



# Endoscopie digestive en urgence

(Hors hémorragies et urgences biliaires)



## Indications, délais et techniques

Dr Ulriikka Chaput

Endoscopie Digestive

Hôpital Saint Antoine

Paris, APHP

# Liens d'intérêts

---

- L'orateur a déclaré les liens d'intérêts suivants: Invitation for JFHOD 2022 by AMGEN, Organisation de Workshop en échoendoscopie avec Pentax., Participation à des Workshop dissection organisés par Olympus.

# Introduction

- L'endoscopie digestive : place majeure dans la prise en charge des urgences digestives
- Procédure endoscopique en urgence pour :
  - ✓ Hémorragies digestives = 1<sup>ère</sup> indication d'endo en urgence
  - ✓ Urgences biliaires
  - ✓ Ingestion de corps étranger
  - ✓ Volvulus du sigmoïde
  - ✓ Syndrome d'Ogilvie
  - ✓ Corps étrangers intra-rectaux

# Introduction

- L'endoscopie digestive : place majeure dans la prise en charge des urgences digestives
- Procédure endoscopique en urgence pour :
  - ✓ Hémorragies digestives
  - ✓ Urgences biliaires
  - ✓ Ingestion de corps étranger
  - ✓ Volvulus du sigmoïde
  - ✓ Syndrome d'Ogilvie
  - ✓ Corps étrangers intra-rectaux

# Objectifs pédagogiques

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

# Ingestion de CE

# QCM 1

Quels types de corps étranger doivent être extraits « sans délai » (<6h), lorsqu'ils sont situés dans l'œsophage ?

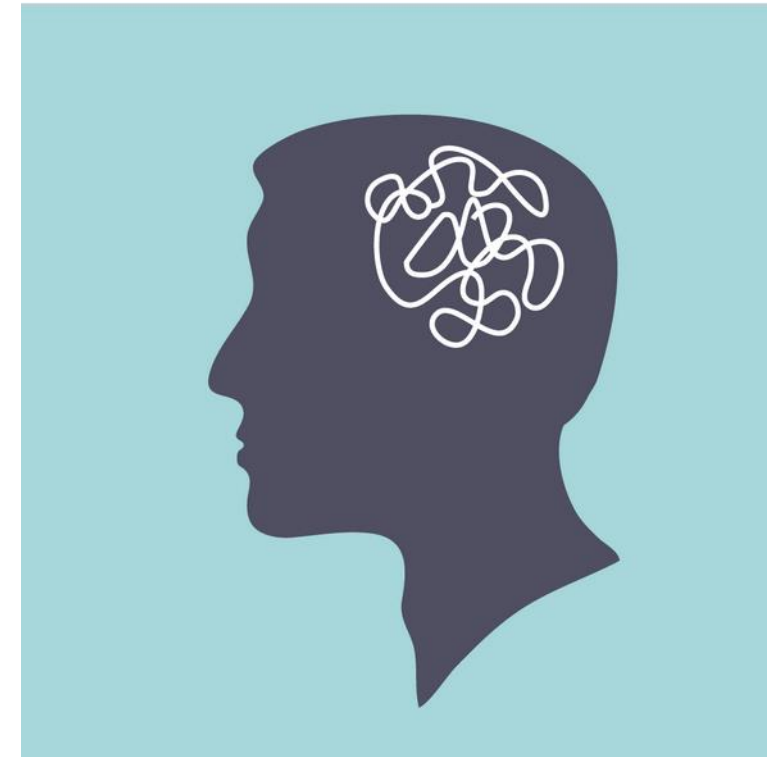
- A - Morceau de viande (sans os) avec aphagie complète
- B - Morceau de viande (sans os) avec hypersalivation
- C - Piles bouton
- D - Lame de rasoir
- E - Jouet

# QCM 1

Quels types de corps étranger doivent être extraits « sans délai » (<6h), lorsqu'ils sont situés dans l'œsophage ?

- A - Morceau de viande (sans os) avec aphagie complète
- B - Morceau de viande (sans os) avec hypersalivation
- C - Piles bouton
- D - Lame de rasoir
- E - Jouet

# Ingestion de CE



# Ingestion de CE

✓ Aliments non coupants

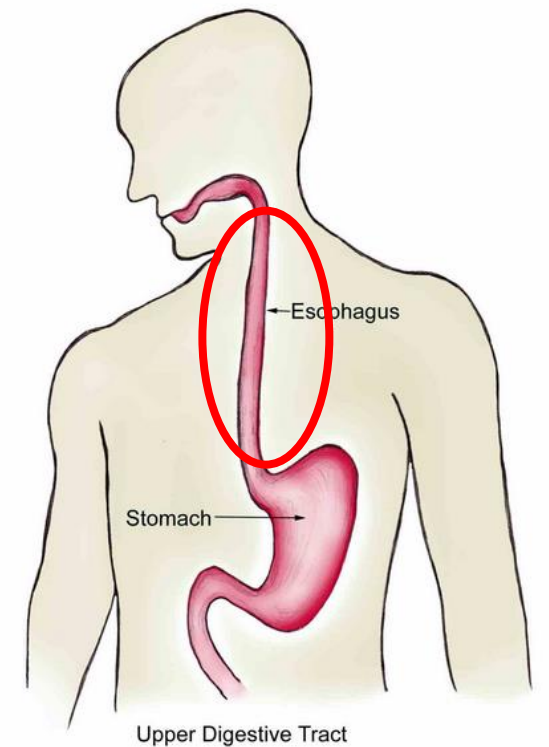
*Pathologie œsophagienne sous-jacente ?*

❖ Sténose :

