

La vraie urgence en endoscopie digestive

Atelier FMC-HGE

JFHOD 2019

Dr Marine CAMUS DUBOC, MCU-PH

Pôle digestif

Hôpital Saint Antoine



Hôpitaux
Universitaires
Est Parisien



**SORBONNE
UNIVERSITÉ**
CRÉATEURS DE FUTURS
DEPUIS 1257

LIENS D'INTÉRÊT

Cook Medical, Fujifilm, Boston Scientific, Alfasigma, Tillots, Leufen

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

1) Qui parmi vous participe à la permanence des soins en endoscopie digestive (nuit et/ou WE) ?

Astreinte



Garde



Ne participe pas



2) Si oui, quelle est votre schéma d'organisation ?

Mutualisé – plusieurs établissements privés



Mutualisé – plusieurs établissements publics



Un seul établissement



Enquête SFED – Endoscopie d'urgence

- Réalisée entre décembre 2017 et février 2018
- 117 centres répondeurs avec 72,7 % d'établissements publics
 - 2/3 astreintes opérationnelles à l'hôpital dont 9 % sans financement
 - 1/3 d'astreinte opérationnelle dans le privé avec 19 % sans financement
- Gardes ou astreintes couvrent
 - + d'établissements dans le secteur public que le secteur privé : 2,29 vs 1,34
 - des secteurs plus larges dans le public avec plus de 10 % d'entre-elles couvrant des établissements parfois distants > 1 h
- Organisation territoriale peu structurée de l'endoscopie de niveau 2 <10 % d'astreinte d'urgence

Permanence des soins

- Régie par les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003
- « 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 »

Article L.6314-1 du Code de la santé publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009

- « 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 »

Article L.1110-5 alinéa 1 du Code de la santé publique

Exemple de notre garde intra-APHP : solution combinée basée à Saint-Antoine

Organisation de la permanence des soins en endoscopie

- Incitation par financement ARS de la part médicale hospitalière de la permanence des soins en endoscopie

Cahier des charges régional



**Prise en charge des patients adultes nécessitant en
urgence une endoscopie digestive haute**

1. Schéma n°1

Plusieurs établissements dans un territoire répondent au socle de ressources matérielles nécessaires, l'endoscopiste (et le personnel non médical le cas échéant) étant de garde ou astreinte mobile (c'est-à-dire disponible pour chacun de ces établissements). Il s'agit de la constitution d'équipes territoriales mobiles.



Schéma n°1: plateau technique dans chaque centre + équipe mobile (exemple du 95)

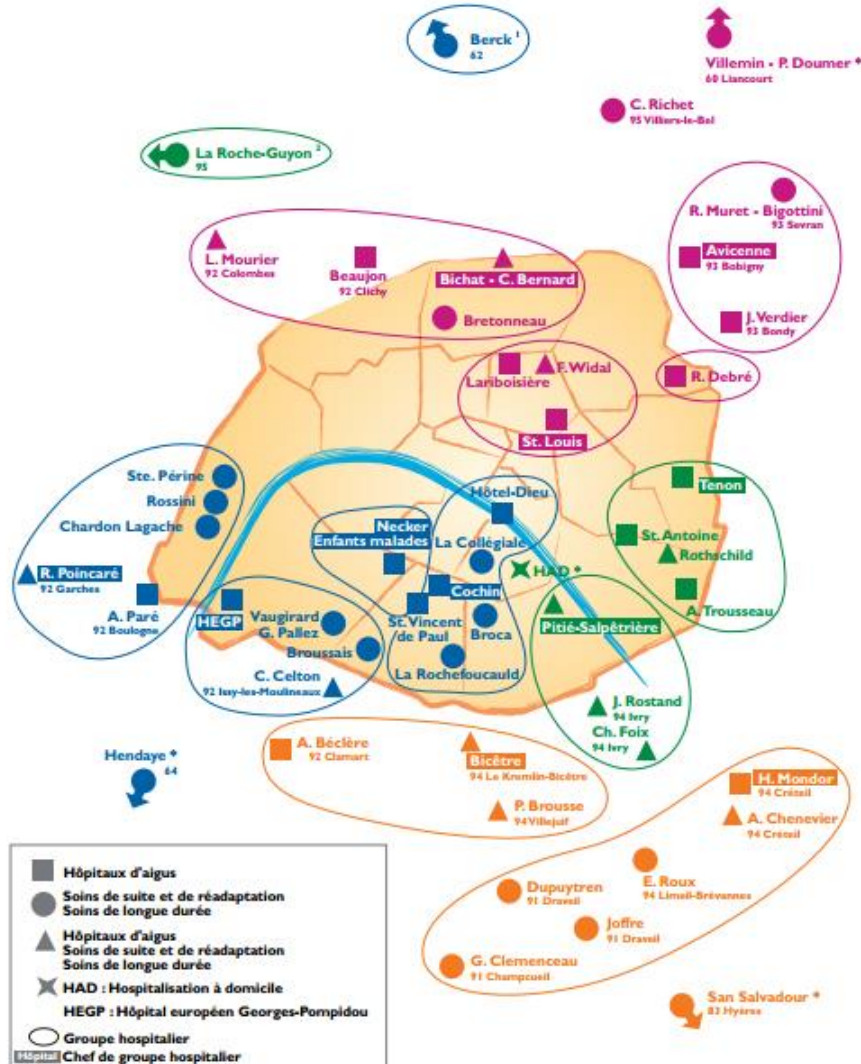
2. Schéma n°2

Un établissement de recours par territoire, avec sur place l'ensemble du socle de ressource, y compris l'endoscopiste et le personnel non médical le cas échéant. Ce centre de recours pourrait alterner au sein du territoire, selon les cas, sous réserve que les établissements assurent l'organisation de cette permutation et sa lisibilité auprès des régulations médicales.



Schéma n°2: centre de recours (alternance parmi les centres en bleu ayant déjà cette activité de PDS, exemple du 95)

3. Schéma « combiné »



Invité **LE MAROC**

PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

21/24 MARS

CAS DE L'ÎLE
DE FRANCE ???

Solutions multiples

- Grande garde 75-93-94
- Grande garde 92
 - USI hépato Pitié-Salpêtrière
 - USI hépato Paul Brousse
 - Astreinte de WE Mondor



**Exemple AHPH : solution combinée
basée à Saint-Antoine
Circuit de soins**

Endoscopie sur SAT



Centre AHPH



Autre centre
AHPH



Autre centre
AHPH

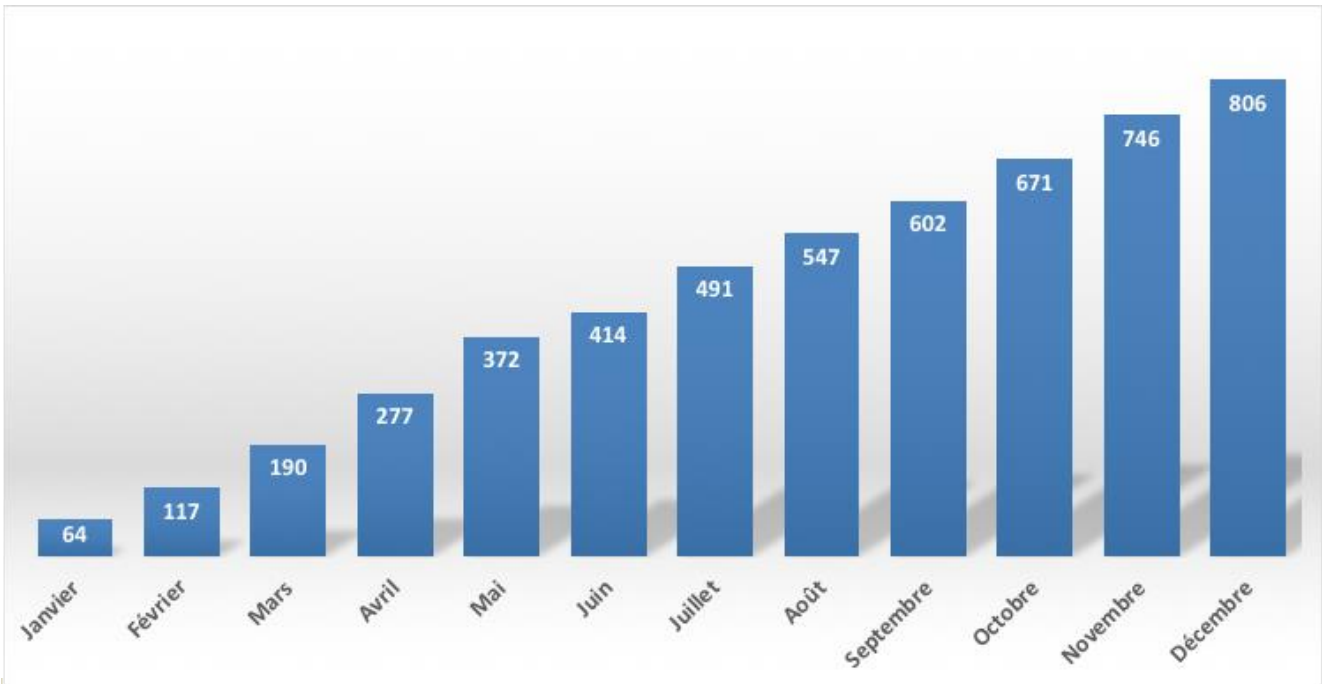


Standard de SAT
01.49.28.20.00



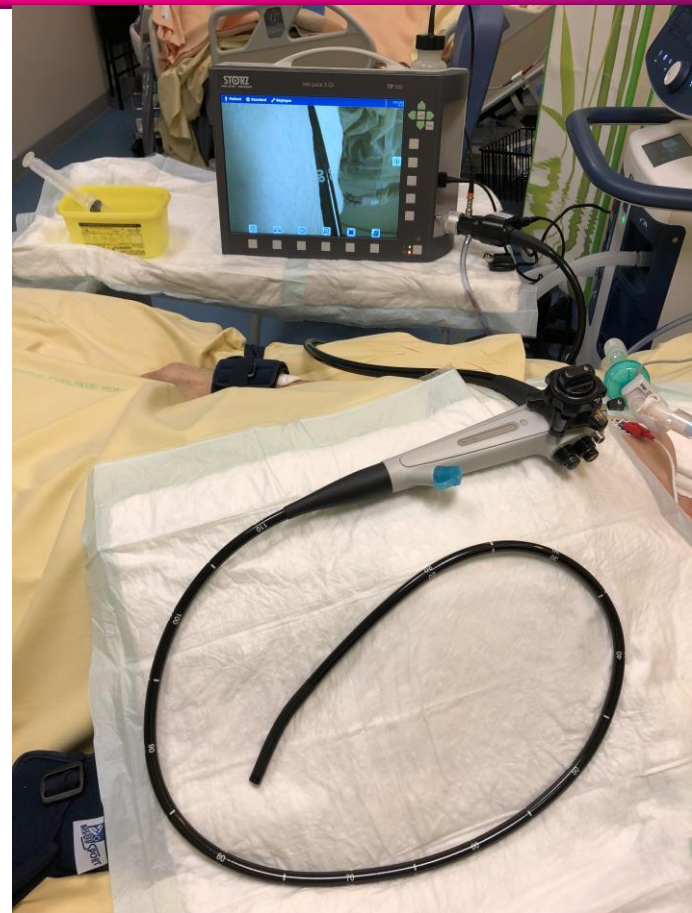
You talkin' to me ?

Exemple APHP : solution combinée basée à Saint-Antoine



- 20 endoscopistes seniors
- Mutualisé entre les centres de l'APHP
- Planning de garde informatique et automatisé

En moyenne 2,6 endoscopies par garde
Pic d'activité le WE



Continuité des soins

- « 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

3) Lorsque vous assurez la permanence des soins (WE&nuits), êtes vous assisté(e) lors de l'endoscopie par du personnel paramédical ?

Oui, je suis assisté(e) d'une IDE travaillant en endoscopie

☐

Oui, je suis assisté(e) d'une IDE ne travaillant pas en endoscopie

☐

Non, je suis seul

☐

4) Lorsque vous assurez la permanence des soins (WE&nuits), qui s'occupe de la décontamination des endoscopes ?

Une aide (AS ou IDE) travaillant en endoscopie



Une aide (AS ou IDE) de chirurgie ou de salle



Je suis seul(e)



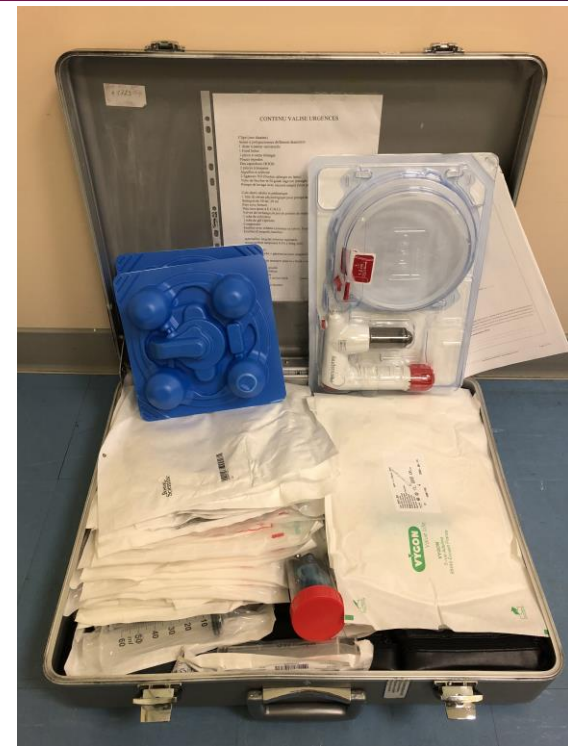
Aide paramédicale

- 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
Recommandation forte, niveau de preuve intermédiaire – ESGE guidelines 2015
- 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 »
- En l'absence d'astreinte spécialisée, le personnel paramédical (IDE du bloc opératoire ou du service de soins) devra faire l'objet d'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
Marchetti B, et al. La désinfection du matériel en endoscopie digestive. Acta Endosc. 2007*

Matériel

- Endoscopes
 - 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
- Petit matériel = valise pré-remplie, et régulièrement contrôlée
 - Hémorragie digestive
 - Bistouri électrique portable
 - Corps étranger



5) Où réalisez-vous préférentiellement les endoscopies d'urgences (WE&nuits) ?

Dans l'unité d'endoscopie



Dans un lieu géré par des anesthésistes/réanimateurs



(SSPI, service de réanimation, bloc opératoire, ...)

Aux urgences



Lieu de l'endoscopie

- Le but d'une endoscopie d'urgence est d'être une endoscopie thérapeutique
 - Anesthésie générale
 - Intubation oro-trachéale (IOT)
- D'où le lieu préférentiel
 - Unité d'endoscopie
 - Salle du bloc chirurgical
 - 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

Définition de l'endoscopie d'urgence ?

- Absence de définition réglementaire
- Proposition de la SFED en 2016 :

« endoscopie à réaliser en dehors des jours ouvrables ou le week-end (à partir du samedi 12 h) et jours fériés, mais dans un délai de moins de 12 h »

Conditions de réalisation et description des principales techniques utilisées au cours de l'endoscopie en urgence (SFED) Acta Endosc. 2016

Indications
des endoscopies en urgence
Hémorragie digestive haute

International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Alan N. Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD; Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group*

Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Endoscopy 2015; 47: a1–a46

Authors

Ian M. Gralnek^{1,2}, Jean-Marc Dumonceau³, Ernst J. Kuipers⁴, Angel Lanas⁵, David S. Sanders⁶, Matthew Kurien⁶, Gianluca Rotondano⁷, Tomas Huc⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Riccardo Marmo¹⁰, Istvan Rac¹¹, Alberto Arezzo¹², Ralf-Thorsten Hoffmann¹³, Gilles Lesur¹⁴, Roberto de Franchis¹⁵, Lars Aabakken¹⁶, Andrew Veitch¹⁷, Franco Radaelli¹⁸, Paulo Salgueiro¹⁹, Ricardo Cardoso²⁰, Luis Maia¹⁹, Angelo Zullo²¹, Livio Cipolletta²², Cesare Hassan²³

Position Paper



EASL | JOURNAL OF
HEPATOLOGY

Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension

Roberto de Franchis*, on behalf of the Baveno VI Faculty†

Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Gastroenterology Unit, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy

6) Utilisez-vous un score de gravité ?

OUI



NON



7) Si oui, lequel ?

