


# Endoscopie digestive en urgence (Hors hémorragies et urgences bilio-pancréatiques) : Indications, délais et techniques

 **Ulriikka CHAPUT**

 Centre d'endoscopie digestive - DMU SAPERE, Sorbonne Université - Hôpital Saint-Antoine -  
184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 PARIS (France)

 [ulriikka.chaput@aphp.fr](mailto:ulriikka.chaput@aphp.fr)

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les principales indications d'une endoscopie en urgence
- Connaître les délais recommandés
- Connaître les techniques et le matériel nécessaire
- Connaître les non-indications à l'endoscopie et les techniques de recours

## LIENS D'INTÉRÊT

Financement de formation par Boston et Olympus.

## MOTS-CLÉS

Urgence endoscopique ; Extraction de corps étrangers ; Détorsion de volvulus.

## ABRÉVIATIONS

CE : corps étranger

TDM : tomодensitométrie

TTS : Through-The-Scope

OTSC : Over-The-Scope Clip

## Introduction

L'endoscopie digestive joue un rôle central dans la prise en charge des urgences gastro-intestinales. Si les hémorragies digestives représentent la première indication, d'autres situations imposent une procédure endoscopique urgente, impliquant des équipes spécialisées et un plateau technique adapté. Les principales indications hors hémorragie et urgences biliaires sont l'ingestion de corps étrangers (CE), le volvulus du sigmoïde, le syndrome d'Ogilvie et les corps étrangers intra-rectaux.

La connaissance des **indications**, des **délais recommandés**, des **techniques disponibles** ainsi que des **limites et contre-indications** est essentielle pour assurer une prise en charge optimale et sécurisée.

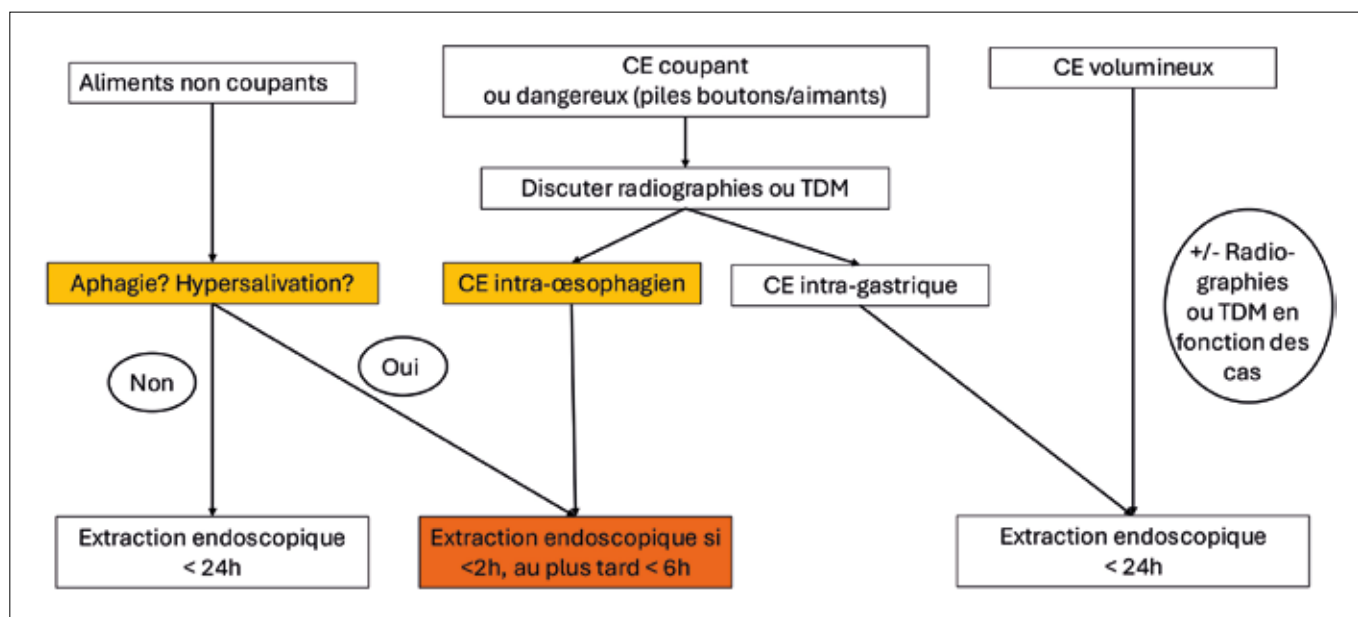
## Ingestion de corps étrangers

### Types de corps étrangers

Les ingestions surviennent fréquemment chez l'enfant, la personne âgée, ou dans un contexte psychiatrique [1]. On distingue :

- **Aliments non coupants** : ils forment des bouchons alimentaires. Situation fréquente, souvent favorisée par une pathologie œsophagienne sous-jacente (œsophagite à éosinophiles, sténose peptique, anneau de Schatzki, cancer, achalasie).
- **Corps étrangers coupants (objets ou aliments)** : aiguilles, clous, lames de rasoir, brochettes, os, arêtes... Le risque de perforation digestive est estimé à 35 % [2].