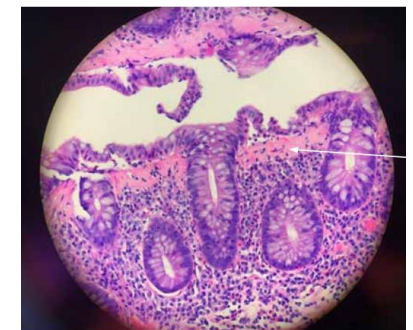
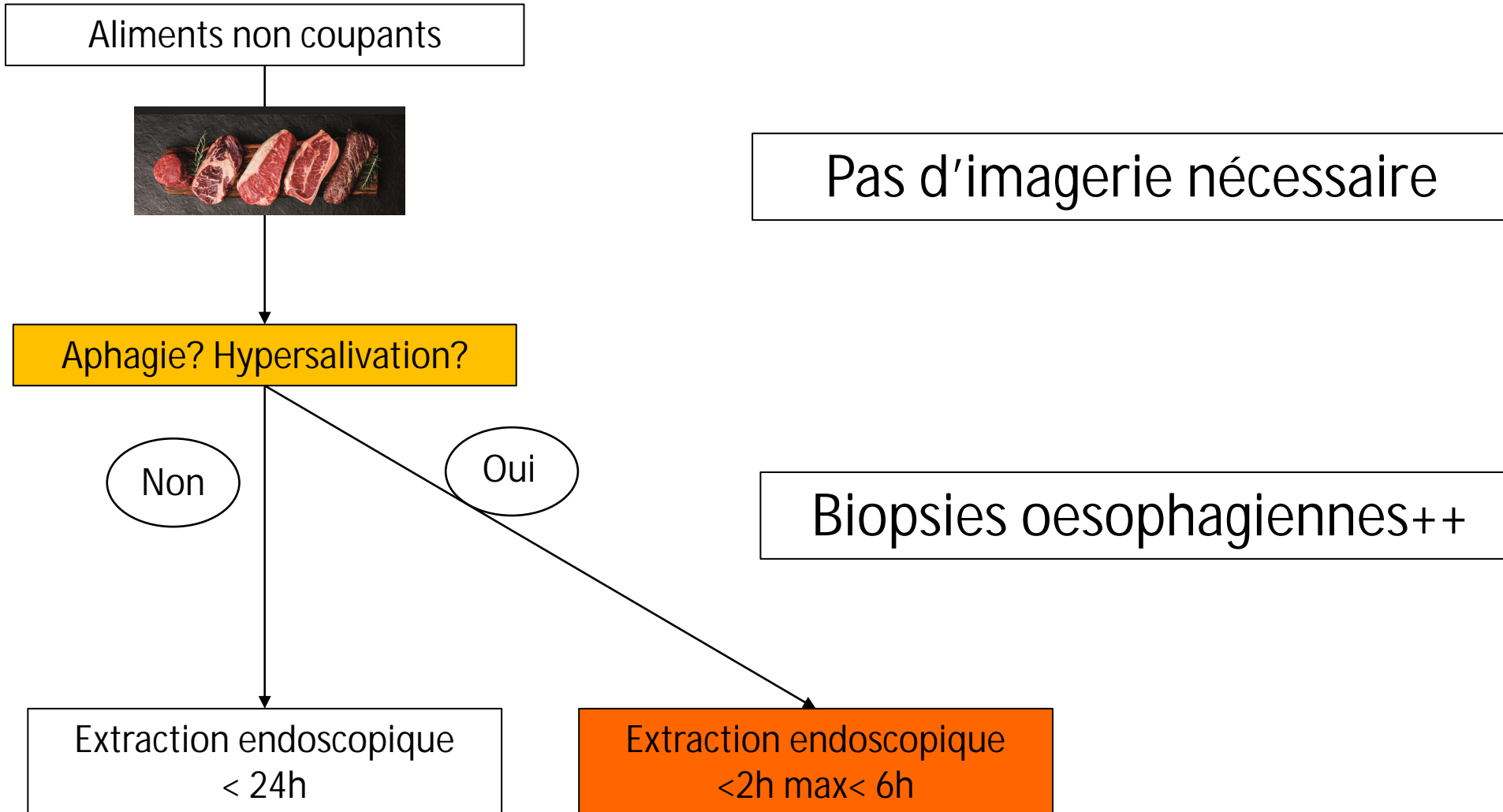
- bénigne: peptique, anneau de Schatzki?
- maligne : cancer ?

❖ Oesophagite à éosinophiles?

❖ Trouble moteur : achalasie?

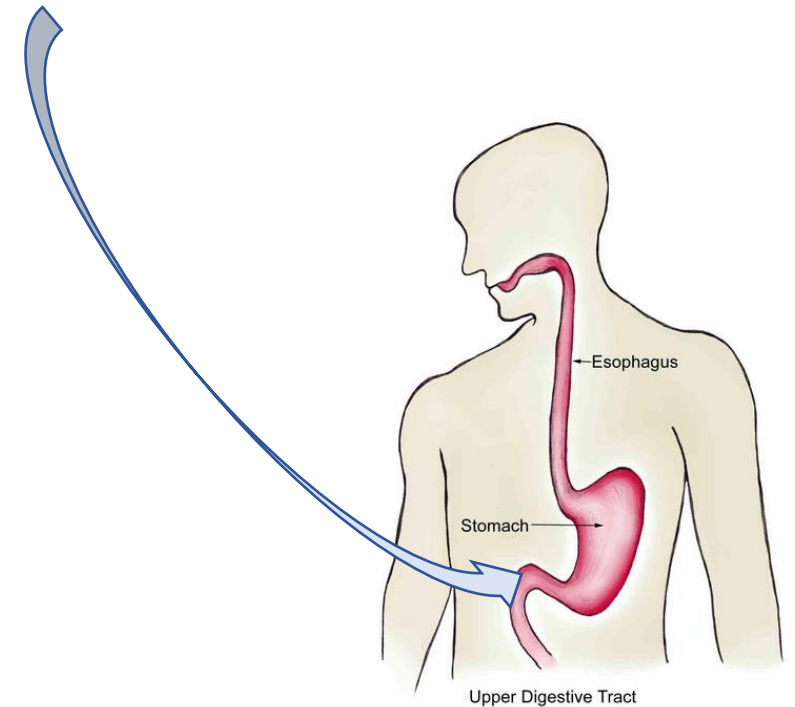


# Délai de réalisation de l'endoscopie



# Ingestion de CE

- ✓ **Objets volumineux** : pièces, billes, jouets, prothèses.  
Risque d'impaction gastrique si le diamètre est  $> 2,5$  cm  
la longueur  $> 5-6$  cm  
car l'objet ne peut pas franchir le pylore



# Délai de réalisation de l'endoscopie

Discussion  
Radio si CE radio-opaque TDM si CE  
peu radio-opaque

CE volumineux



Extraction endoscopique  
< 24h

# Ingestion de CE



## ✓ Corps étrangers coupants

Objets ou aliments.

