hémodynamique, le recours à une transfusion**
  - **Un score ASA élevé**
- **La fermeture par clip des perforations post mucosectomie est un traitement le plus souvent efficace**
- **Ces 15 dernières années : diminution du taux de saignement, stabilité des perforations et de la mortalité malgré des patients plus âgés et des résections plus larges**

# JFHOD 2019

obésité

Invité LE MAROC

PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

## 21/24 MARS