Blatschford Glasgow score



Score de Rockall



AIM 65



- L'ESGE recommande l'utilisation d'un outil validé de stratification du risque pour classer les patients en groupes à haut et à faible risque
- La stratification du risque peut aider à la prise de décision clinique concernant le moment de l'endoscopie et de sortie de l'hôpital

Recommandation forte, niveau de preuve moyen

- ✓ Deux scores validés
 - Score de Rockall ➔ risque de mortalité
 - Score de Blatchford ➔ besoin d'intervention (transfusion, chirurgie, endoscopie)
- ✓ Aucun développé pour toutes les variables d'intérêt
 - Mortalité + besoin d'intervention + risque de récidence hémorragique

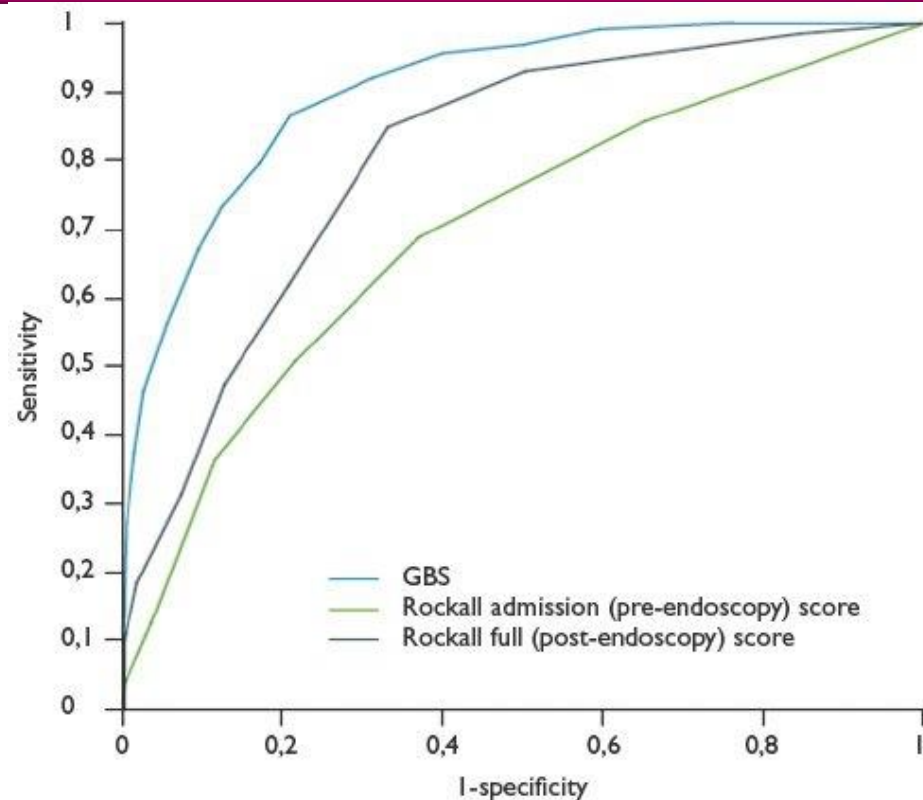
Score de Rockall

Variables	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3
Age (ans)	< 60	60-79	> 80	
Choc	Pas de choc	Pouls > 100/min	PAS < 100 mmHg	
Co-morbidités	Aucune		Insuffis corona-rienne, insuffis cardiaque majeure	Insuffis rénale, hépatique, métastases
Diagnostic	Mallory Weiss	Autres pathologies	Cancer digestif	
Stigmate d'hémorragie	Aucun		Caillot adhérent, vaisseau visible, saigne-ment actif	

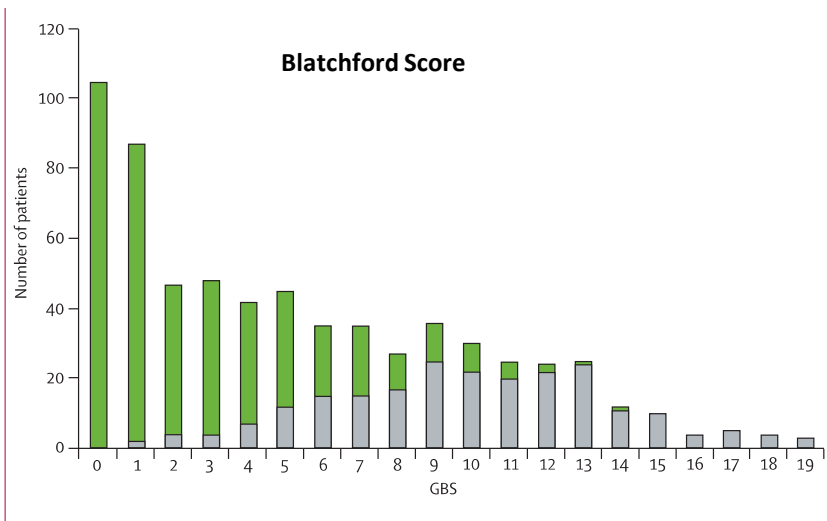
Facteurs de risque à l'admission	Score
Urée (mmol/L)	
6,5 – 7,9	2
8 – 9,9	3
10 – 24,9	4
≥ 25	6
Hémoglobine (g/dl) homme	
12,0 – 12,9	1
10,0 – 11,9	3
<10	6
Hémoglobine (g/dl) femme	
10,0 – 11,9	1
<10,0	6
Tension artérielle systolique (mmHg)	
100 -109	1
90-99	2
<90	3
Fréquence cardiaque ≥100/min	1
Méléna à l'admission	1
Syncope à l'admission	2
Hépatopathie	2
Insuffisance cardiaque	2

Le score est calculé en additionnant les items successifs.

Maximum du pré-Rockall 7, Maximum du score complet de Rockall : 11



Courbe ROC comparant le GBS aux scores de Rockall pré- et postendoscopiques dans la prédiction du besoin de traitement et la mortalité



Stanley, et al. Lancet 2009;373:42-7

Score < 3, très faible risque de mortalité <1%

Score > 8, risque de mortalité plus de 50%

Prise en charge externe

22%

Economie de ressources

Score=0, risque de 0%

- ESGE recommande l'utilisation du **score de Glasgow-Blatchford** (GBS) pour l'évaluation pré-endoscopique
- Les patients à faible risque score 0-1, ne nécessite pas d'endoscopie ni d'hospitalisation

Recommandation forte, niveau de preuve élevé

Mme N...

- Appel du réanimateur de garde pour une patiente de 75 ans
- Diagnostic récent de cancer de l'utérus métastatique au décours d'une embolie pulmonaire
- ATCD de cardiopathie ischémique stentée (2015), traitement par aspirine au long cours
- Méléna depuis 48h, pâleur, hypotension à l'arrivée, prise en charge au domicile par le SAMU,
- Arrive en réanimation chirurgicale
- Hb : 5,9g/dl (Hb à 11,5g/dl, il y a 10jours), créatinine 130 μ mol/l
- Remplissage vasculaire efficace, transfusion de 3 culots globulaires, Hb de contrôle à 7,5g/dl
- IPP IVSE après bolus de 80mg effectué
- Il est 00h10

JF



ES
DE PARIS
ARS



8) Comment classer cet ulcère selon la classification de Forrest ?

Forrest Ib



Forrest IIa



Forrest IIb



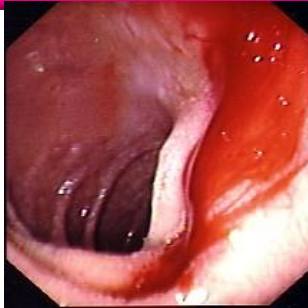
Classification de Forrest

Stade	Stigmate d'hémorragie
Ia	Hémorragie active en jet
Ib	Hémorragie active en nappe
IIa	Vaisseau visible non hémorragique
IIb	Caillot adhérent
Iic	Tâches pigmentées planes
III	Fond propre

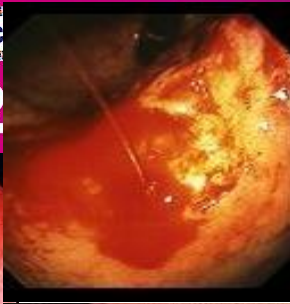
La classification de Forrest doit être utilisée chez tous les patients atteints d'ulcère gastro-duodénal hémorragique afin de différencier les stigmates endoscopiques à risque élevé ou bas

forte recommandation, niveau de preuve élevé

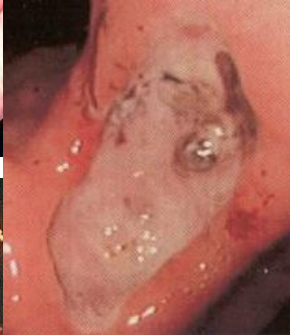
Ib



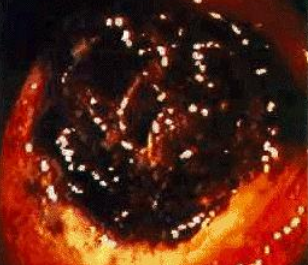
Ia



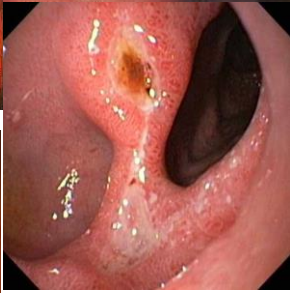
IIa



IIb



Iic



III



Forrest et al. Lancet 1974
ESGE Guidelines Endoscopy 2015

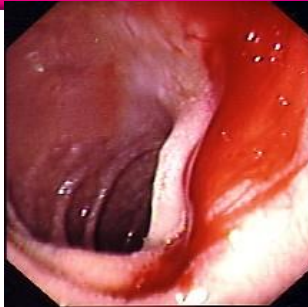
Classification de Forrest

Stade	Stigmate d'hémorragie
Ia	Hémorragie active en jet
Ib	Hémorragie active en nappe
IIa	Vaisseau visible non hémorragique
IIb	Caillot adhérent
Iic	Tâches pigmentées planes
III	Fond propre

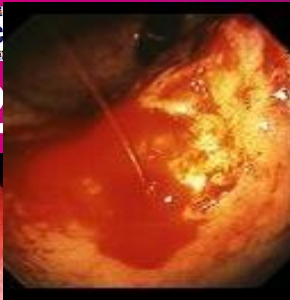
La classification de Forrest doit être utilisée chez tous les patients atteints d'ulcère gastro-duodénal hémorragique afin de différencier les stigmates endoscopiques à risque élevé ou bas

forte recommandation, niveau de preuve élevé

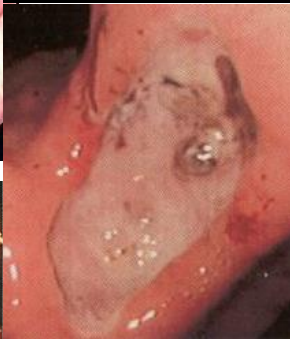
Ib



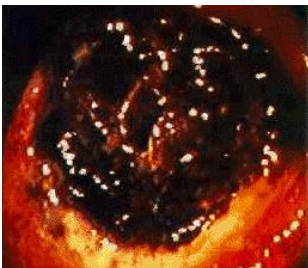
Ia



IIa



IIb



Iic



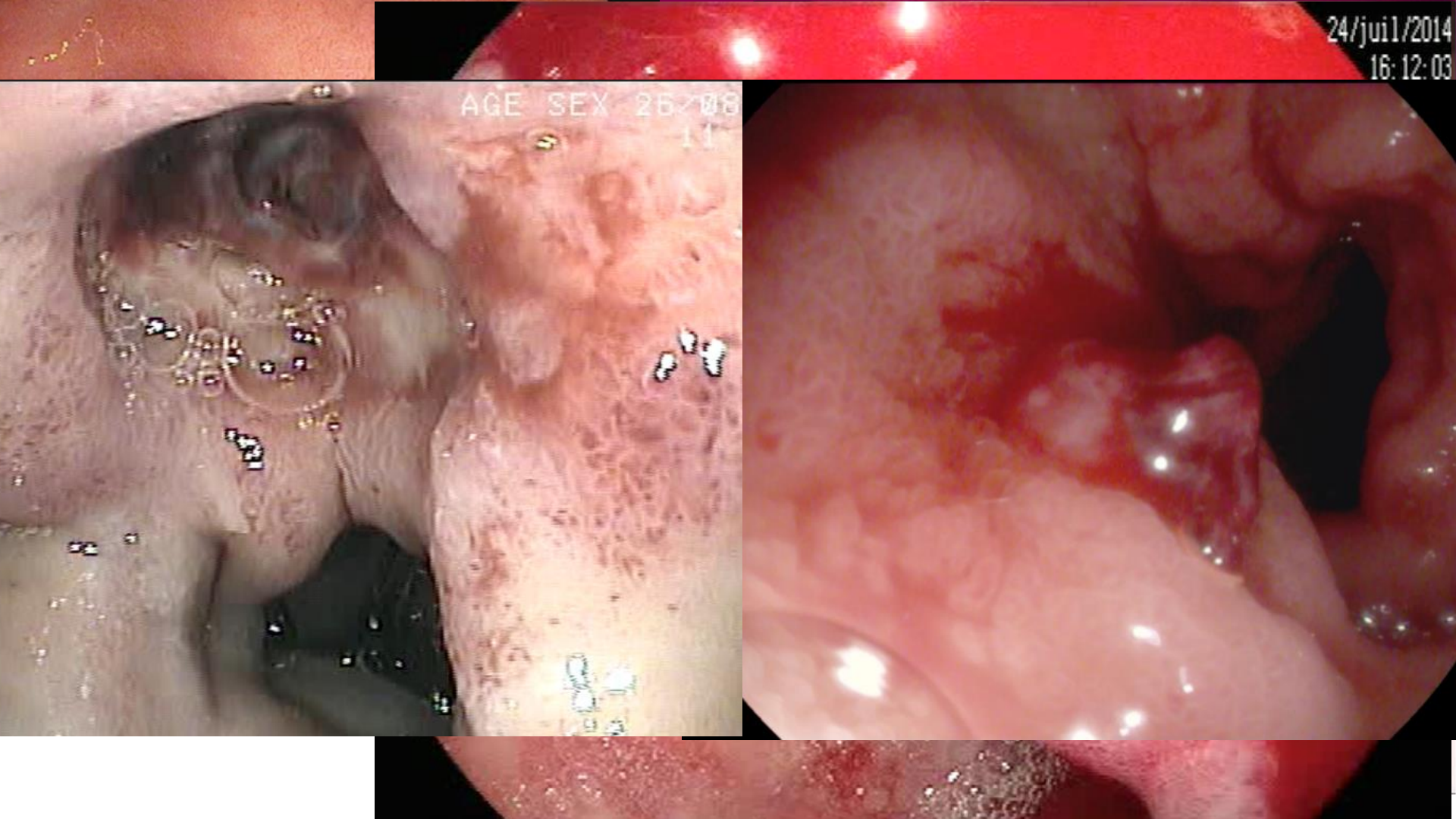
III

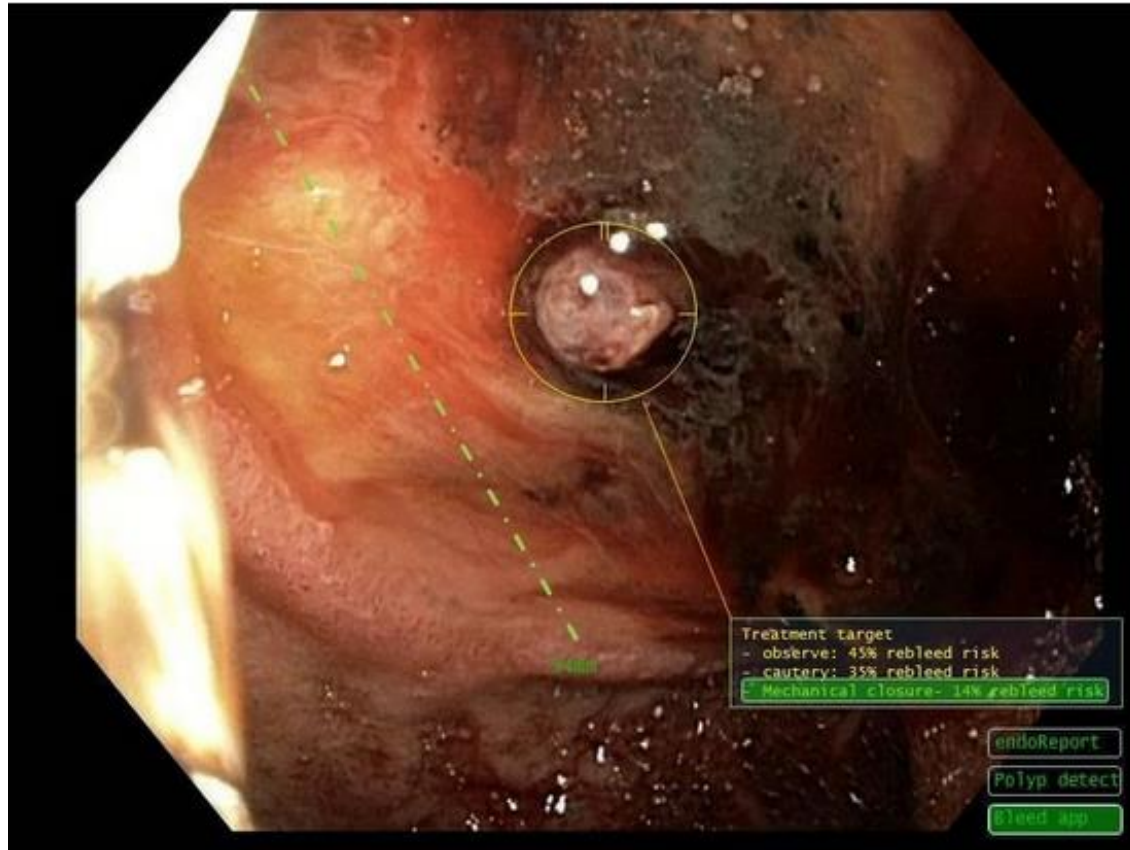


Forrest et al. Lancet 1974
Jensen et al. Am J Gastroenterol 2017

24/jul/2014
16:12:03

AGE SEX 25>08
11





Le futur est-elle l'IA ?

Prédiction du stigmat
d'hémorragie

9) Quel(s) traitement(s) endoscopique(s) instituez-vous ?

Injection de sérum adrénaliné

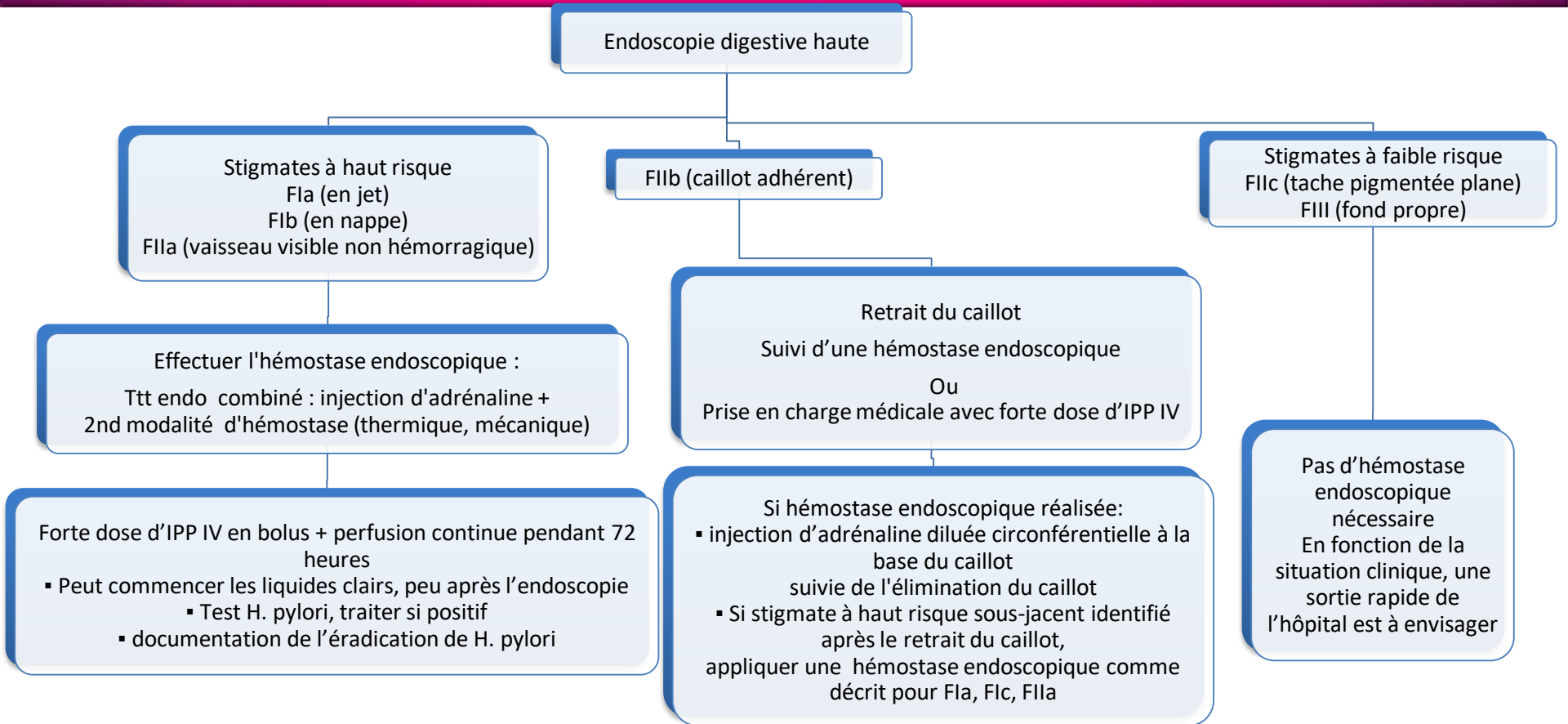


Pose de clips



Coagulation bipolaire





Hémorragie réfractaire

- Vous avez réaliser une bi-thérapie : injection de serum adrénaliné + clips
- ➔ Traitement efficace initialement
- Mais à 24h, récidence sous la forme d'une hématémèse de grande abondance,
- Hb = 6,2g/dl,
- ➔ Le réanimateur vous rappelle...