Le risque de perforation digestive est estimé à 35%.



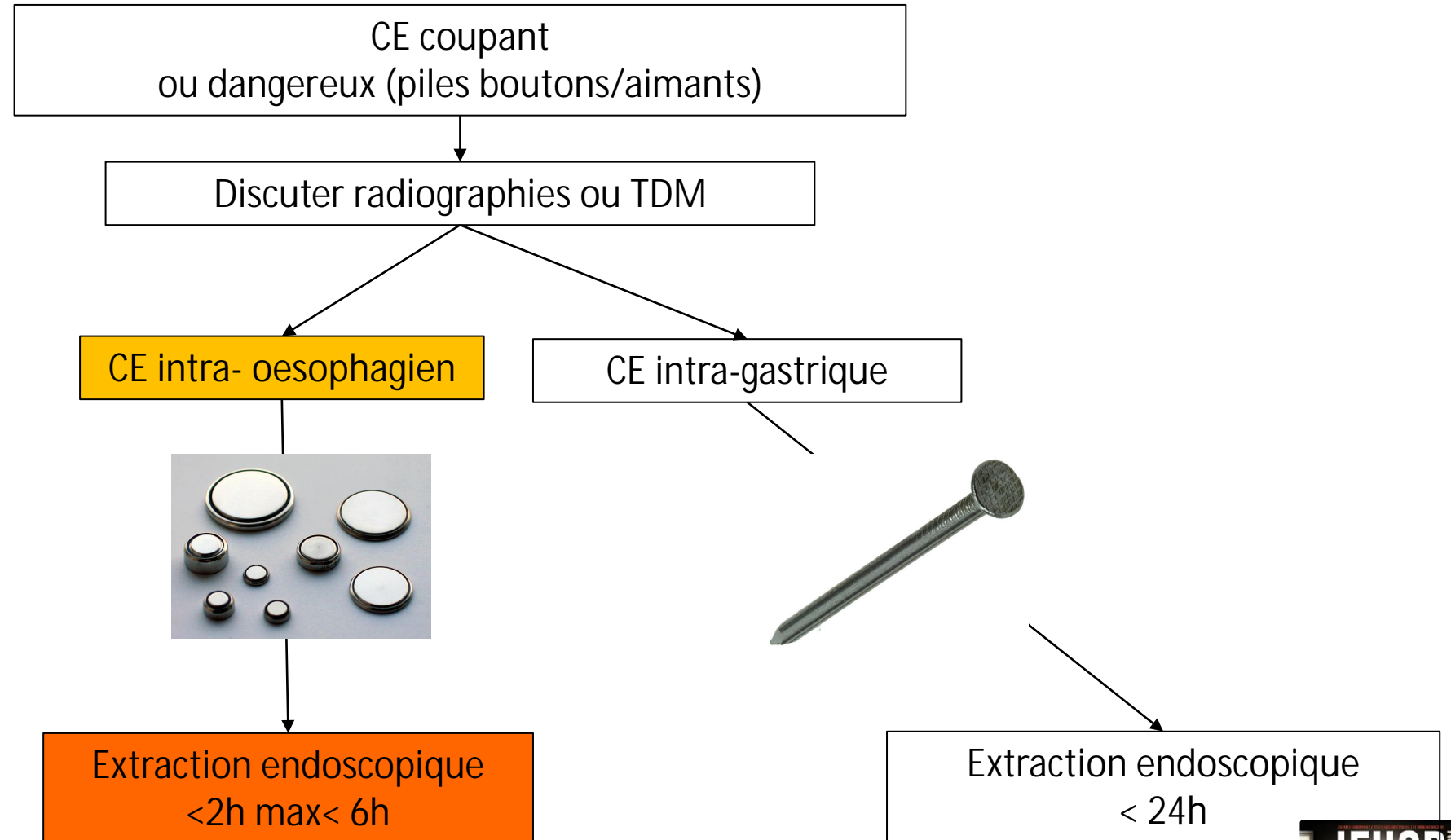
# Ingestion de CE

## ✓ Objets dangereux spécifiques :

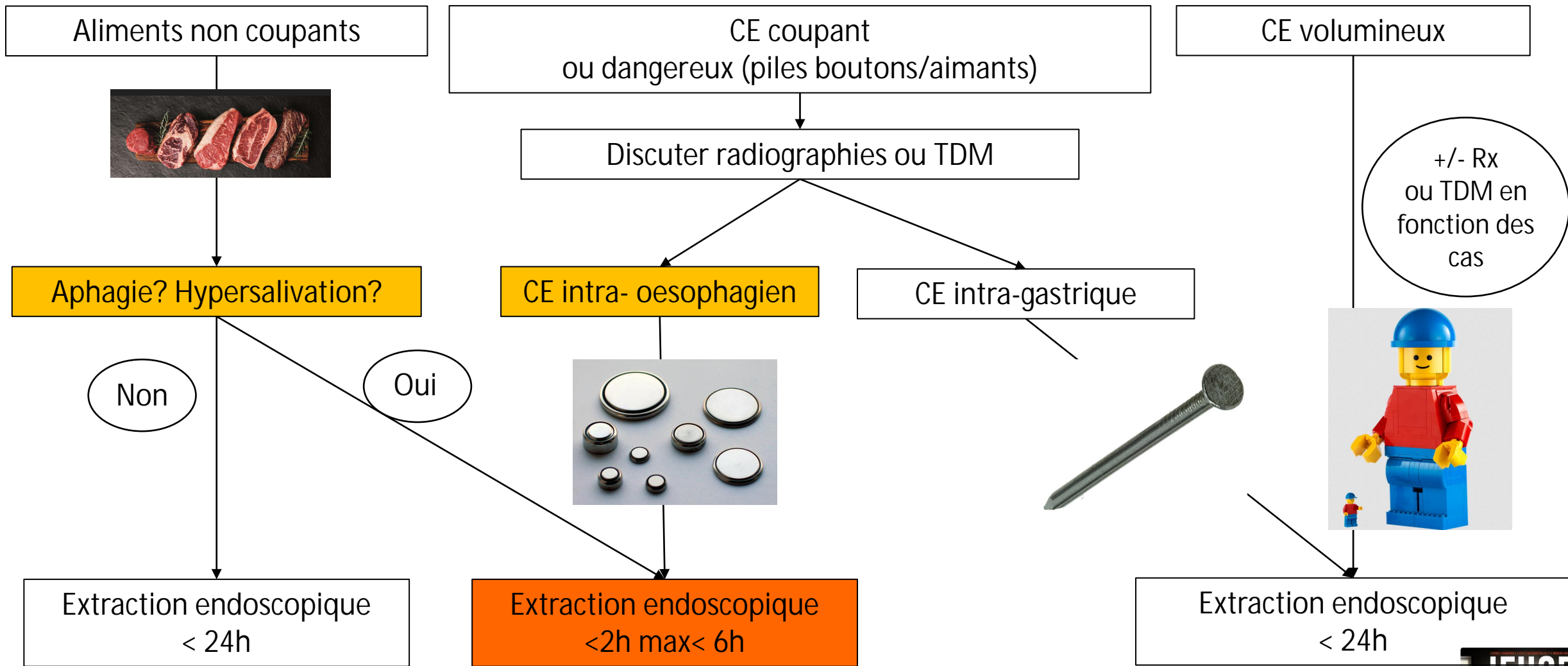
- ❖ *Piles boutons* : urgence absolue si les piles sont localisées dans l'œsophage (risque de nécrose œsophagienne en quelques heures).
- ❖ *Aimants multiples* : risque de nécrose, fistules ou perforations par attraction transmurale entre deux aimants.



# Délai de réalisation de l'endoscopie



# Délai de réalisation de l'endoscopie



# Contre indications du traitement endoscopique

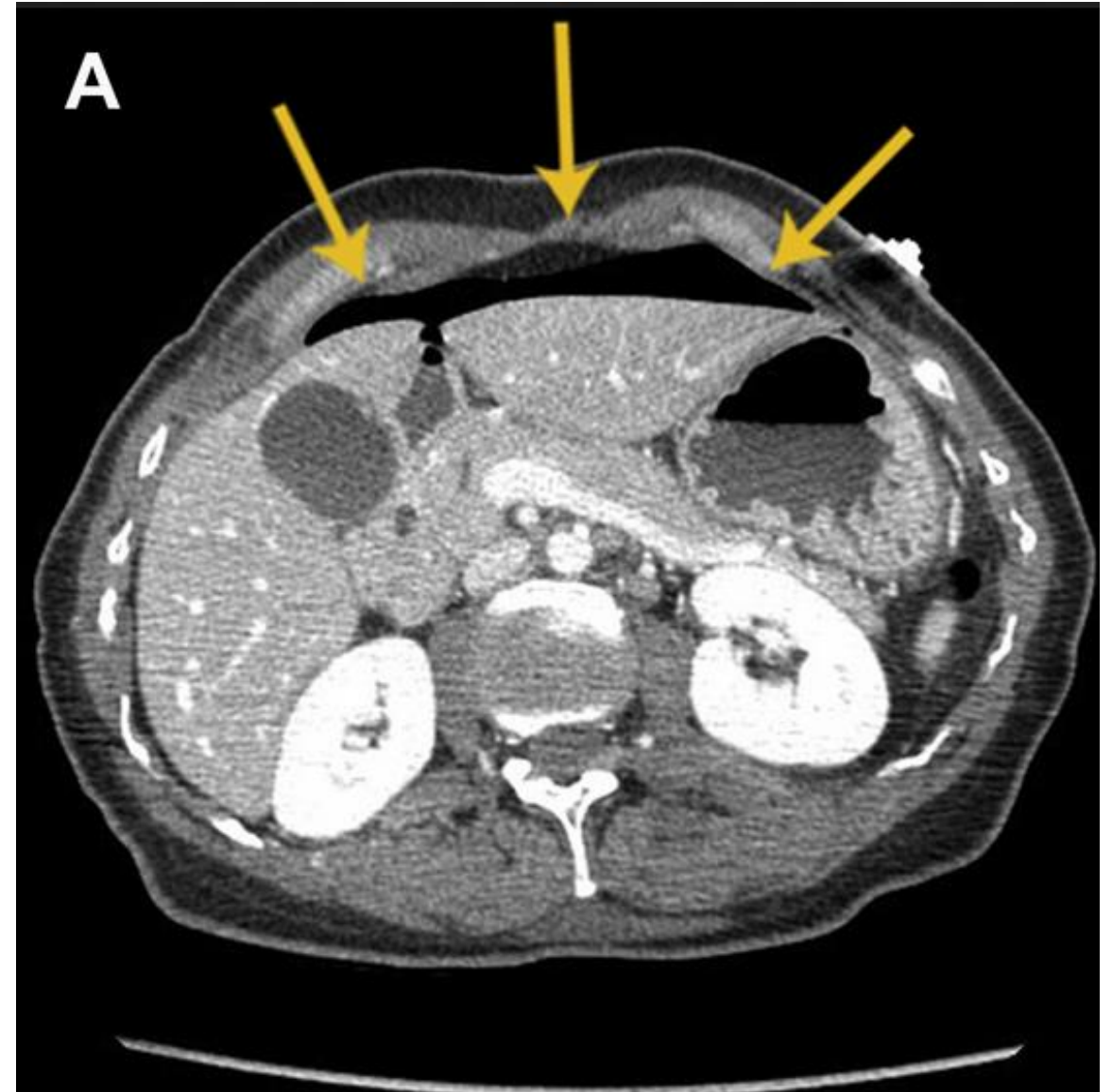
- **Absolues :**
  - Instabilité hémodynamique
  - Ingestion de stupéfiants conditionnés (**body-packers**) : risque d'intoxication massive si les packs se rompent.
    - Surveillance rapprochée. En cas de symptôme : **l'extraction chirurgicale.**



# Contre indications du traitement endoscopique

- **Relatives :**
  - Troubles sévères de la coagulation non corrigés.
  - Suspicion de perforation digestive → Scanner + Discussion médico-chirurgicale

Dans certains cas, une extraction endoscopique suivie d'une fermeture de la perforation par clips TTS ou OTSC peut être réalisée.