Figure 1 : Algorithme de prise en charge des CE



#### • Objets dangereux spécifiques :

- *Piles boutons* : il s'agit d'une urgence absolue si les piles sont localisées dans l'œsophage (risque de nécrose œsophagienne en quelques heures). [7]
- *Aimants multiples* : risque de nécrose, fistules ou perforations par attraction transmurale entre deux aimants.

- **Objets volumineux** : pièces, billes, jouets, prothèses. Il y a un risque d'impaction gastrique si le diamètre est > 2,5 cm ou la longueur > 5-6 cm car l'objet ne peut pas franchir le pylore.

- **Autres** : dentiers (volumineux et anguleux), capsules de médicaments, fragments de dispositifs médicaux...

#### Contre-indications de l'endoscopie

##### • Absolues :

- Instabilité hémodynamique
- Ingestion de stupéfiants conditionnés (body-packers) : l'extraction endoscopique est contre-indiquée du fait d'un risque d'intoxication massive si les packs se rompent. Une surveillance rapprochée est de mise. Si le patient devient symptomatique, l'extraction doit être chirurgicale.

##### • Relatives :

- Troubles sévères de la coagulation non corrigés.
- Suspicion de perforation digestive. Un scanner thoracique et/ou abdominal doit être réalisé au préalable et le dossier doit être discuté avec l'équipe chirurgicale. Dans certains cas, une extraction endoscopique suivie d'une fermeture de la perforation par clips TTS ou OTSC peut être réalisée.

#### Délais recommandés

En l'absence de contre-indication, le délai de réalisation de l'endoscopie digestive va dépendre de la présentation clinique et du type de CE ingéré.

Si le patient est aphagique et présente une hypersalivation témoin d'une obstruction complète de l'œsophage, l'endoscopie digestive haute doit être réalisée idéalement dans les 2 h, au plus tard dans les 6 h. En l'absence d'ingestion d'aliment tranchant type os ou arête de poisson, il n'y a pas lieu de réaliser une imagerie préalable. [2, 8]

Si le patient est asymptomatique, une imagerie préalable peut être utile en cas de CE radio-opaques, pour préciser leur localisation, leur nombre, leur taille et leur nature si celle-ci est incertaine. Une radiographie standard peut être réalisée en première intention, toutefois, le taux de faux négatif étant significatif (47 %), la réalisation d'une tomodensitométrie doit être discutée en cas de radiographie négative, voire d'emblée en cas de CE peu radio-opaque ou tranchant à la recherche d'une perforation digestive et d'une atteinte vasculaire pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale urgente en post endoscopie. [2, 3] L'opacification digestive n'est pas recommandée du fait du risque d'inhalation et des difficultés d'interprétation radiologiques.

L'algorithme ci-dessus précise le délai de réalisation de l'endoscopie en fonction des symptômes, du type de CE et de sa localisation (figure 1).

#### Matériel et techniques

##### Matériel :

- **Endoscope adapté** : gastroscope standard
- **Insufflation CO<sub>2</sub>**
- **Accessoires de retrait** : pinces d'extraction (à corps étranger, crocodile, pinces dent de rat...), anses diathermiques, paniers de Dormia, anse filet
- **Accessoires de protection de la muqueuse digestive notamment œsophagienne**: capuchons transparents, capuchons de Hood, surtube

##### Précautions :

- anesthésie générale avec intubation systématique.

### Techniques :

- Aliments non coupants : extraction en bloc ou fragmentation ; possibilité de pousser dans l'estomac en l'absence d'os/arête. [4]
- Corps étrangers coupants/volumineux : protection de l'œsophage impérative à l'aide d'un surtube de préférence, sinon d'un capuchon de Hood. **Il est formellement contre-indiqué de pousser le corps étranger dans l'estomac.**
- Autres cas : adapter l'accessoire au type d'objet.