10) Vous réalisez à nouveau une endoscopie digestive haute. L'ulcère saigne en nappe. Quelle est votre attitude ?

Nouveau ttt endoscopique : serum adrénaliné + clips ou coagulation



Nouveau ttt endoscopique : hemospray



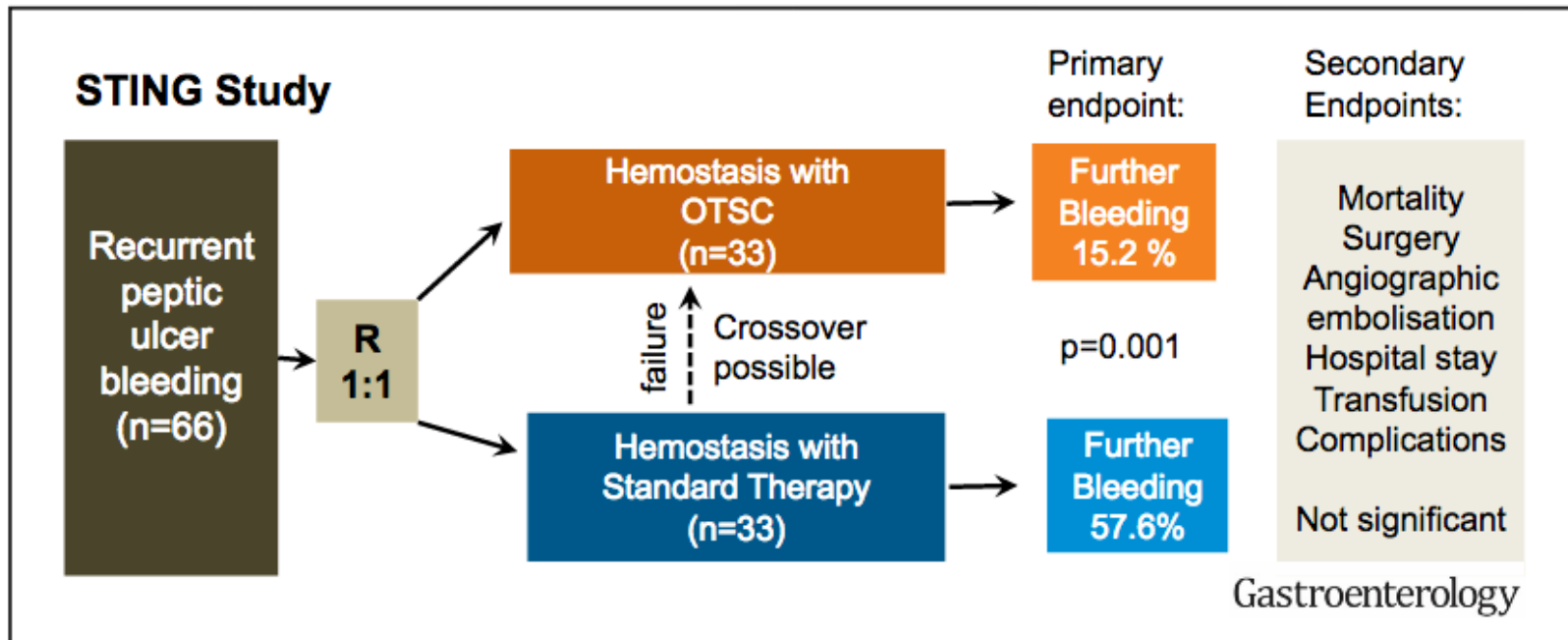
Nouveau ttt endoscopique : clip ovesco

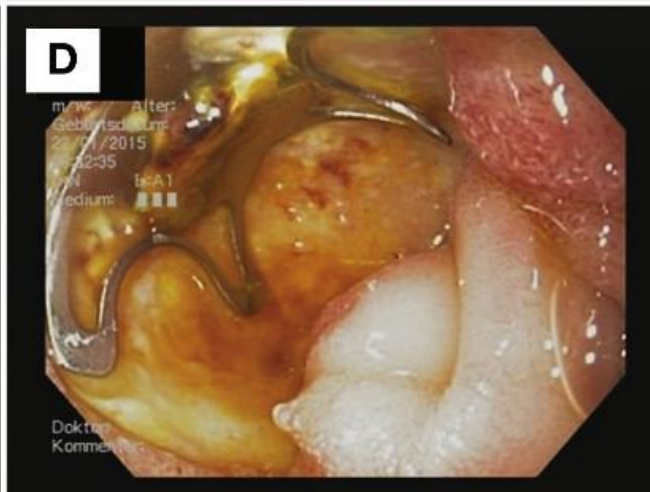
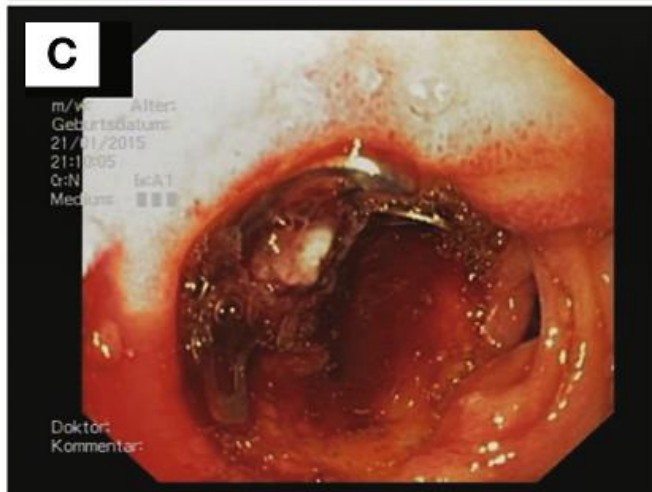
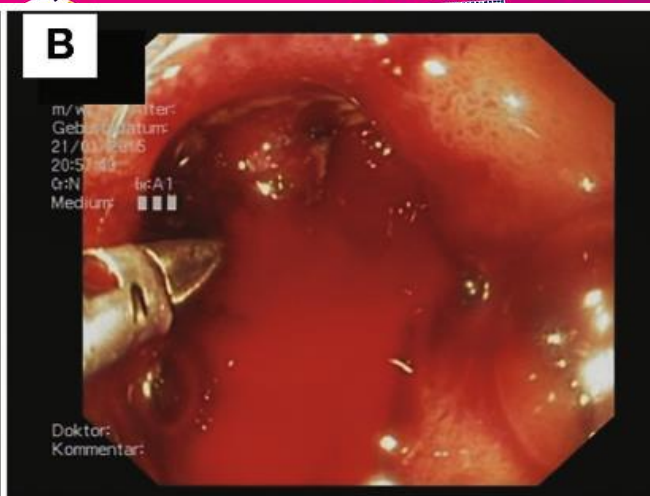
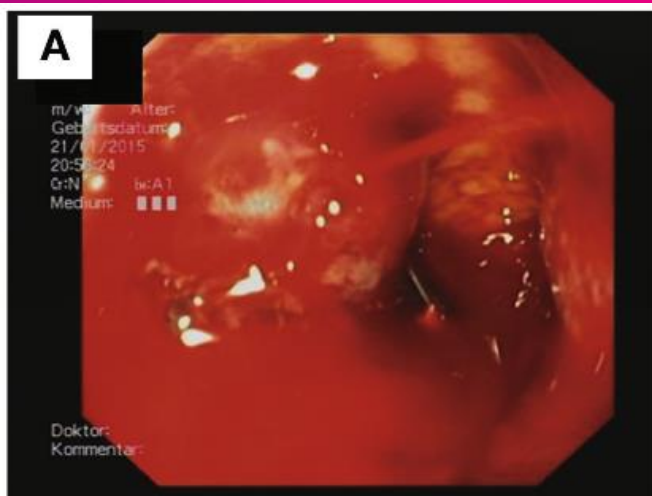


Hémorragie sur ulcère avec vaisseau visible

- Selon les recommandations : nouvelle endoscopie avec nouveau traitement hémostatique
 - Soit nouveau double traitement (serum adrénaliné/clips ou coagulation)
 - Soit Hemospray : non indiqué en l'absence d'hémorragie active (en jet ou en nappe)
 - Soit clip OVESCO à considérer en cas de récurrence sur ulcère hémorragique (surtout duodéal)
- Rapidement discuter embolisation ou chirurgie en fonction des ressources locales et des co-morbidités de la patiente (transfert vers le centre expert nécessaire)

OVESCO – Hémorragie digestive récidivante





Mr L...

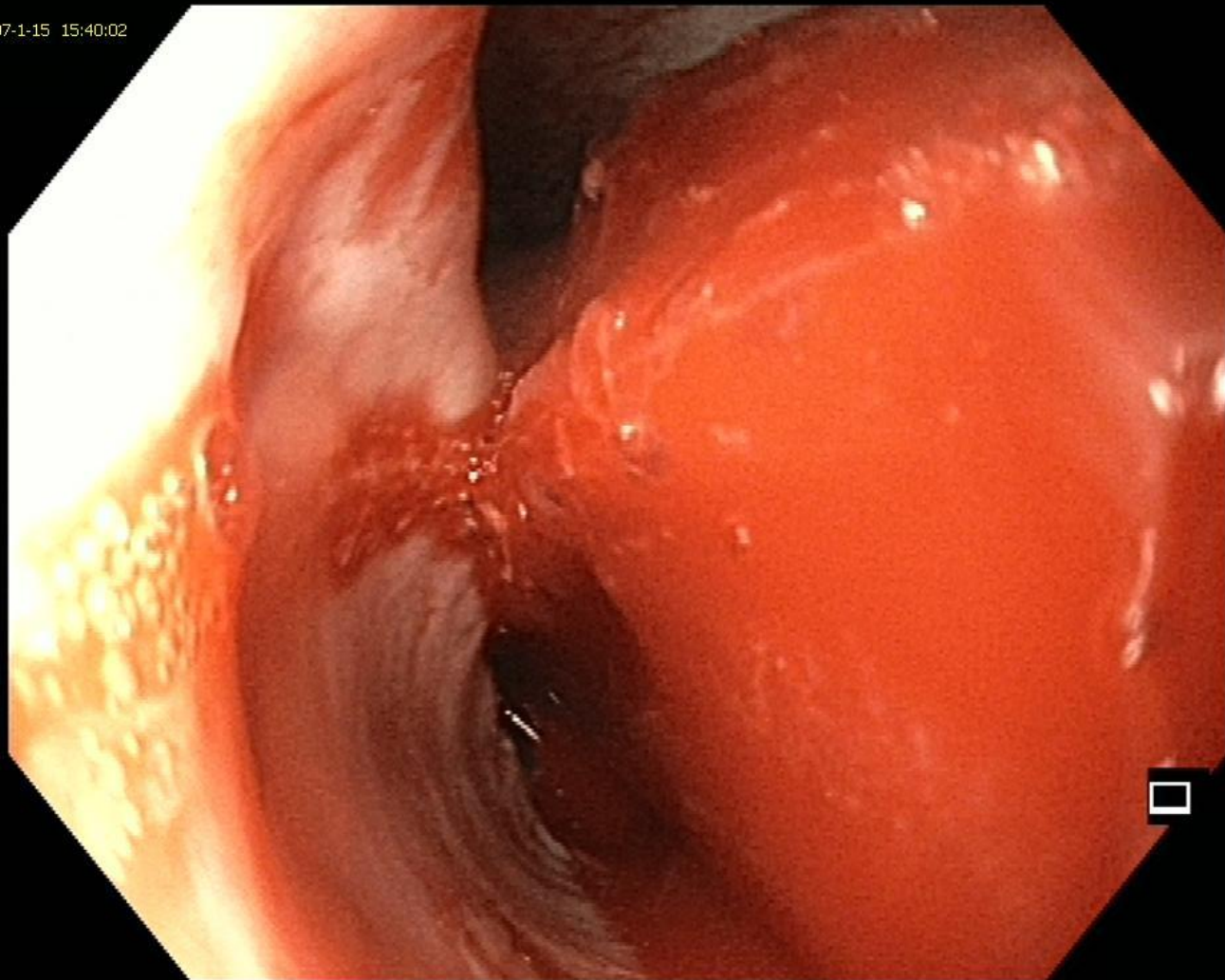
- Patient de 52 ans, cirrhose OH non sevrée
- Hématémèse de grande abondance et active, Hb 6g/dl
- Tachycarde, et TA 85-5,5cmHg
- Admis en réanimation médicale – IOT car hémorragie abondante
- Sandostatine – IPP introduits
- Il est 22h30, le réanimateur vous demande quand il peut faire l'érythromycine en vue de votre endoscopie

2007-1-15 15

2007-1-15 15

2007-1-15 15:26:58

2007-1-15 15:40:02



11) Quel est votre traitement endoscopique ?

Ligature de varices oesophagiennes



Hemospray

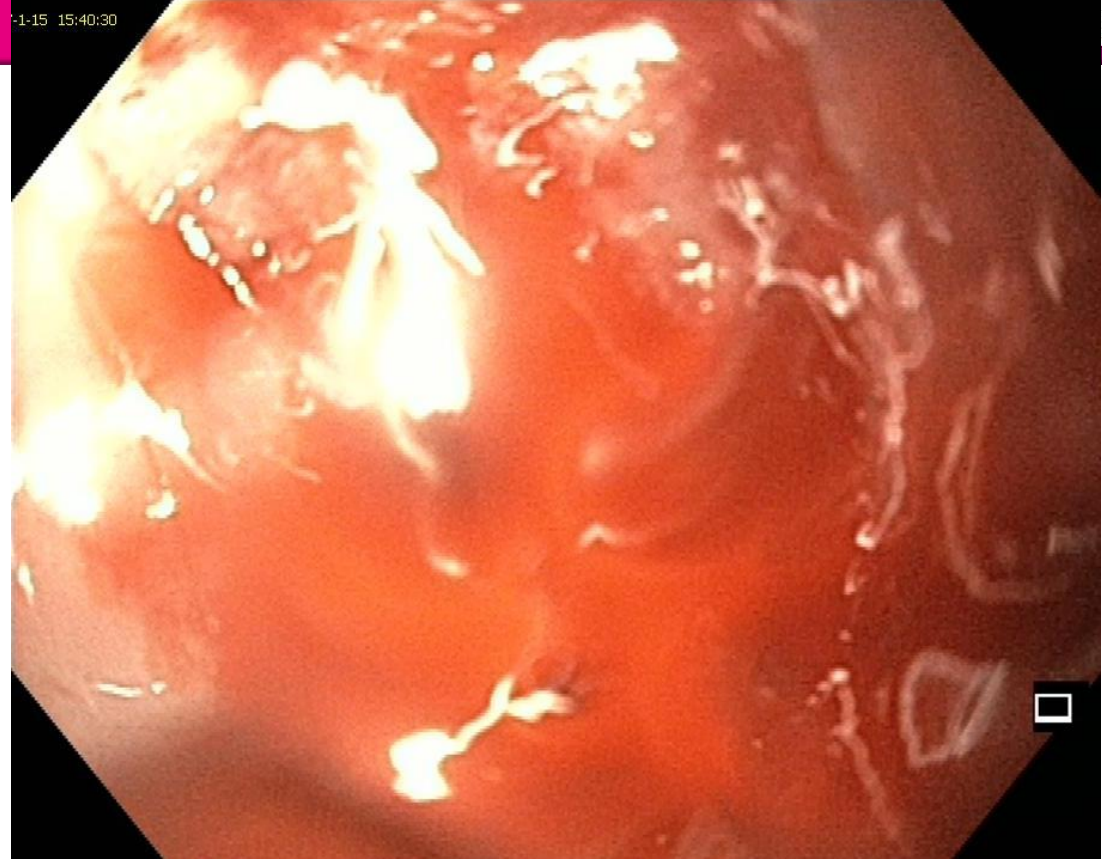


Sclérose à l'aetoxisclérol



- Vous ligaturez en partie à l'aveugle...
- Absence d'efficacité, le saignement est toujours actif
- Que faites vous ?

1-15 15:40:30



12) Quel est votre traitement endoscopique ?

Pose d'une prothèse oesophagienne



Hemospray



Sclérose à l'aetoxisclérol



Early application of haemostatic powder added to standard management for oesophagogastric variceal bleeding: a randomised trial

Mostafa Ibrahim,^{1,2} Ahmed El-Mikkawy,² Mohamed Abdel Hamid,² Haitham Abdalla,² Arnaud Lemmers,¹ Ibrahim Mostafa,² Jacques Devière¹

Gut 2018;**0**:1–10.