# QCM 2

L'anesthésiste vous propose de réaliser l'endoscopie en ventilation spontanée (SANS intubation), que lui répondez-vous :

A - Ok, ça me va, ça ira plus vite

B - Non, jamais de la vie, il faut intuber le patient !

# QCM 2

L'anesthésiste vous propose de réaliser l'endoscopie en ventilation spontanée (SANS intubation), que lui répondez-vous :

A - Ok, ça me va, ça ira plus vite

B- Non, jamais de la vie, il faut intuber le patient !

# Matériel et technique

- **Précautions :**  
Anesthésie générale avec intubation systématique
- **Matériel :**
  - Gastroscope standard
  - Insufflation CO<sub>2</sub>



# Matériel et technique

- Matériel :
  - Accessoires de retrait



**Alligator**



**Dents de rat**

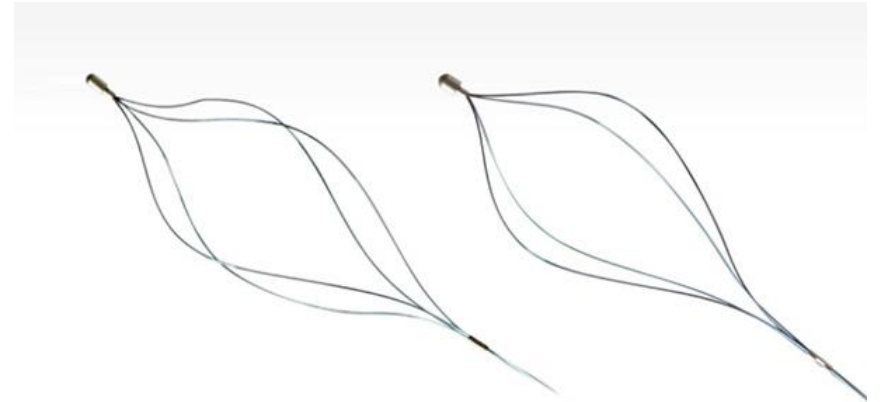
Pince à corps étranger



Anse à polypectomie



Anse filet



Dormia

# Matériel et technique

- Matériel :
  - Accessoires de protection



Capuchon transparent



Capuchon de Hood



Surtube

# Matériel et technique

- Matériel : Accessoires de protection : Surtube



# Matériel et technique

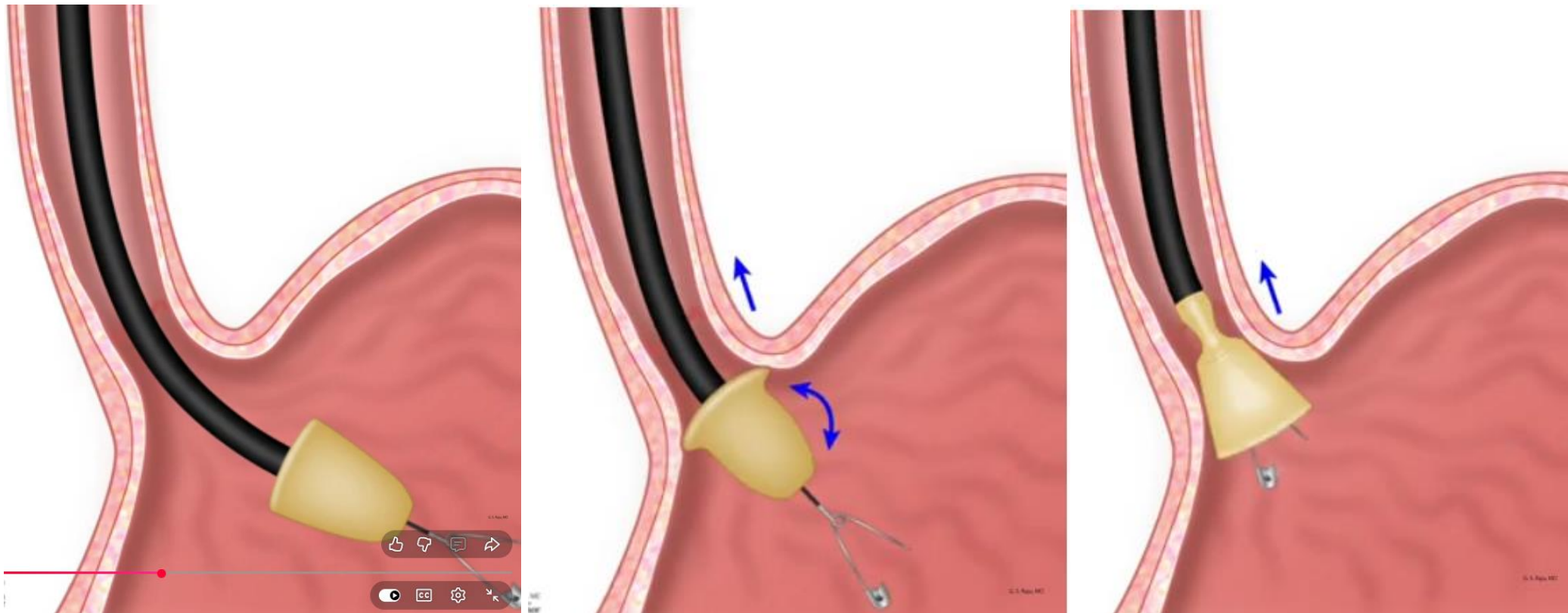


- Matériel :
  - Accessoires de protection: capuchon de Hood



# Matériel et technique

- Matériel :
  - Accessoires de protection: capuchon de Hood



# QCM 3

Peut-on pousser dans l'estomac certains corps étranger plutôt que de l'extraire?