Une revue récente montrait un taux de succès clinique plus important en cas d'utilisation du capuchon transparent. [5]

La réalisation de biopsies œsophagiennes est recommandée en cas d'impaction sans cause connue pour rechercher une œsophagite à éosinophiles.

### Techniques de recours

L'échec du traitement endoscopique est rare. Il s'agit le plus souvent d'une impossibilité d'atteindre le corps étranger du fait de sa migration au-delà du cadre duodénal. Dans ces cas, les patients sont le plus souvent surveillés transitoirement en milieu chirurgical, une intervention pouvant se discuter en cas de CE coupants ou dangereux (piles boutons ou aimants), et/ou leur persistance au-delà de 3 jours. [6]

---

## Volvulus du sigmoïde et syndrome d'Ogilvie

---

### Définitions et indication de l'endoscopie

Le volvulus du sigmoïde est une torsion du côlon sigmoïde autour de son mésosigmoïde, entraînant une occlusion colique aiguë avec risque d'ischémie, de nécrose et de perforation. C'est une indication à un traitement endoscopique en urgence, dans les 12 h. L'objectif est la **détorsion du sigmoïde**, en attendant (le plus souvent) une **prise en charge chirurgicale programmée** pour prévenir les récurrences.

Le syndrome d'Ogilvie est une distension limitée au côlon sans obstacle mécanique. En cas de contre-indication ou d'échec du traitement médical par Neostigmine®, un traitement endoscopique doit être réalisé. Il s'agit d'une **coloexsufflation** consistant à évacuer les matières et les gaz accumulés dans le cadre colique. [9]

### Contre-indications à la réalisation d'un traitement endoscopique

- **Instabilité hémodynamique**
- **Perforation digestive**
- **Nécrose colique** (dans le cas du volvulus essentiellement)

### Matériel nécessaire et technique

- **Anesthésie/sédation** : le geste endoscopique est réalisé sans anesthésie générale le plus souvent, une anesthésie peut être discutée au cas par cas selon le terrain et la tolérance.

### Matériel nécessaire :

- **Endoscope adapté** : coloscope standard avec pompe à eau
- **Insufflateur CO<sub>2</sub>**
- **Guide hydrophile** (0,035")
- **Sonde de décompression** longue multiperforée (18–24 Fr).
- **Lubrifiants/gel, seringues** d'irrigation

### Technique :

#### Principes généraux

- Préparation du patient par lavements par voie basse
- **Insufflation minimale** au CO<sub>2</sub> ou à l'eau

- **Cas du volvulus :**

- Avancer délicatement le coloscope jusqu'au **point de torsion** (aspect en « spirale/bec d'oiseau »).
- **Détorsion** : franchir le point de torsion par progression douce du coloscope
- Une fois le point de torsion franchi : aspiration maximale des gaz et des matières situés en amont de la torsion

- **Cas du syndrome d'Ogilvie :**

Progression du coloscope avec une insufflation minimale jusqu'à la zone de distension, en général colique droite.

**Aspiration progressive** des gaz et liquides au fur et à mesure de l'avancée.

#### Dans les deux cas :

- Mise en place d'un fil guide hydrophile dans le canal opérateur du coloscope dont on positionne l'extrémité, sous contrôle endoscopique dans le côlon d'amont.
- « Échange » : i.e. descente du coloscope en poussant le fil guide simultanément afin que ce dernier reste en place dans le côlon d'amont et soit finalement sorti du coloscope.
- Lubrifier la sonde rectale longue multiperforée (tube de Faucher 18-24 Fr) (par voie interne et externe) avec de l'eau et du lubrifiant puis la mettre en place sur le fil guide. La sonde doit être poussée **délicatement** sur le fil guide jusqu'à résistance « douce ». Ablation du fil guide.
- Connecter la sonde à une poche de recueil
- Fixation de la sonde à la cuisse
- Cette sonde est laissée en place **24 h–72 h**.

### Techniques de recours

En cas de contre-indication ou d'échec du traitement endoscopique, la prise en charge est chirurgicale.

---

## Corps étrangers intra-rectaux

---

### Indications

Cela concerne en majorité des hommes, avec un pic d'incidence vers 40 ans. Une grande variété de corps étrangers

peut être observée, les bouteilles en verre représentant 42,2 % des cas. Tout comme les corps étrangers œsophagiens, l'indication d'un traitement endoscopique dépend de la nature de l'objet, de sa localisation, de la présence ou non de complications, et de la possibilité d'une extraction non invasive. L'extraction trans anale est efficace dans 60 à 75 % des cas. L'endoscopie est indiquée pour les objets situés dans l'ampoule rectale ou le rectosigmoïde. Elle est également privilégiée lorsque l'objet est lisse, non coupant, et accessible sans risque majeur. Elle doit idéalement être réalisée rapidement, dans les premières heures suivant le geste d'introduction. [10]

### Contre-indications à la réalisation d'un traitement endoscopique

- Instabilité hémodynamique
- Péritonite. En cas de signe de gravité clinique, un scanner abdomino-pelvien doit être réalisé en urgence et le dossier doit être discuté avec l'équipe chirurgicale.