- Etude randomisée contrôlée
- Patient cirrhotique ayant une hémorragie sur rupture de varices oesophagiennes et gastrique
- Evaluer l'efficacité de l'Hemospray en application précoce (2h de l'admission)
 - Facile pour des endoscopistes non expérimentés, novice
 - Rapidement disponible en situation d'urgence

105 Patients were admitted for Acute Hematemesis

19 were excluded for
non variceal origin of bleeding

86 Underwent randomisation

43 were assigned to
"Study" group

Hemospray[®] application within 2 hours
and Pharmacotherapy for 12-24 hours

Early elective endoscopy

Follow up for 30 days

43 were assigned to
"Control" group

Pharmacotherapy for 12-24 hours

Early elective endoscopy

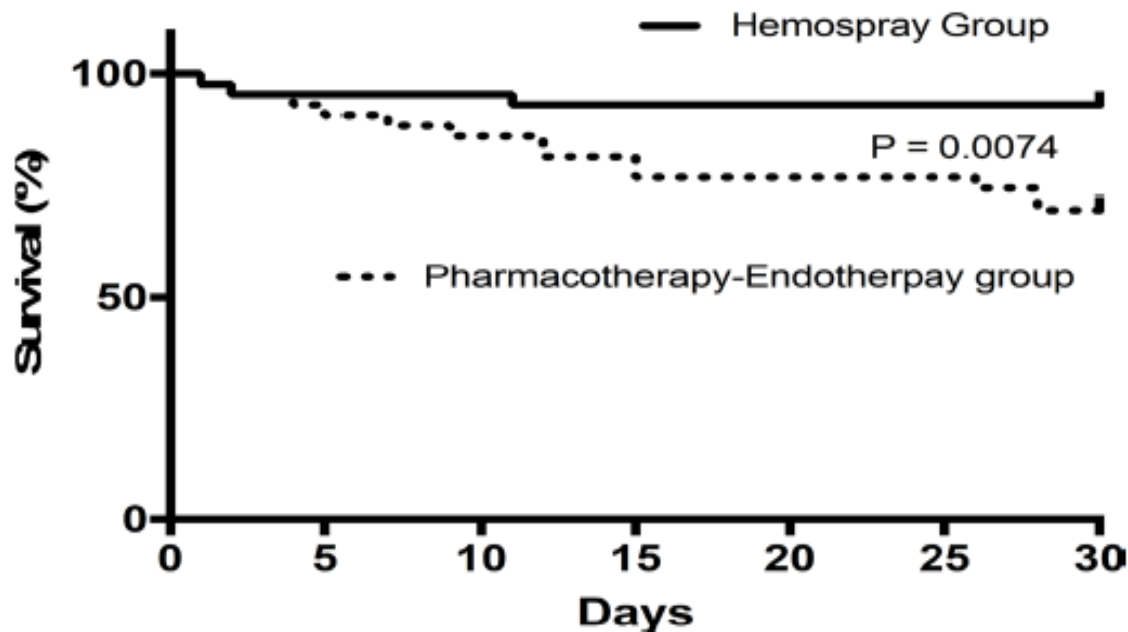
Follow up for 30 days

Design étonnant

Recommandations Baveno VI

Endoscopie dans les 6h-12h

Survival Kaplan-Meier Curve



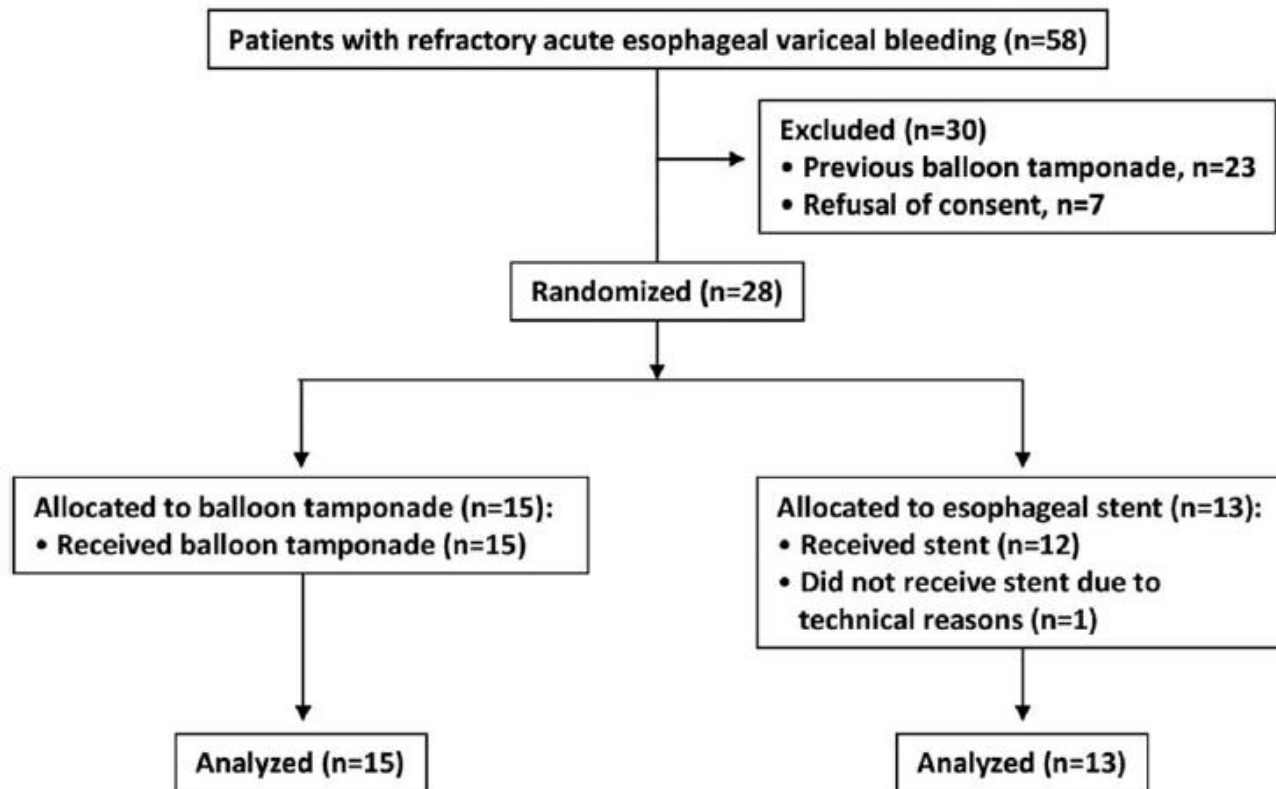
Plus de récidence
hémorragique dans le
groupe controle
6/43 vs. 2/43

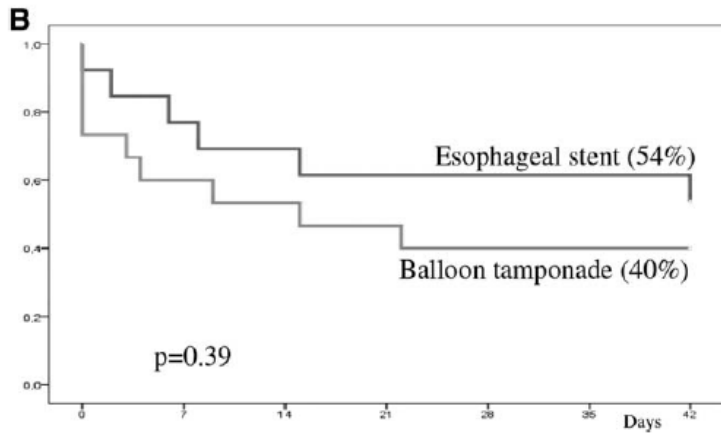
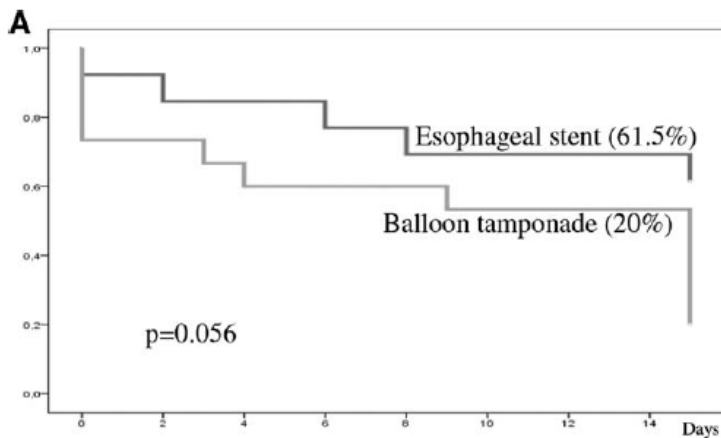
HEPATOLOGY, VOL. 63, NO. 6, 2016

LIVER FAILURE/CIRRHOSIS/PORTAL HYPERTENSION

Esophageal Balloon Tamponade Versus Esophageal Stent in Controlling Acute Refractory Variceal Bleeding: A Multicenter Randomized, Controlled Trial

Àngels Escorsell,^{1,2} Oana Pavel,^{2,3} Andrés Cárdenas,^{2,4} Rosa Morillas,^{2,5} Elba Llop,^{2,6} Cándid Villanueva,^{2,3} Juan C. García-Pagán,^{1,2} and Jaime Bosch^{1,2}; for the Variceal Bleeding Study Group





Gravité comparable des deux groupes

Succès du traitement plus fréquent dans le groupe prothèse que dans le groupe sonde de tamponnement

66% contre 20%; $p=0,025$

Avec :

- meilleur contrôle de l'hémorragie : 85% vs 47% ; $p=0,037$
- moins de besoins transfusionnels : 2 vs 6 CG; $p=0,08$
- moins d'effets indésirables graves : 15% vs 47%; $p=0,077$
- TIPS moins fréquent : 4 contre 10; $p=0,12$

Mais absence différence significative pour la survie à 6 semaines

54% vs 40%; $p=0,46$

FIG. 3. Actuarial probability of: (A) being free of treatment failure (combination of absence of digestive bleeding + absence of SAEs + survival, during the first 15 days after inclusion in the study); (B) 6-week survival.

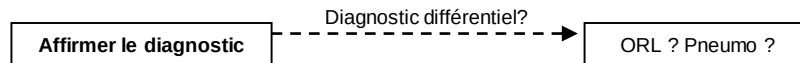
Traitement de sauvetage...

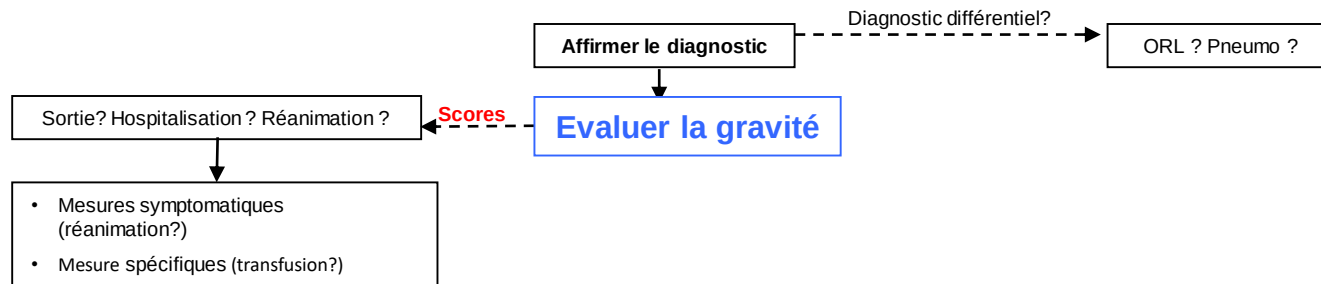
Hemospray

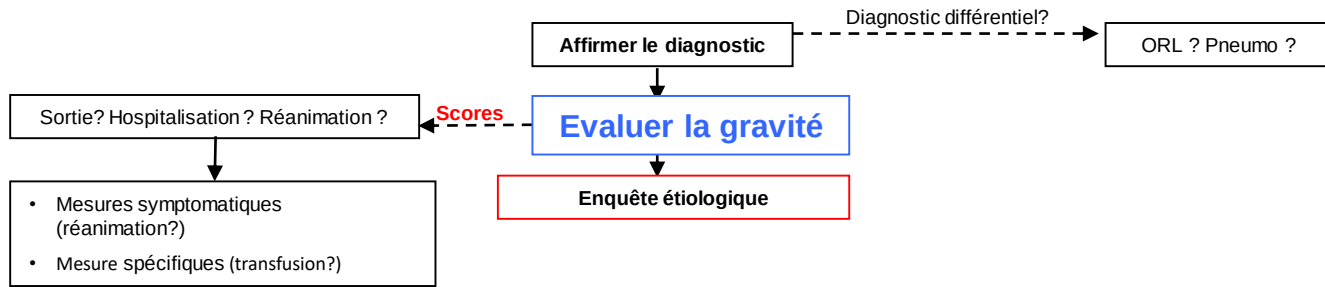
Prothèse oesophagienne

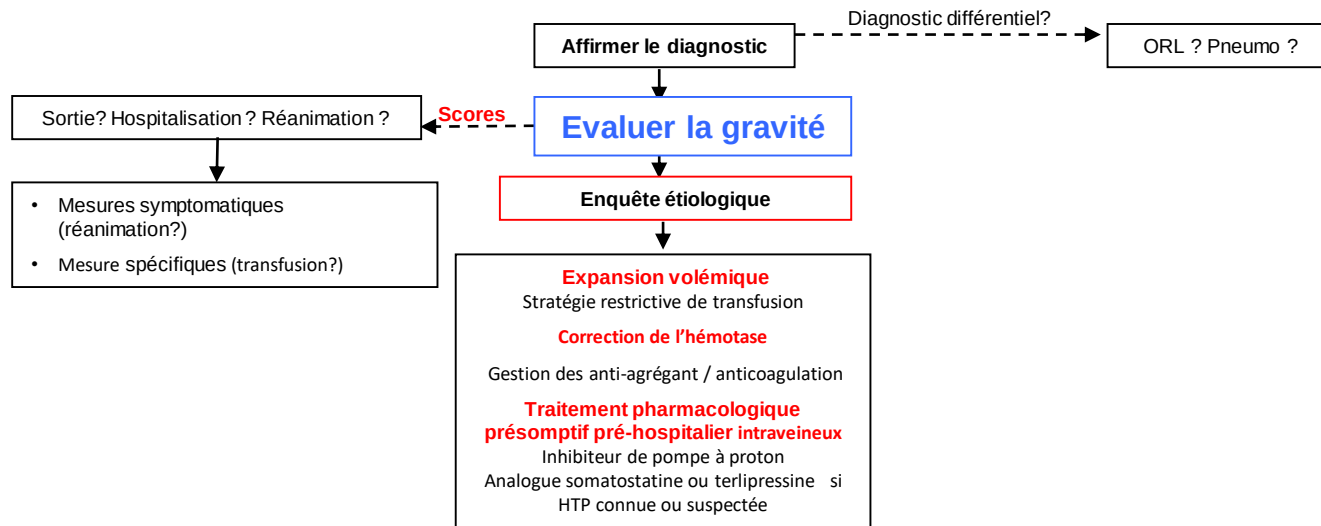
Traitement suspensifs !!!!! Ce sont des traitements d'attente
Sonde de tamponnement – Blackmore est également une possibilité

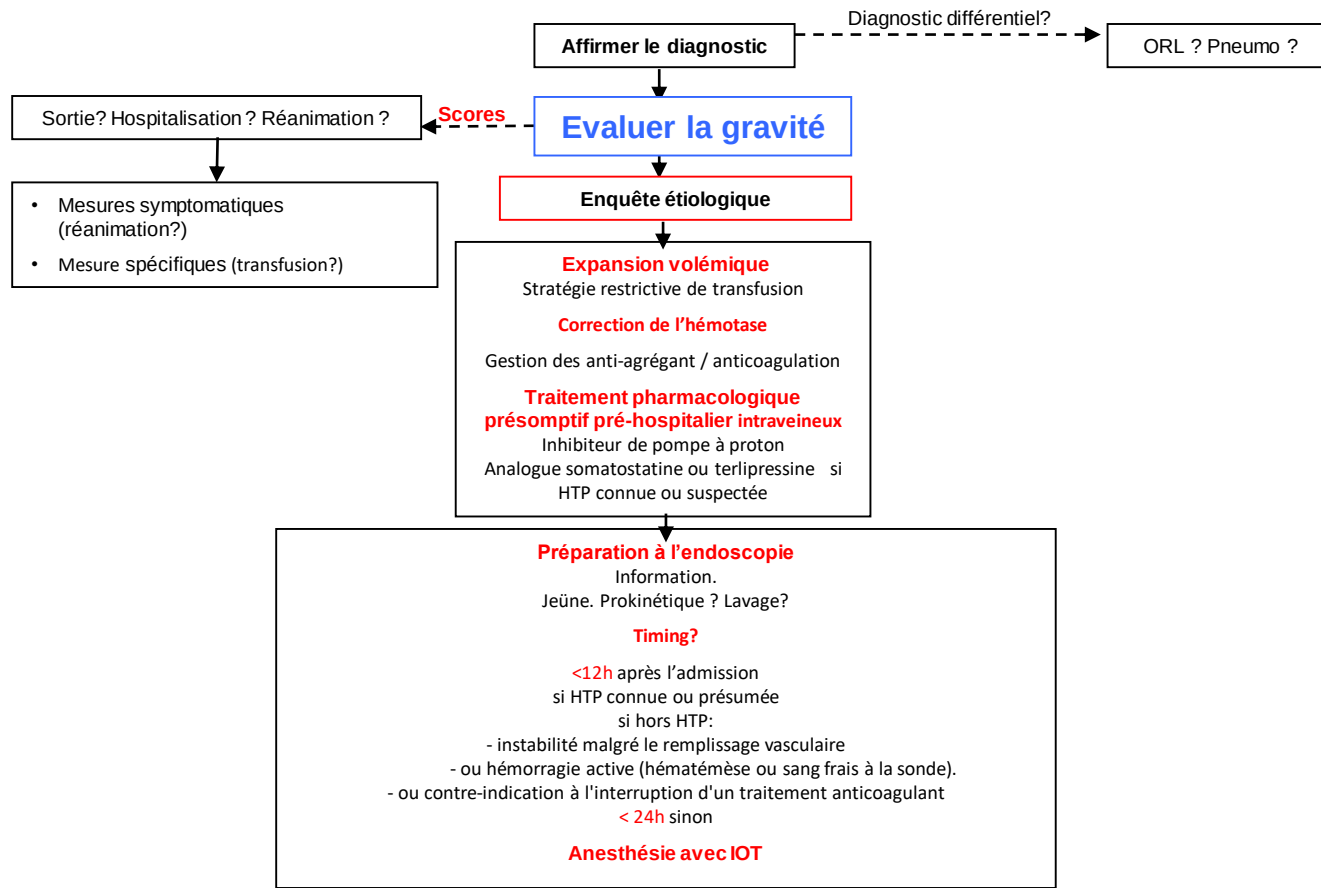
- Indication à un traitement par ligature ou encollage dans les 24h
- Indication à un TIPS de sauvetage
- Retrait à J7-J10











Indications
des endoscopies en urgence
Hémorragie digestive basse

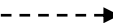
Hémorragie digestive basse

- Recommandations Françaises → Aucune
- Recommandations Européennes → Aucune
- Recommandations Américaines → 1998 et 2005