A - Oui

B - Non, c'est absolument contre-indiqué

# QCM 3

Peut-on pousser dans l'estomac certains corps étranger plutôt que de l'extraire?

A - Oui, mais uniquement les aliments non coupants

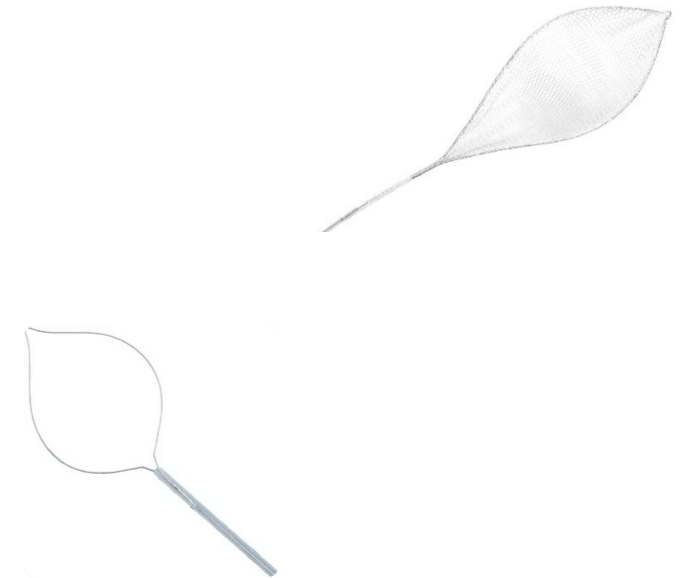
B - Non, c'est absolument contre-indiqué

# Matériel et technique

- **Technique :**
  - Aliments **non coupants** :
    - extraction avec Dormia ou anse filet



- ou fragmentation (anse monobrin 10mm)  
Possibilité de pousser dans l'estomac  
en l'absence d'os/arête.



- En l'absence de sténose : 6 biopsies œsophagiennes +++  
Oesophagite à éosinophiles??

# Matériel et technique

- **Technique :**
  - CE dangereux : piles boutons ou aimants
  - ✓ Anse filet



# Matériel et technique

- **Technique :**
  - Corps étrangers **coupants/volumineux :**
    - **protection** de l'œsophage
    - ✓ Surtube
    - ✓ Ou capuchon de Hood
    - ✓ ou cap.



- pour l'extraction:  
✓ pince à CE

✓ anse à polypectomie

✓ anse filet



Il est formellement contre-indiqué de pousser le CE dans l'estomac.

# Matériel et technique

- **Technique :**  
Corps étrangers  
**coupants/volumineux :**

**E**

# Traitement de recours = chirurgie

- L'échec : rare, en général lié à la migration au-delà du cadre duodénal.  
→ Surveillance transitoire en milieu chirurgical
- Discuter traitement chirurgical en cas :
  - d'apparition de signes cliniques de gravité
  - de CE coupants ou dangereux (piles boutons ou aimants)
  - leur persistance au-delà de 3 jours

Ingestion de CE

Volvulus du sigmoïde  
syndrome d'Ogilvie



# QCM 4

- L'urgentiste vous appelle pour un patient avec volvulus du sigmoïde vendredi 19h, vous lui répondez :

A - Prescris un traitement antalgique, je lui ferai le traitement endoscopique lundi

B - Je lui fais l'endoscopie ce soir en urgence après un lavement

# QCM 4

- L'urgentiste vous appelle pour un patient avec volvulus du sigmoïde vendredi 19h, vous lui répondez :

A - Prescris un traitement antalgique, je lui ferai le traitement endoscopique lundi

B - Je lui fais l'endoscopie ce soir en urgence après un lavement

# QCM 5

- Vous commencez l'endoscopie du patient avec volvulus, tout est noir, pourtant la lumière de votre endoscope marche, que faites-vous?

A - Vous appelez votre fournisseur d'endoscope en urgence

B - Vous poussez votre endoscope, ça sera peut-être plus clair après

C - Vous appelez le chirurgien en urgence et arrêtez votre endoscopie

# QCM 5

- Vous commencez l'endoscopie du patient avec volvulus, tout est noir, pourtant la lumière de votre endoscope marche, que faites-vous?

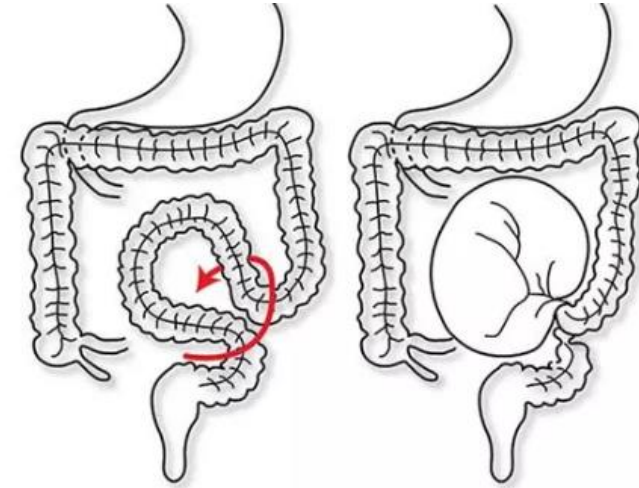
A - Vous appelez votre fournisseur d'endoscope en urgence

B - Vous poussez votre endoscope, ça sera peut-être plus clair après

C - Vous appelez le chirurgien en urgence et arrêtez votre endoscopie

# Définition Volvulus

- Volvulus du sigmoïde = torsion du sigmoïde autour de son mésosigmoïde  
→ occlusion colique aiguë  
→ risque d'ischémie/nécrose/perforation.
- Indication à un traitement endoscopique en urgence < 12h.
- L'objectif est la **détorsion du sigmoïde**, en attendant une **prise en charge chirurgicale programmée** pour prévenir les récurrences.