### Matériel et techniques

- **Matériel :**
  - **Endoscope adapté :** coloscope standard
  - Insufflation CO<sub>2</sub>
  - **Accessoires de retrait :** pinces d'extraction (à corps étranger, crocodile, pinces dent de rat...), anses diathermiques, paniers de Dormia, anse filet
  - **Accessoires de protection de la muqueuse digestive en cas de corps étranger coupant :** capuchons transparents, capuchons de Hood
- **Précautions :** l'anesthésie générale augmente les chances de succès du traitement endoscopique, l'intubation n'est pas systématique.

Après extraction, un examen endoscopique de contrôle doit vérifier l'intégrité muqueuse et dépister les complications.

### Techniques de recours

Tout comme dans les cas précédents, en cas de contre-indication ou d'échec du traitement endoscopique, la prise en charge est chirurgicale.

---

## Conclusion

---

L'endoscopie digestive en urgence est un outil diagnostique et thérapeutique incontournable en cas de corps étranger œsophagien ou rectal, ou de volvulus du sigmoïde. Les indications sont plus limitées dans le syndrome d'Ogilvie. Une bonne connaissance des **indications**, contre-indications, des **délais** et des **modalités de réalisation techniques** est indispensable pour garantir une prise en charge efficace et sécurisée.

---

## Références

---

1. ASGE Standards of Practice Committee. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011.
2. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, et al. Removal of foreign bodies in the upper GI tract in adults: ESGE Clinical Guideline. *Endoscopy.* 2016.
3. Lee JH, Kim HC, Yang DM. What is the role of plain radiography in patients with foreign bodies in the gastrointestinal tract? *Clin Imaging* 2012 Sep-Oct;36(5):447-54
4. Gangwani MK, Aziz M, Dahiya DS, et al. Comparable Efficacy for Push Versus Pull Technique in Esophageal Food Impaction: Systematic Review with Meta-Analysis. *Dig Dis Sci* 2023 Aug;68(8):3354-3364.
5. Ahmed Z, Arif SF, Ong L, et al. Cap-Assisted Endoscopic Esophageal Foreign Body Removal Is Safe and Efficacious Compared to Conventional Methods. *Dig Dis Sci.* 2023 Apr;68(4):1411-1425.
6. Wang X, Zhao J, Jiao Y, et al. Upper gastrointestinal foreign bodies in adults: A systematic review. *Am J Emerg Med.* 2021 Dec;50:136-141.
7. Sethia R, Gibbs H, Jacobs IN, Reilly JS, Rhoades K, Jatana KR. Current management of button battery injuries. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2021 Apr 15;6(3):549-563
8. Stubington TJ, Kamani T. Food bolus and oesophageal foreign body: a summary of the evidence and proposed management process. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021 Oct;278(10):3613-3623.
9. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau LL et al., *Gastrointest Endosc.* 2020 Feb;91(2):228-235.
10. Zhenyu Yang, Peiyuan Xin, Shuai Zhou et al., Systematic review of rectal foreign bodies in older men: humanistic care and a novel challenge for society, *Ann Transl Med.* 2022 Feb;10(4):164.

# 5

## Les cinq points forts

- L'impaction œsophagienne avec aphasie complète, les corps étrangers (CE) coupants, les piles boutons et les aimants justifient une endoscopie idéalement dans les 2 h, au plus tard dans les 6 h. Dans les autres cas, l'endoscopie doit être réalisée dans les 24 h
- L'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale est la règle pour éviter l'inhalation lors de l'extraction endoscopique de corps étrangers œsophagiens
- L'insufflation doit impérativement être faite à l'aide de CO<sub>2</sub> lors de ces gestes thérapeutiques
- En cas de suspicion de perforation digestive, un scanner doit impérativement être réalisé préalablement à tout geste endoscopique afin d'éliminer une urgence chirurgicale
- En cas de coloscopie pour volvulus ou syndrome d'Ogilvie, faible insufflation, progression douce et... aspiration généreuse !