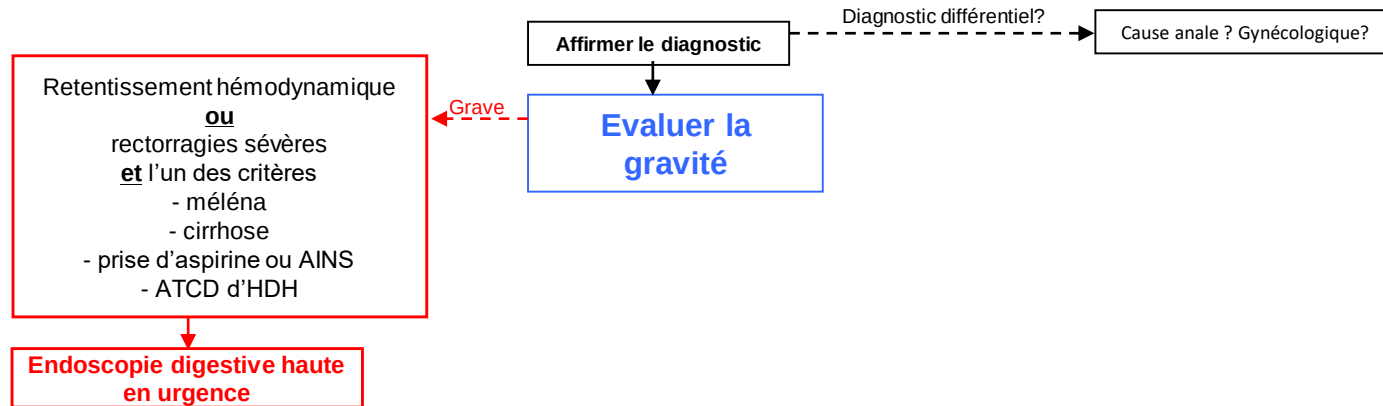
Affirmer le diagnostic

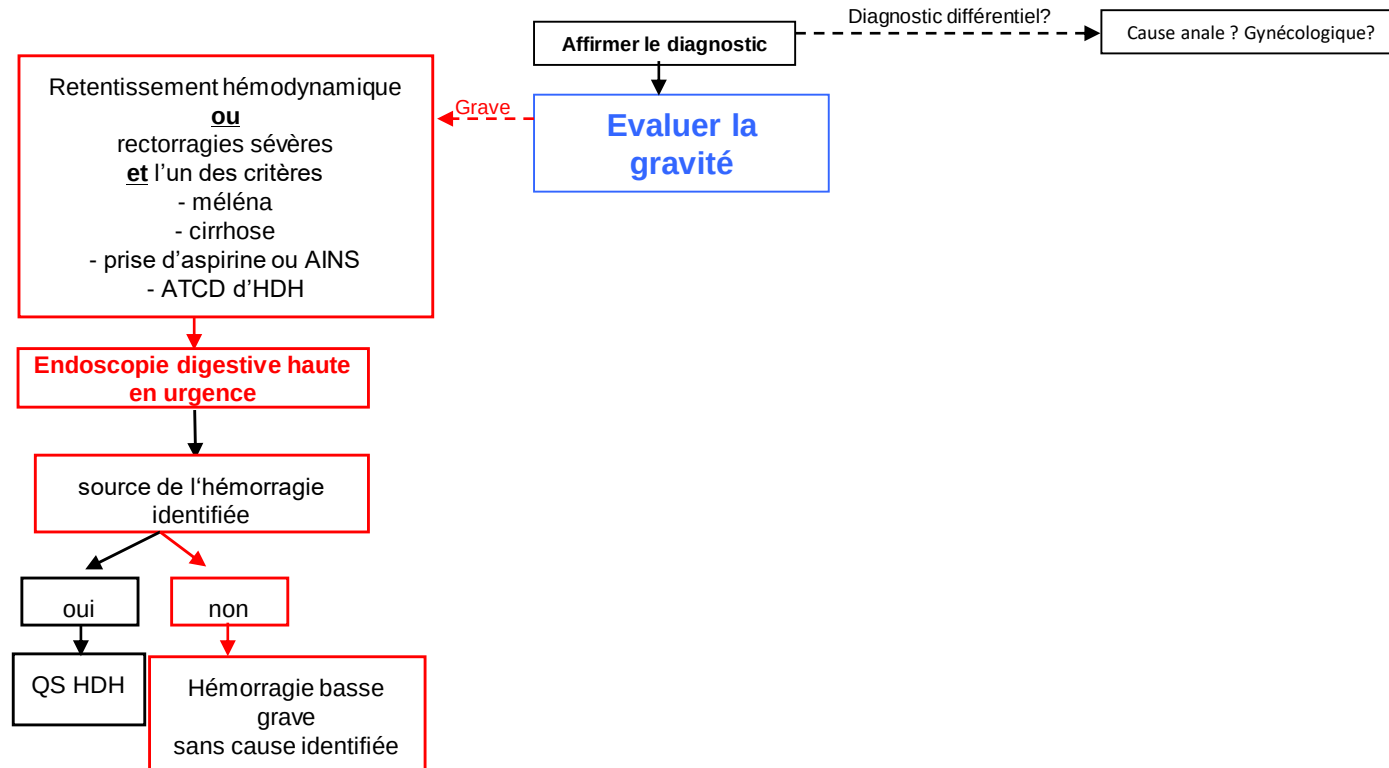


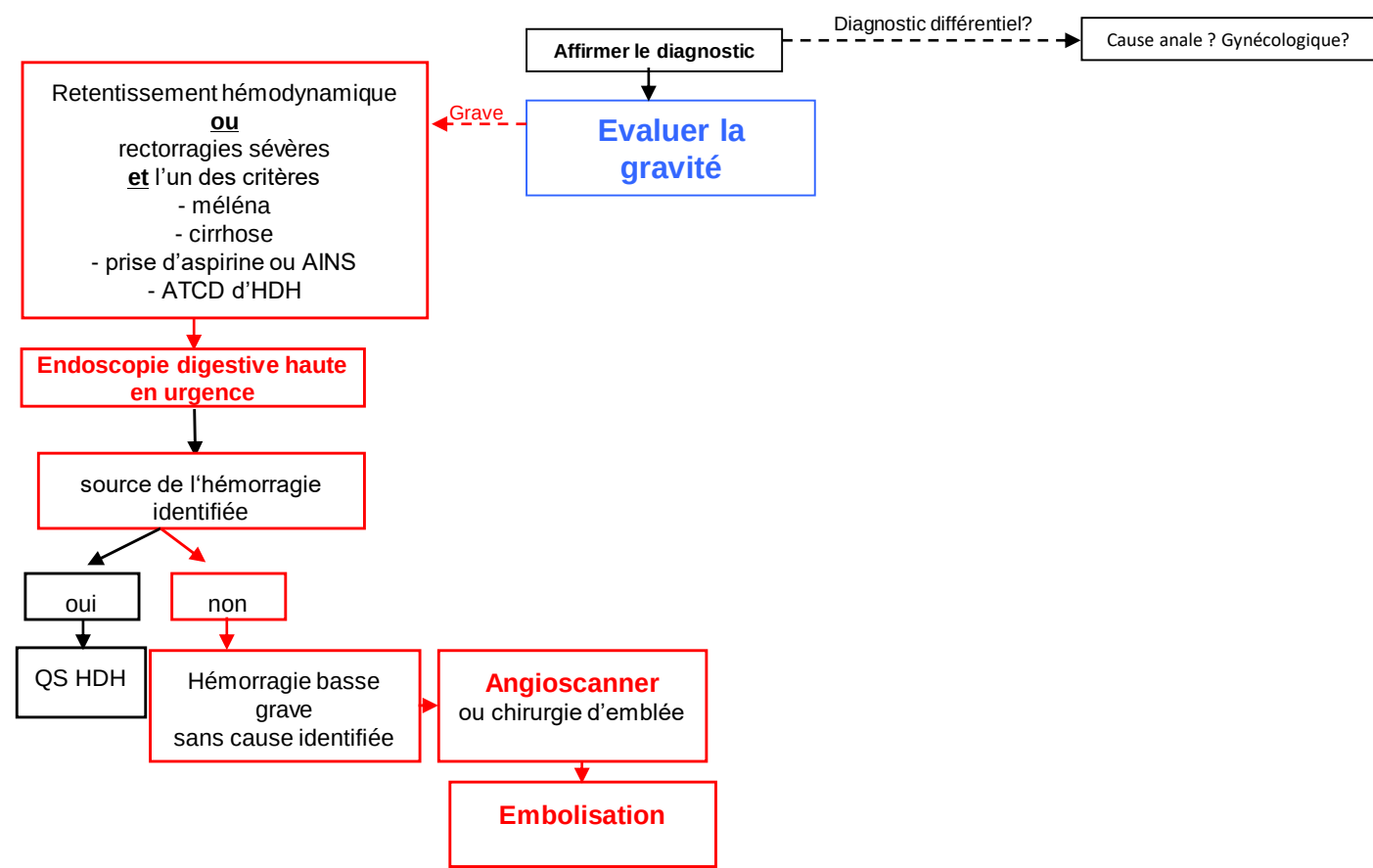
Evaluer la gravité

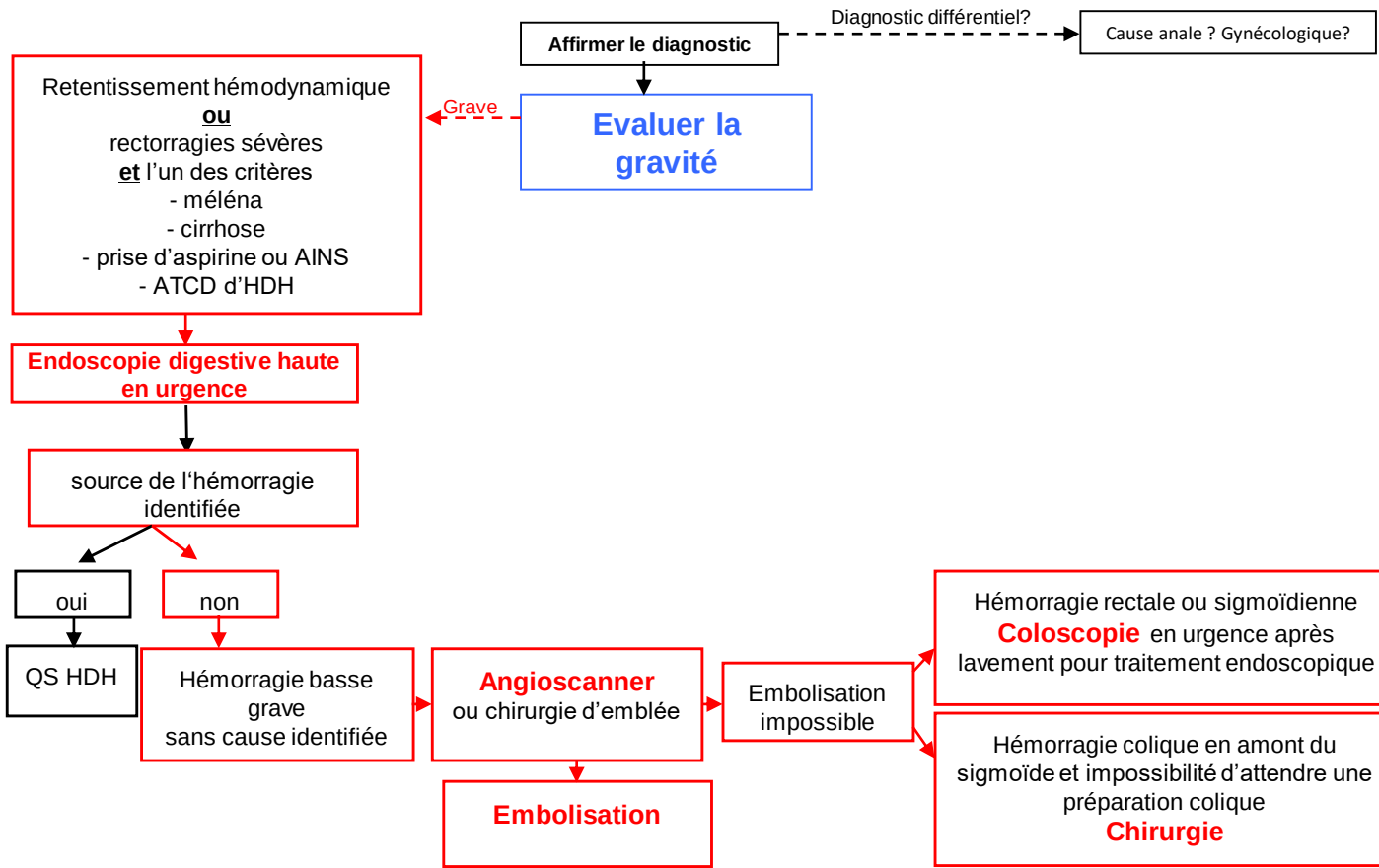


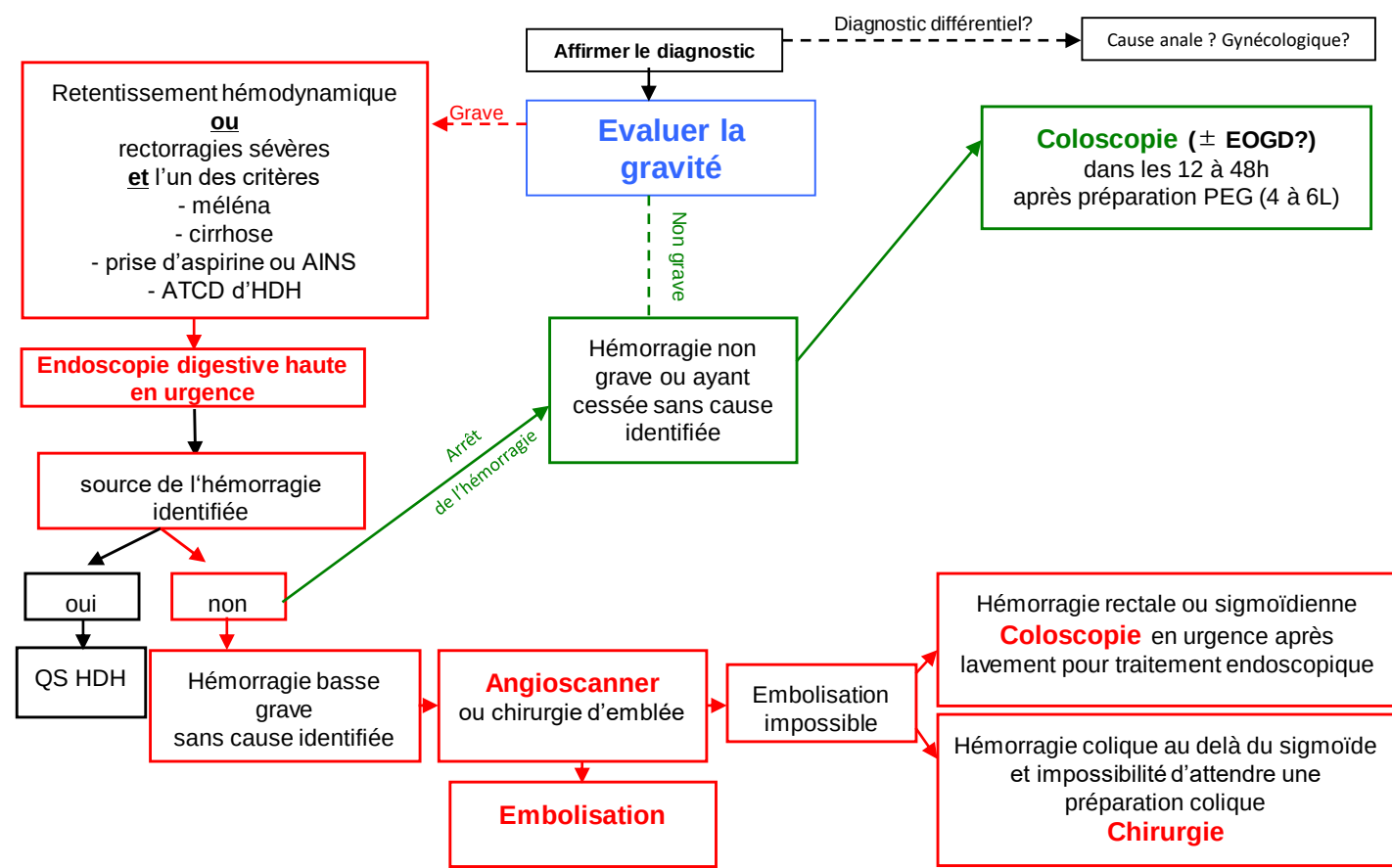
Cause anale ? Gynécologique?