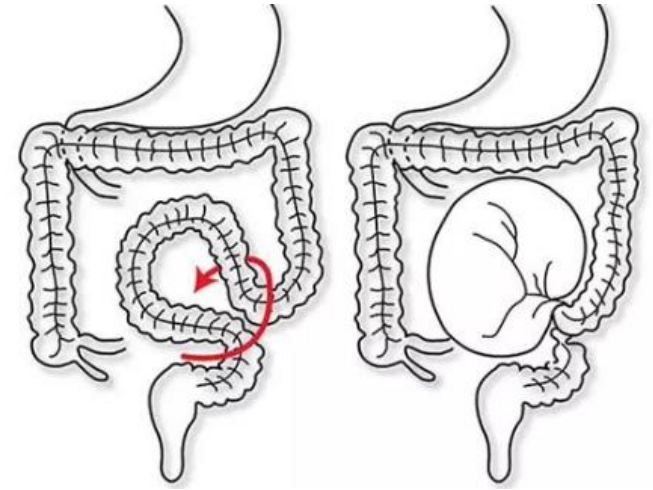
# Définition syndrome d'Ogilvie

- Le syndrome d'Ogilvie = distension limitée au côlon sans obstacle mécanique.
- Traitement médical en première intention (Neostigmine®)++
- En cas de CI ou échec → traitement endoscopique
- Il s'agit d'une **coloexsufflation** = évacuation des matières et les gaz accumulés dans le cadre colique.



# Contre indications du traitement endoscopique

- **Instabilité hémodynamique**
- **Perforation digestive**
- **Nécrose colique**  
(volvulus essentiellement)



# Matériel et technique

- **Anesthésie/sédation :**  
Sans anesthésie générale

- **Matériel nécessaire :**  
Coloscope standard



Pompe à eau



Insufflateur CO<sub>2</sub>

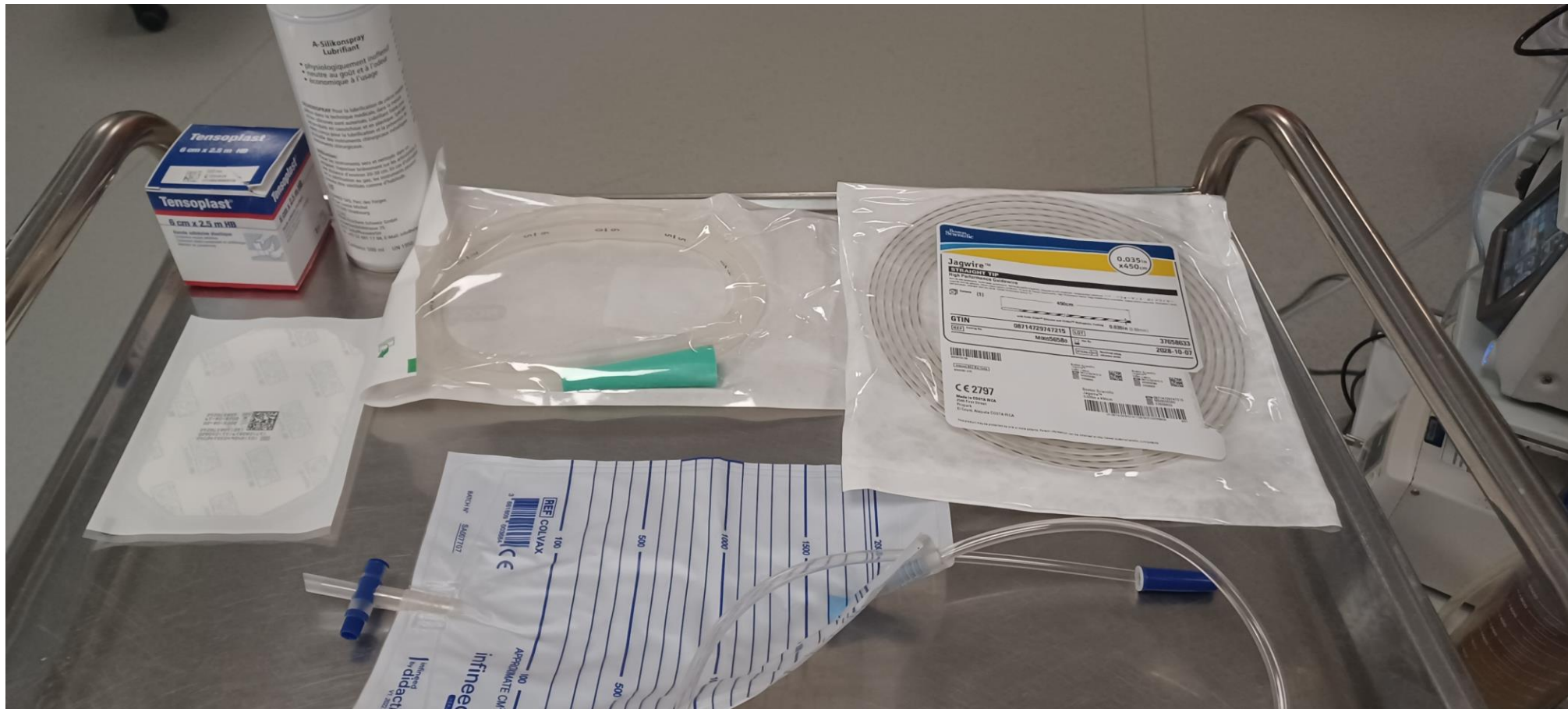


# Matériel et technique

- **Matériel nécessaire :**
  - ✓ Guide hydrophile (0,035")
  - ✓ Sonde de décompression multiperforée
  - ✓ Lubrifiants/gel
  - ✓ Seringue d'irrigation
  - ✓ Poche de recueil



# Matériel et technique



# Matériel et technique

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

# Matériel et technique

Technique :

Principes généraux

Préparation du patient par lavements par voie basse

Insufflation minimale au CO<sub>2</sub> ou à l'eau

❖ 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.

# Matériel et technique

Technique, 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.

« Echange » : 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.

# Matériel et technique

Technique, dans les deux cas :

Mise en place de la sonde rectale préalablement lubrifiée sur le fil guide.