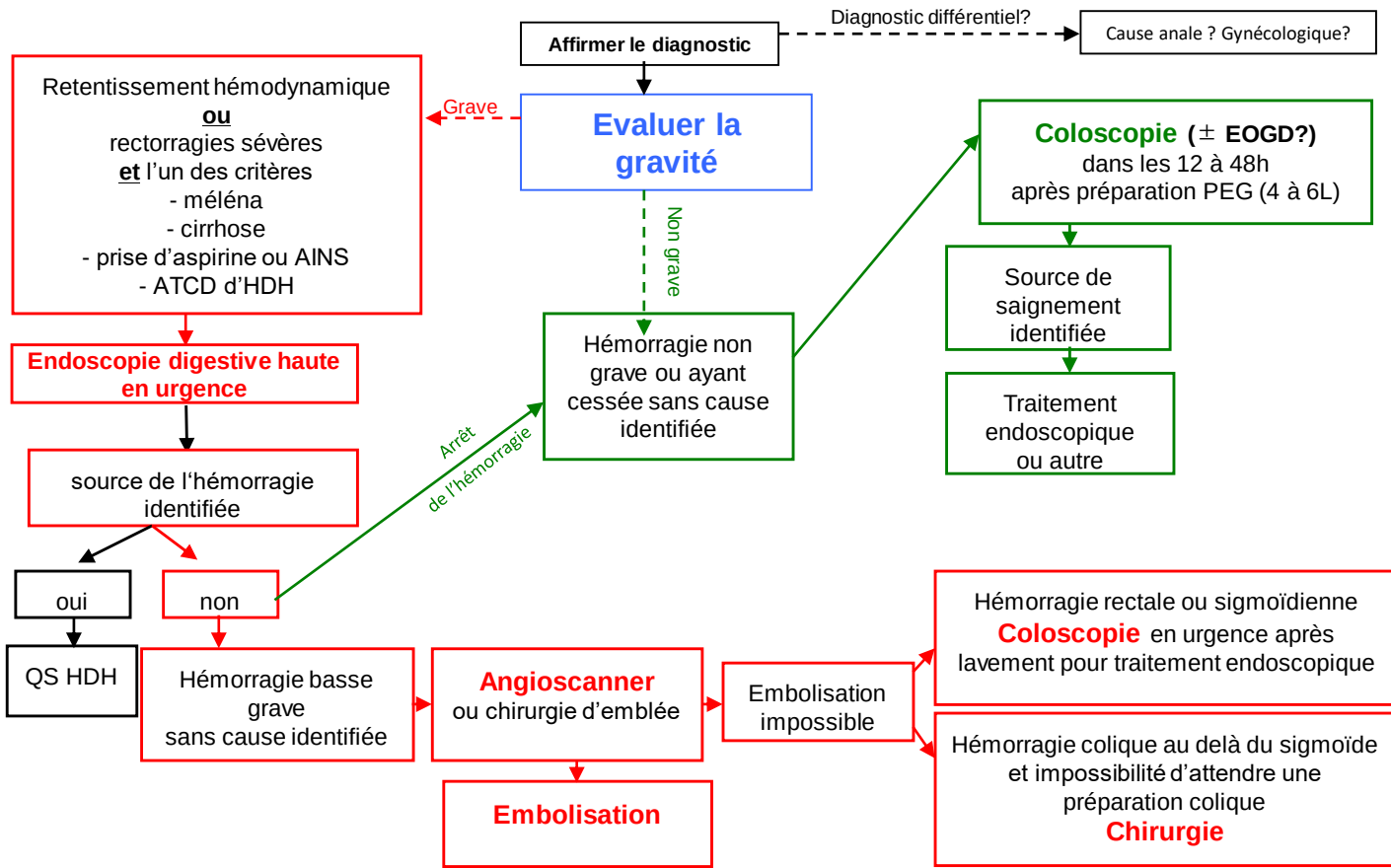


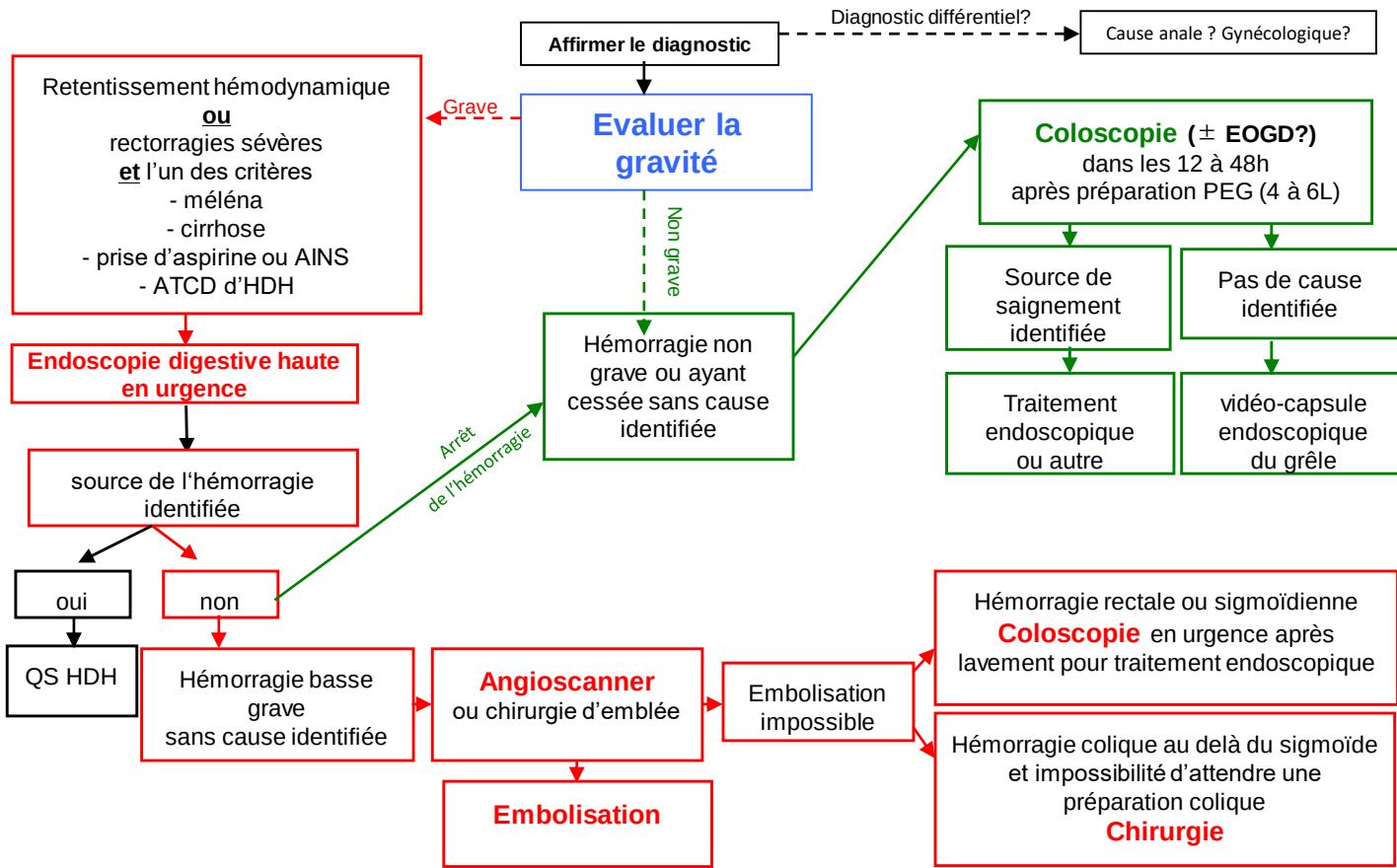












Indications
des endoscopies en urgence
Corps étrangers oesogastriques

Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline

Endoscopy 2016; 48: 1–8



Authors

Michael Birk¹, Peter Bauerfeind², Pierre H. Deprez³, Michael Häfner⁴, Dirk Hartmann⁵, Cesare Hassan⁶, Tomas Hucl⁷, Gilles Lesur⁸, Lars Aabakken⁹, Alexander Meining¹

Mr A...

- Homme de 25 ans. Chauffeur de bus. Boxeur.
- Antécédent: asthme dans l'enfance. Notion d'eczema à l'adolescence. Aucun traitement actuellement.
- Aphagie complète, incontinence salivaire et sensation de blocage alimentaire rétrosternal suite à l'ingestion de viande blanche (blanc de poulet, sans os) 12 heures plus tôt.

13) Dans quel délai doit être réalisée l'endoscopie ?

<2 h



<12 h

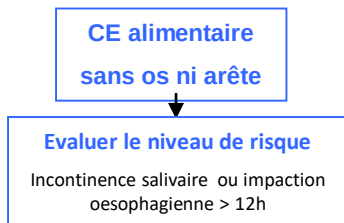


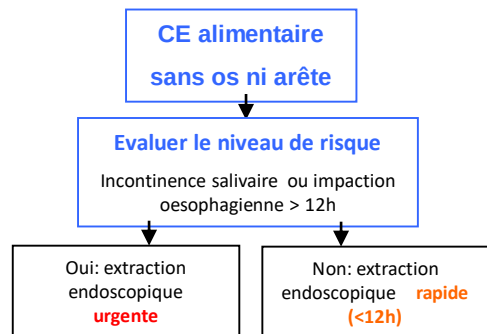
<24 h

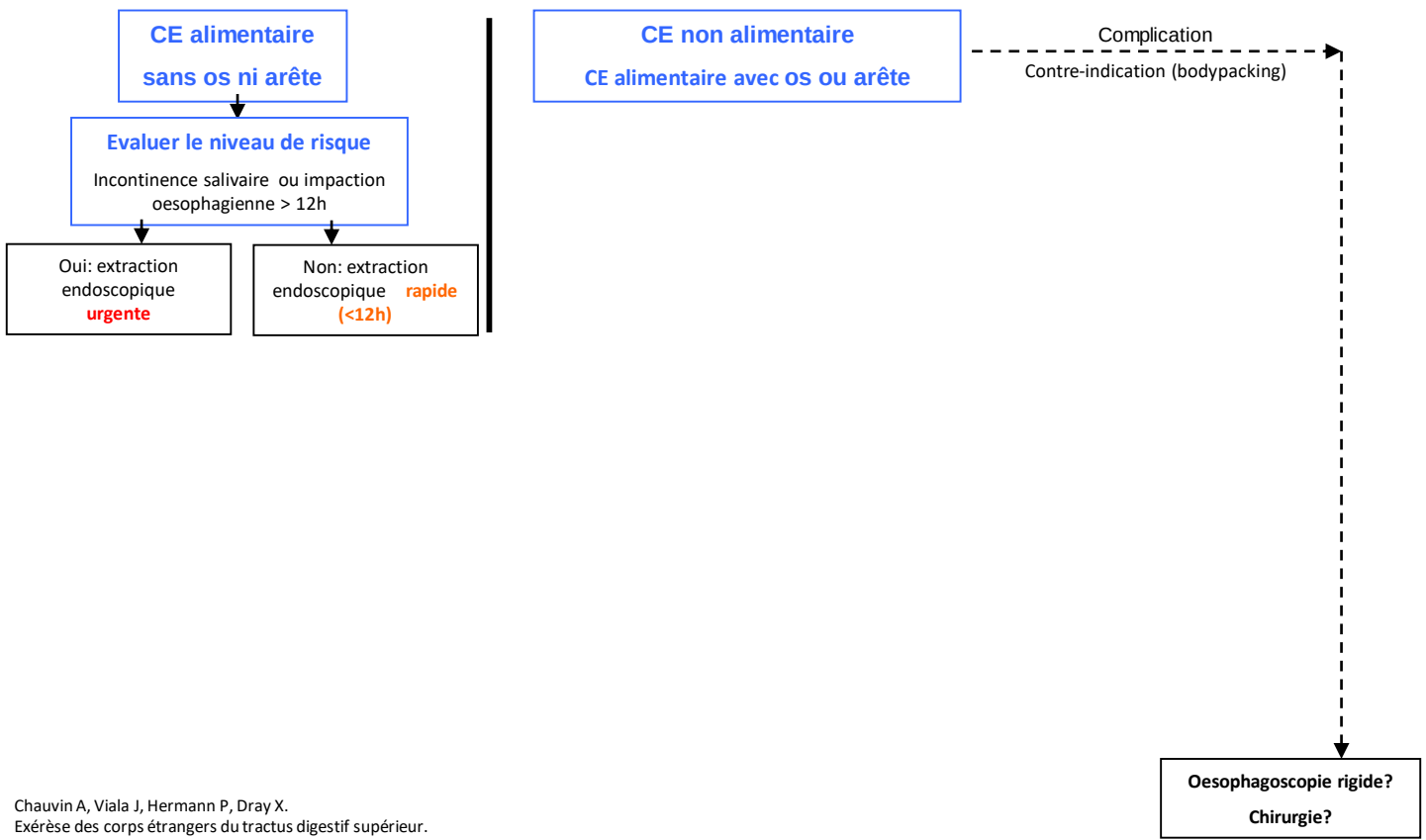


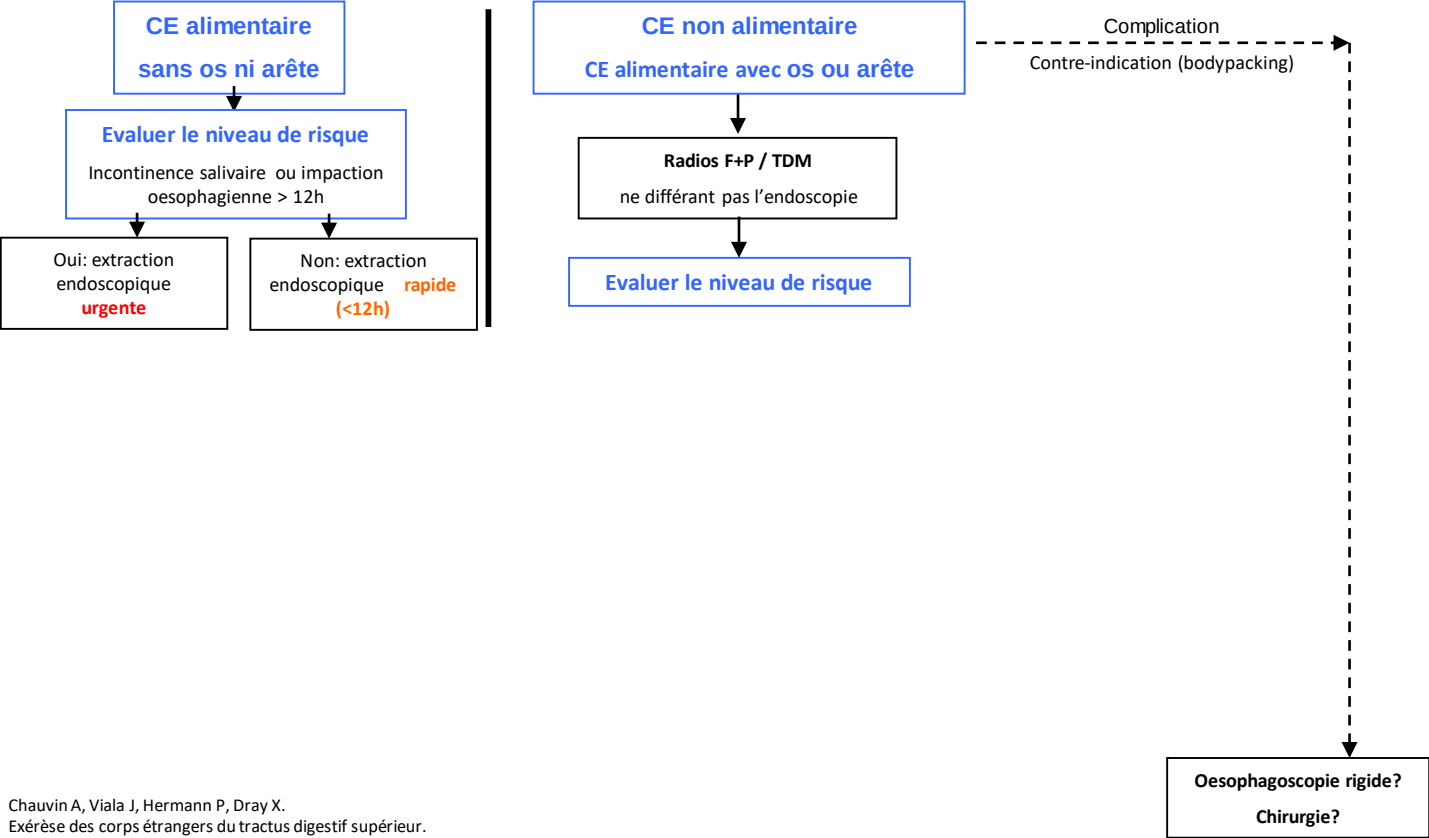


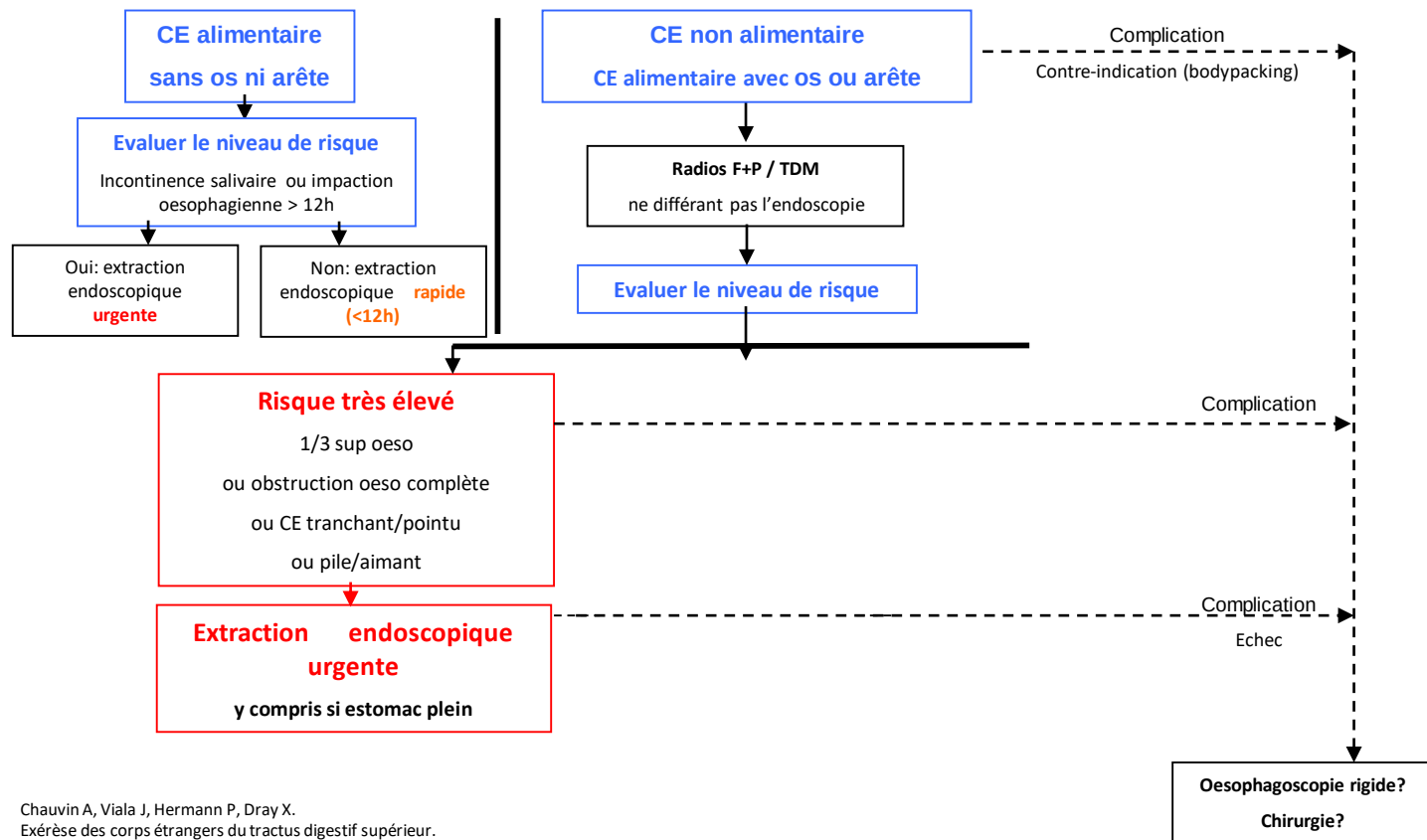


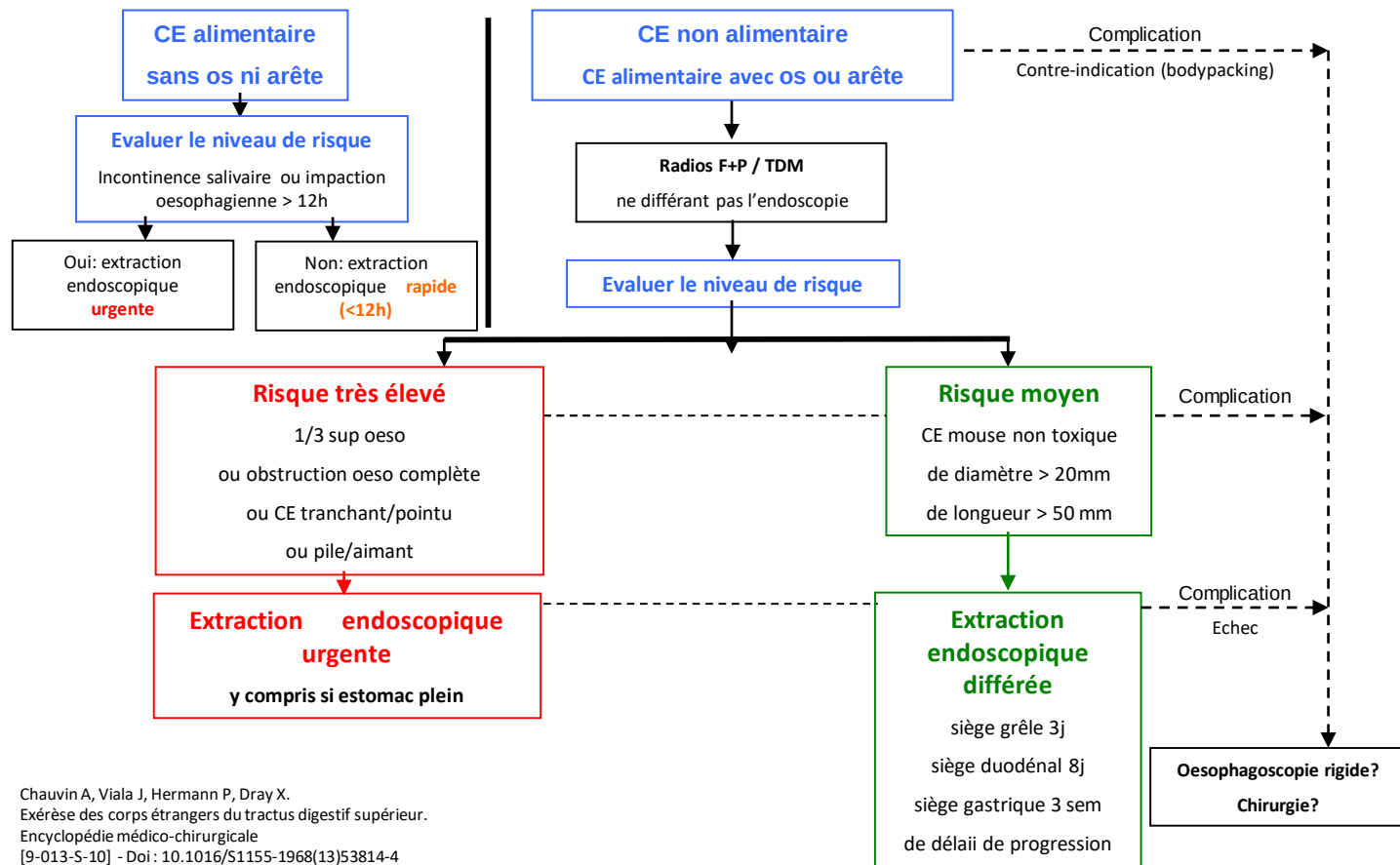


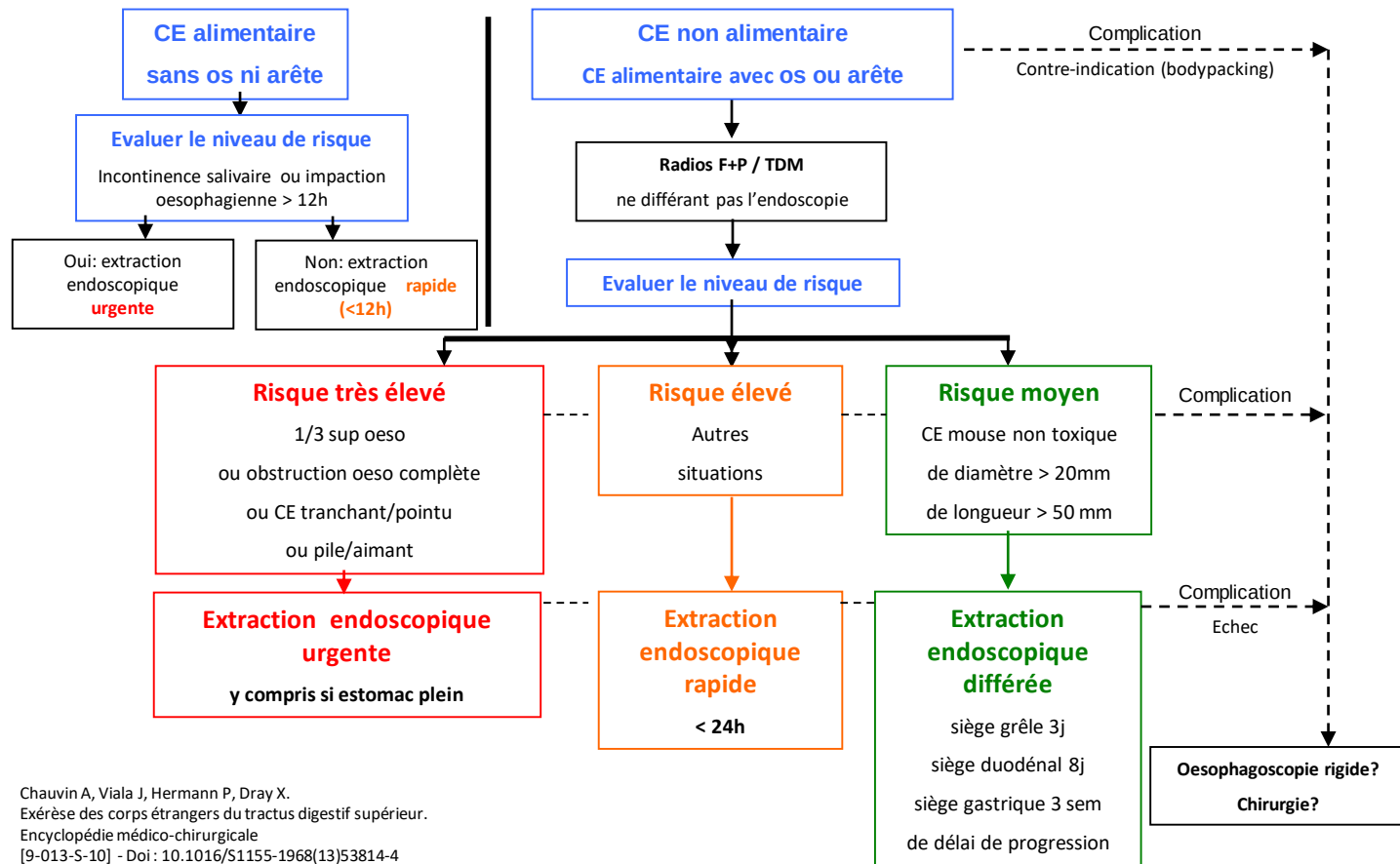














Indications
des endoscopies en urgence
Ingestion de caustique

Ingestion de caustique

Place ancienne de l'endoscopie d'urgence

Réalisée 4 à 6h après l'ingestion

Evaluation en 4 grades : maximal par organe

(œsophage, estomac, duodénum), score pronostique de Zargar

Zargar et al. Gastrointest Endosc 1991

Supplantée par le scanner thoraco-abdominal injecté

Bonne prédiction de l'absence de nécrose transmurale si 2 des 3 critères:

- Visibilité de la paroi oesophagienne
- Prise de contraste de la paroi oesophagienne
- Visibilité de la graisse péri-oesophagienne

Chirica M et al. Lancet. 2016;6736(16)30313-0

Grade 1 : érythème, œdème

Grade 2

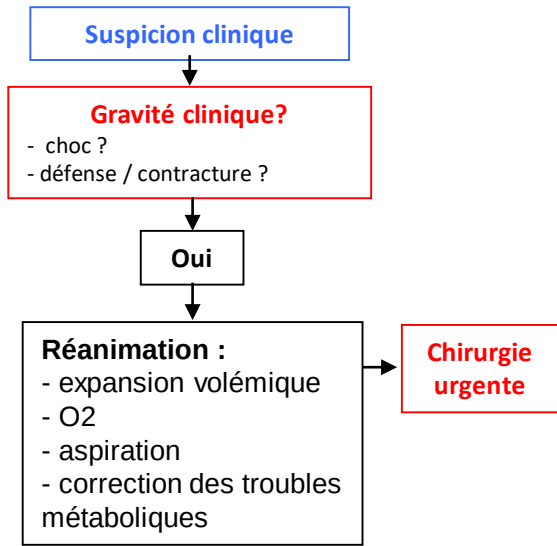
- a : ulcérations superficielles, fausses membranes, hémorragie muqueuse
- b : ulcérations creusantes

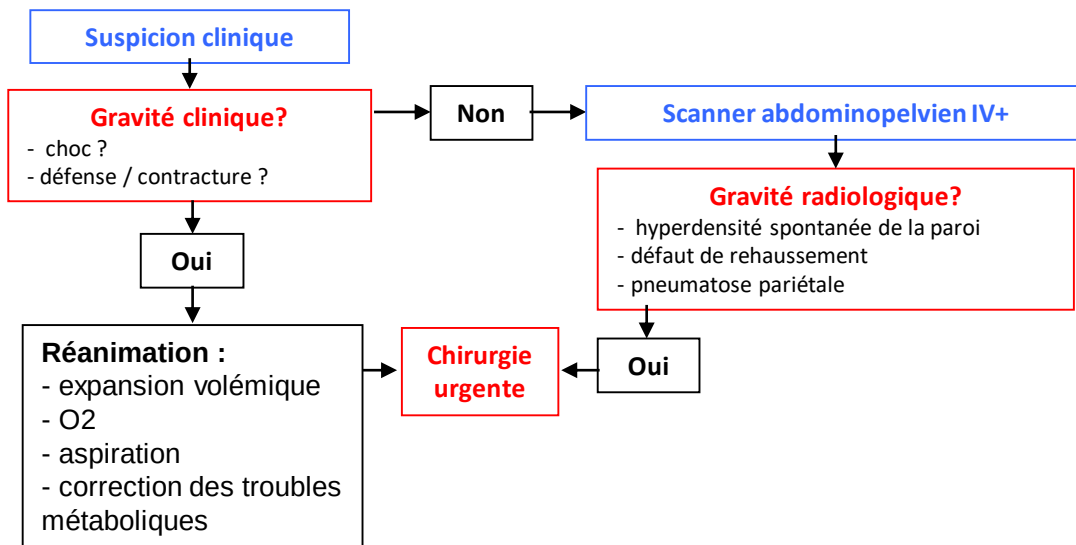
Grade 3

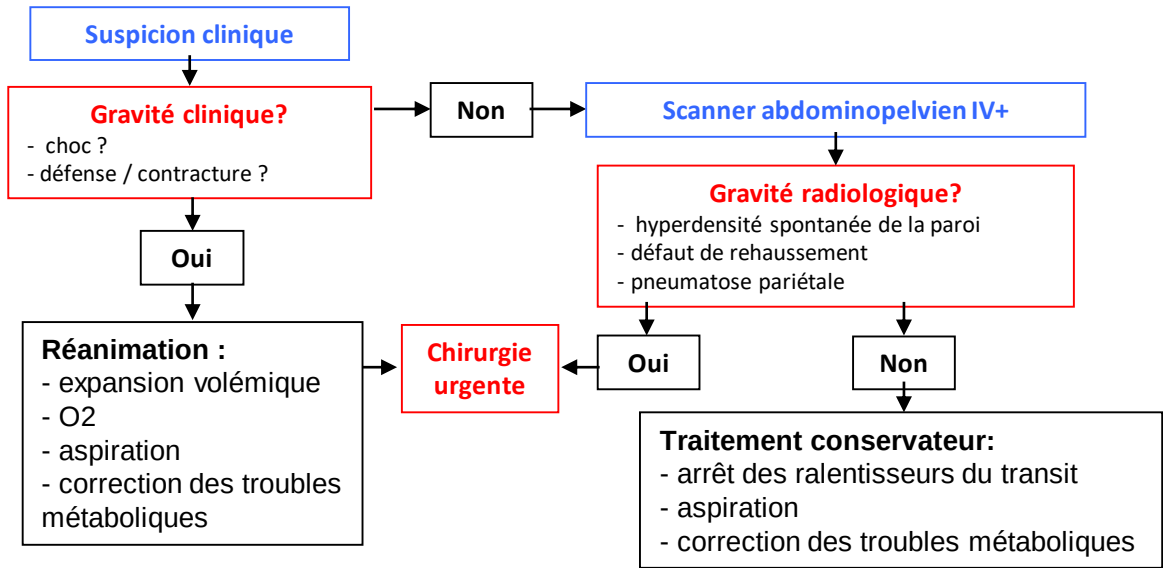
- a : nécrose focale
- b : nécrose diffuse (faux positifs !?)**

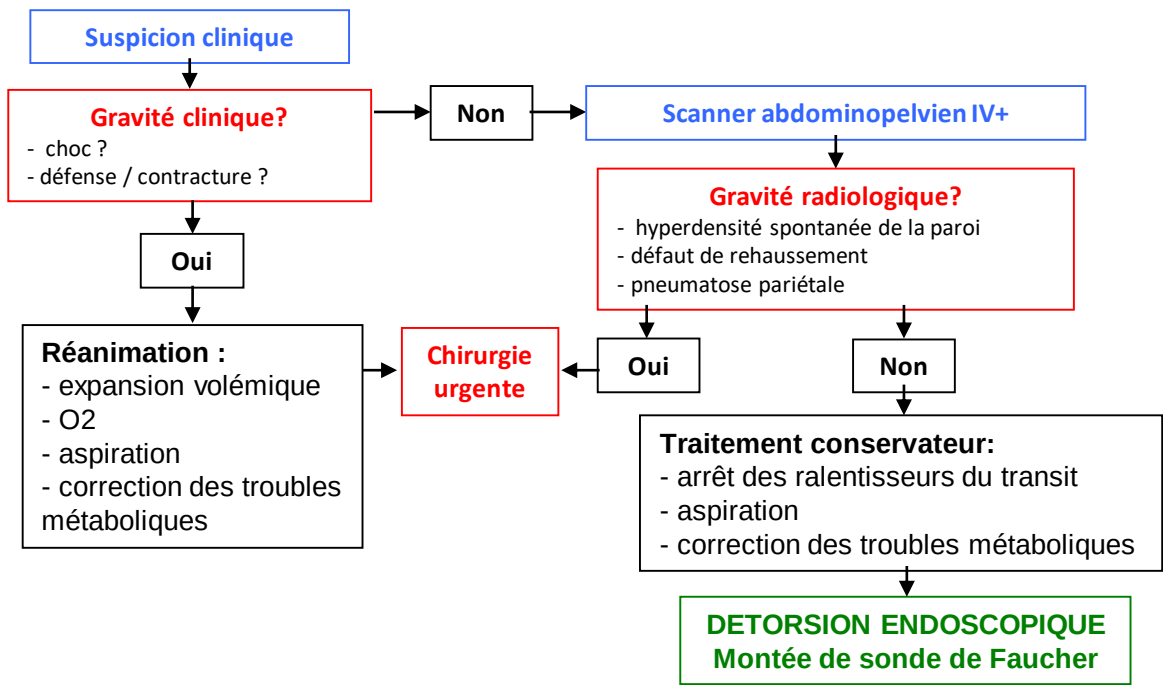
Grade 4 : perforation

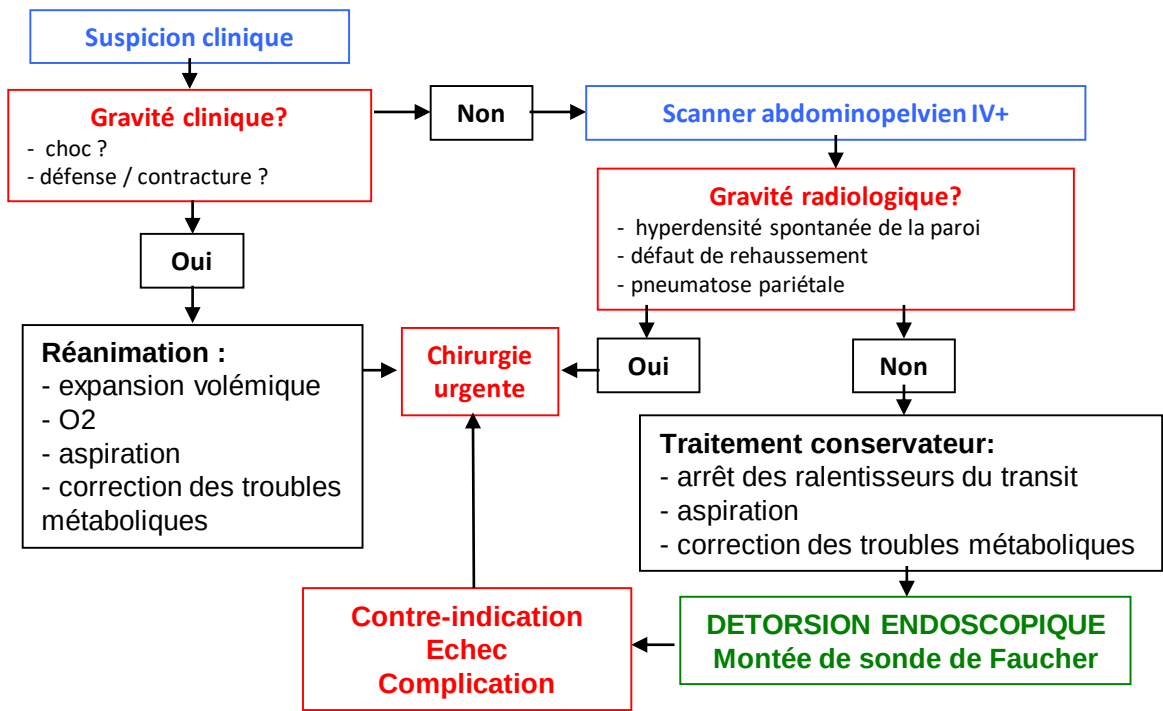
Indications
des endoscopies en urgence
Volvulus sigmoïdien

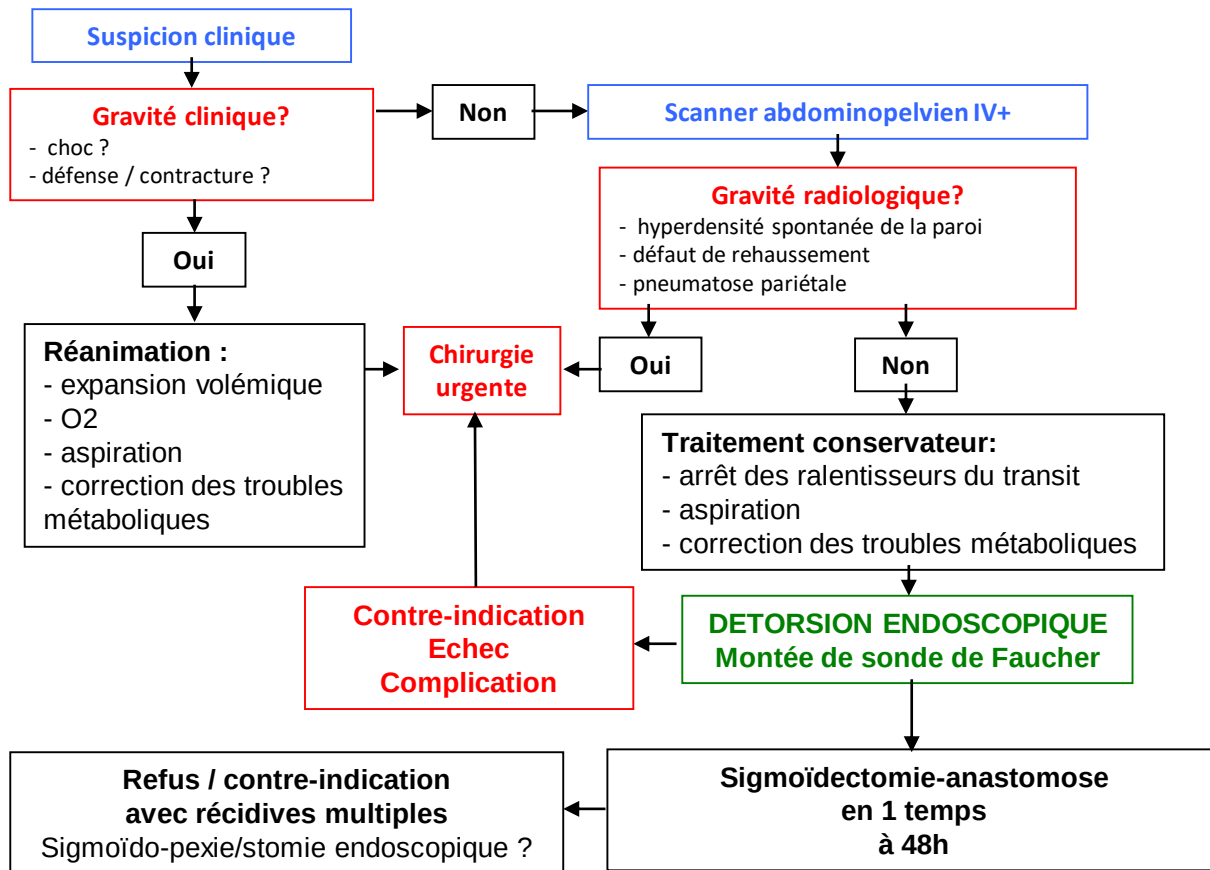




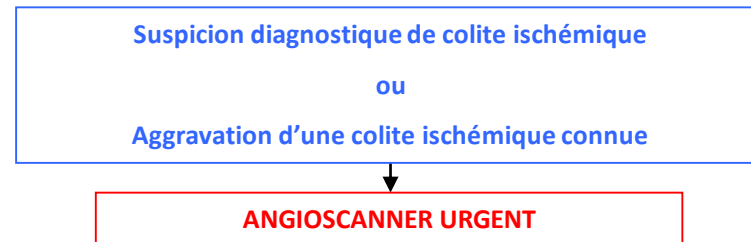


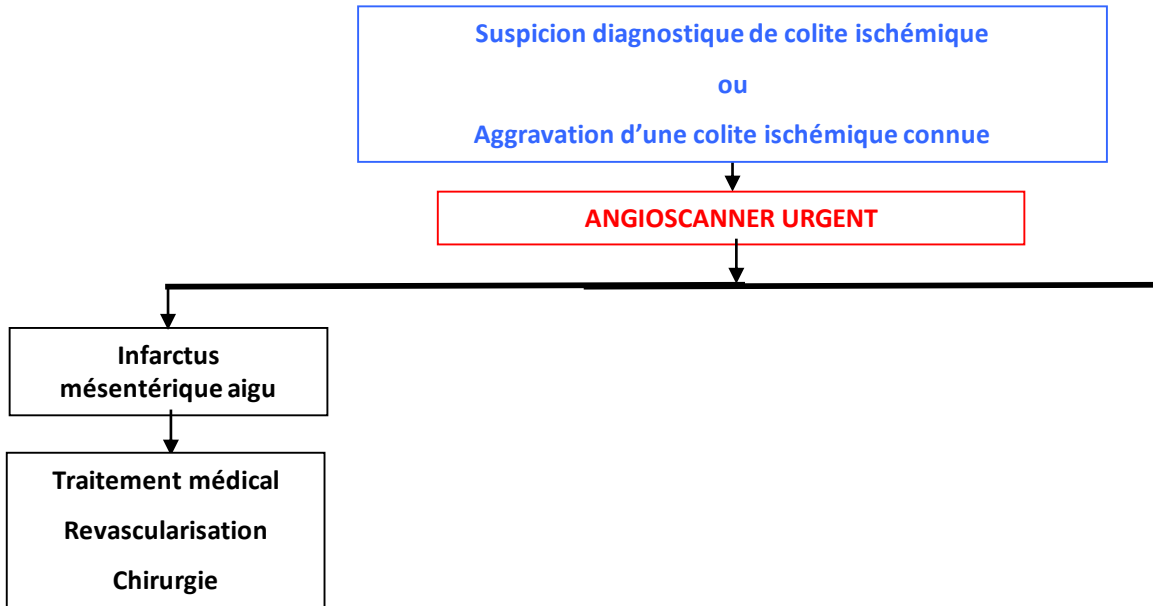


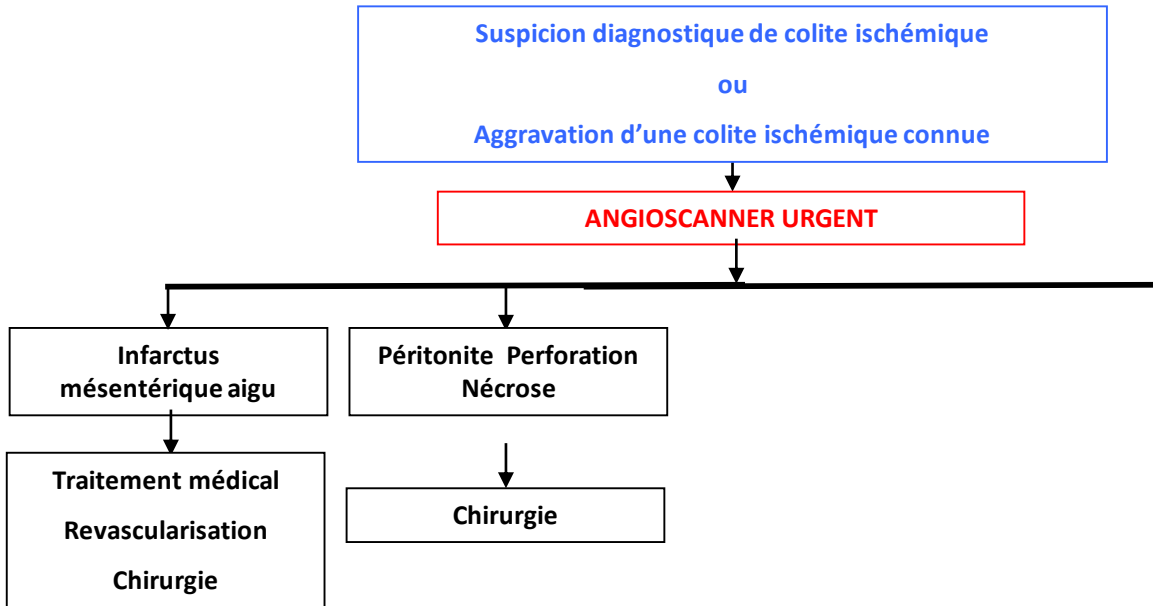


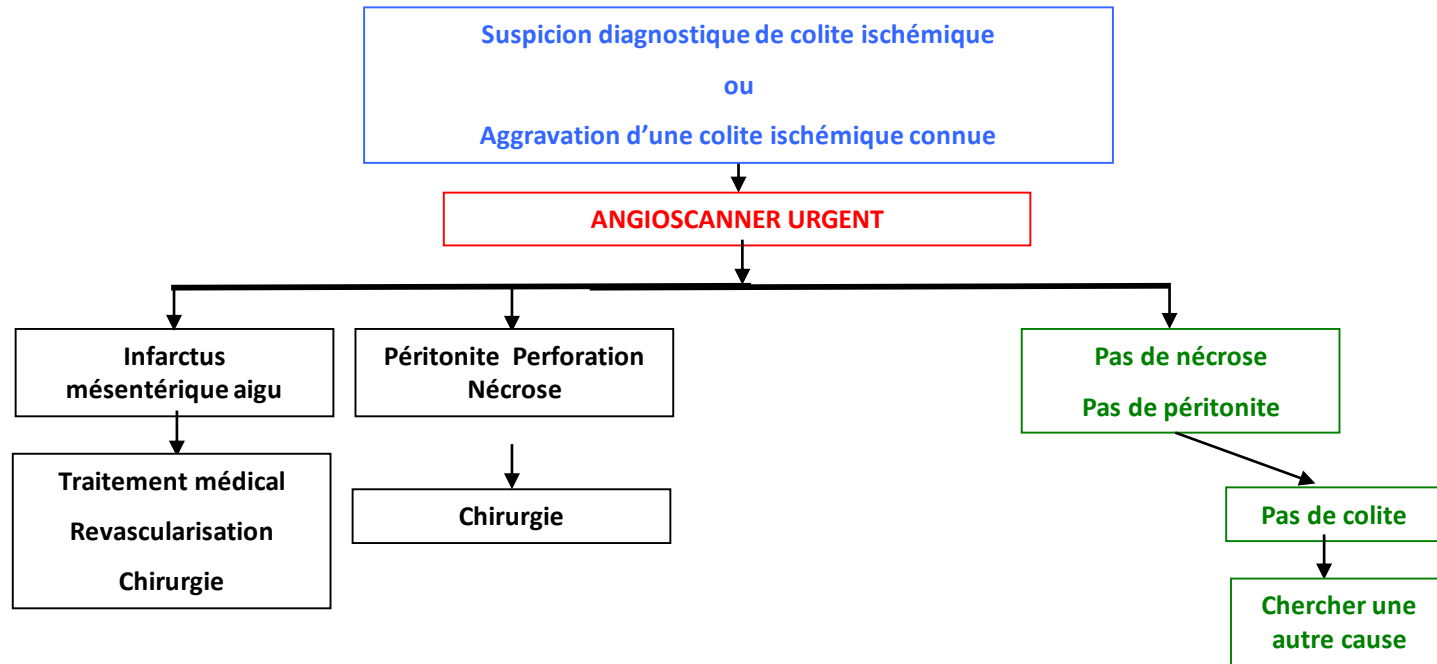


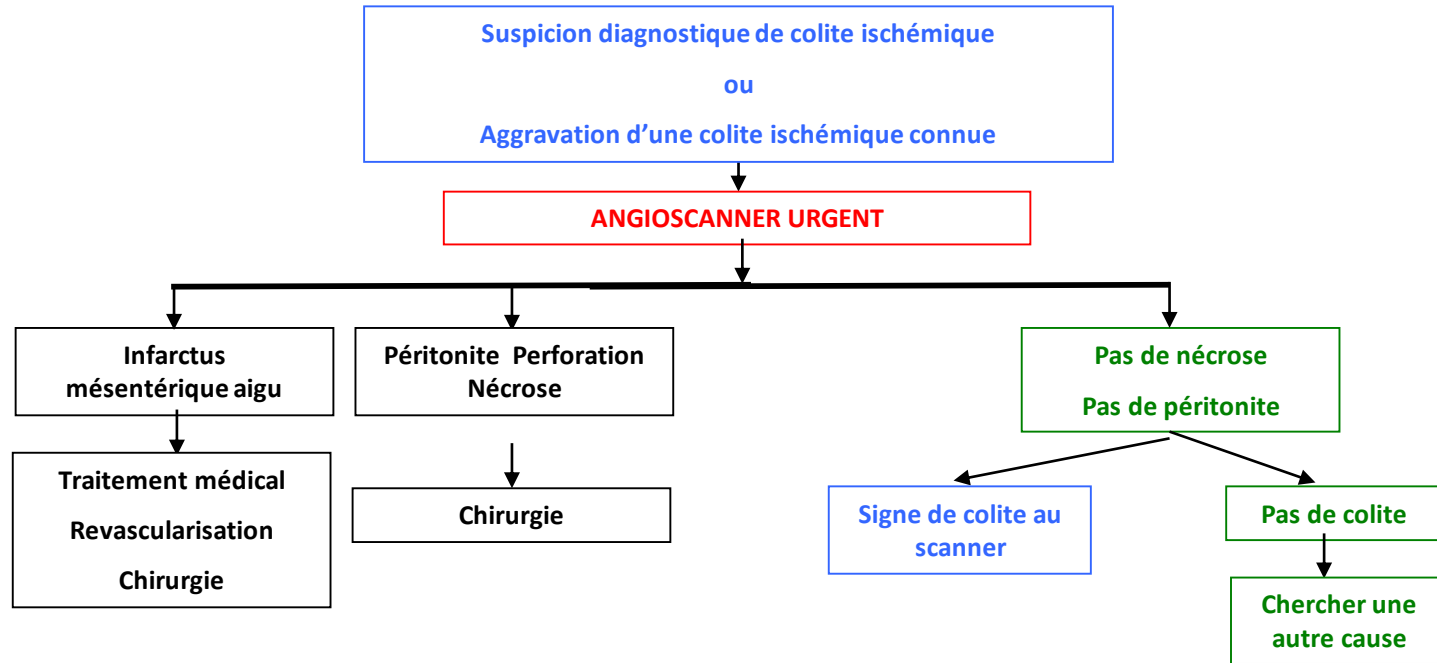
Indications
des endoscopies en urgence
Colite ischémique

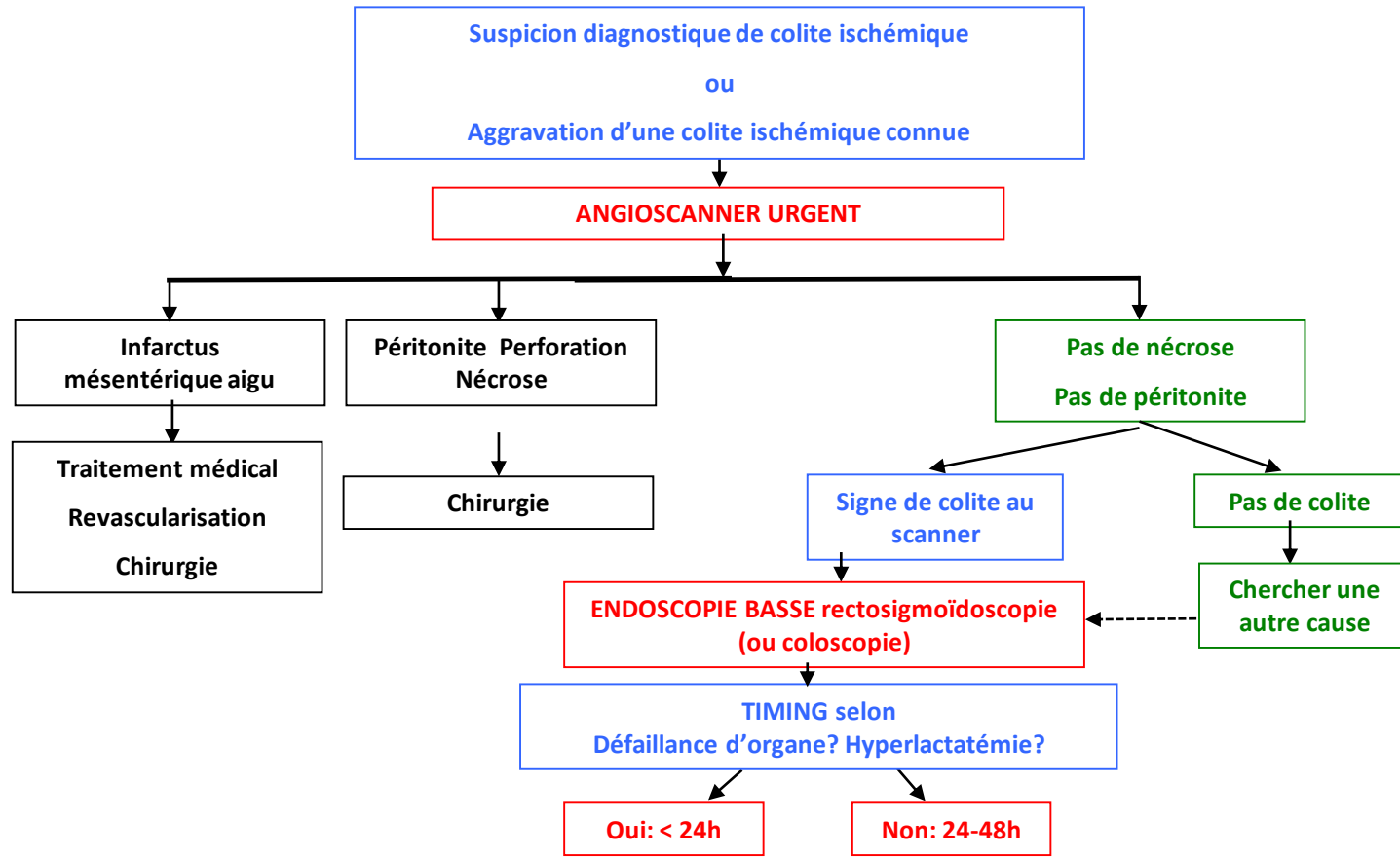












CPRE – Angiocholite aiguë grave

- Rare
- Angiocholite
 - Grave, résistante au traitement antibiotiques
 - Patient en réanimation ou soins intensifs
 - Sous catécholamines
- Urgence = drainage biliaire
 - Echoendoscopie jamais urgente
- Difficultés d'organisation sur le territoire

• POINTS FORTS

- ✓ Une endoscopie digestive « d'urgence » est une endoscopie à réaliser en dehors des heures ouvrables ou le week-end 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