La sonde doit être poussée délicatement sur le fil guide jusqu'à résistance « douce ».

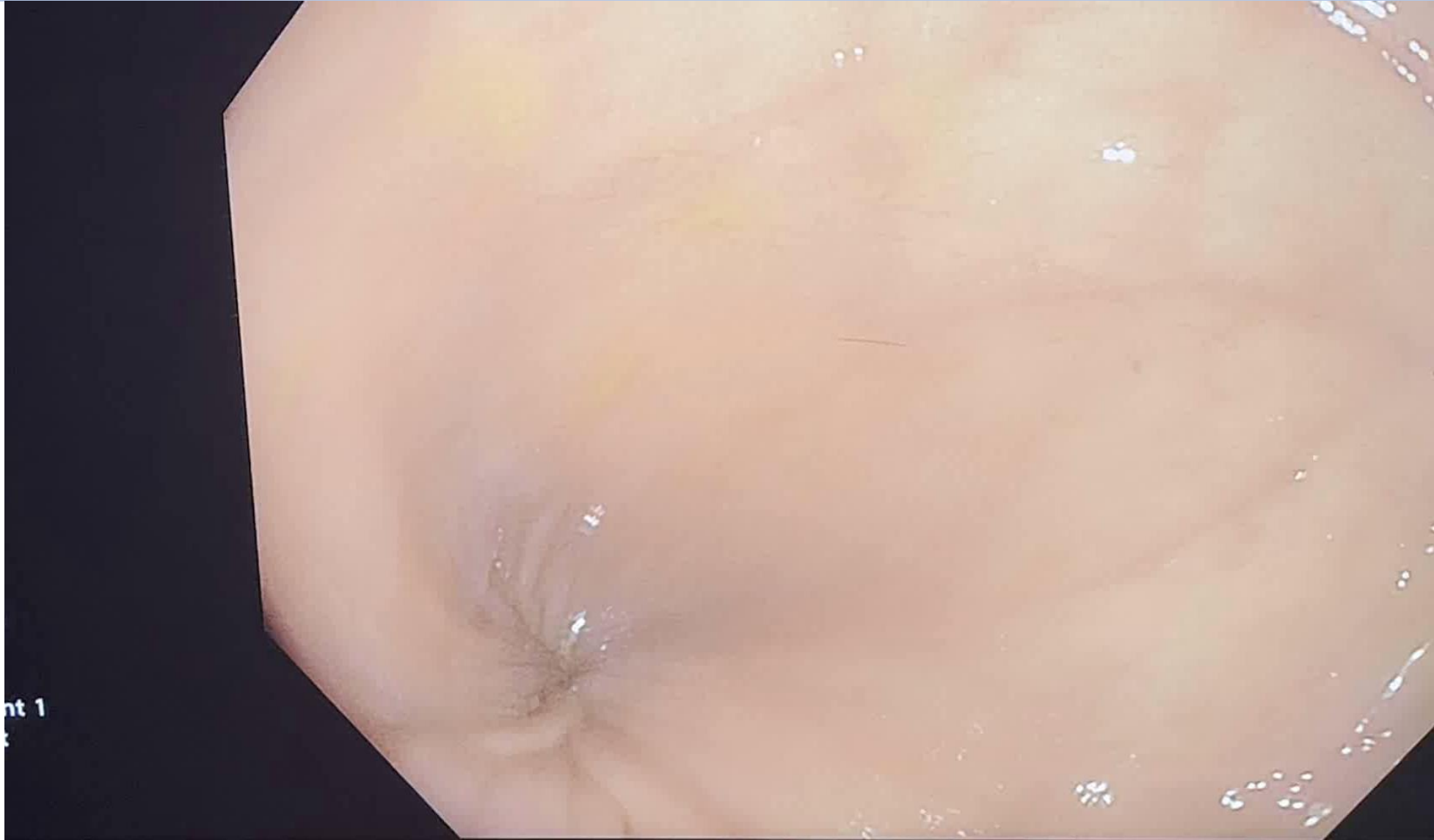
Ablation du fil guide.

Connecter la sonde à une poche de recueil

Fixation de la sonde à la cuisse

Cette sonde est laissée en place 24h–72 h.

# Matériel et technique



nt 1

# Matériel et technique



# Matériel et technique



# Traitement de recours = chirurgie

En cas de contre-indication ou d'échec du traitement endoscopique

→ la prise en charge est chirurgicale.

Ingestion de CE

Volvulus du sigmoïde  
syndrome d'Ogilvie

CE intra-rectaux

Ingestion de CE

Volvulus du sigmoïde  
syndrome d'Ogilvie

CE intra-rectaux

- Hommes, 40 ans.
- Grande variété de corps étrangers peut être observée, les bouteilles en verre = 42,2% des cas.
- L'extraction trans-anale est efficace dans 60-75% des cas.
- Extraction endoscopique si:
  - CE dans rectum ou sigmoïde.
  - CE lisse, non coupant
- Délai court, dans les premières heures suivant le geste d'introduction.

# Contre indications du traitement endoscopique

## Absolues :

- Instabilité hémodynamique
- Péritonite

En cas de signe de gravité clinique :

- scanner abdomino-pelvien en urgence
- discussion avec l'équipe chirurgicale

# Matériel et technique

- **Anesthésie/sédation :**  
Anesthésie générale préférable  
Intubation non systématique



- **Matériel nécessaire :**

Coloscope standard



Pompe à eau



Insufflateur CO<sub>2</sub>



# Matériel et technique

- Matériel :
  - Accessoires de retrait



**Alligator**



**Dents de rat**

Pince à corps étranger



Anse à polypectomie



Anse filet



Dormia

# Traitement de recours = chirurgie

En cas de contre-indication ou d'échec du traitement endoscopique

→ la prise en charge est chirurgicale

# Colite ischémique

- Toute suspicion d'IMA nécessite un angioscanner abdominal triphasique en urgence (sans puis avec contraste aux temps artériel et portal)  
*ESC 2024, WSES 2022, ACR 2018, ESVS 2017*
- En cas d'insuffisance rénale, l'angioscanner avec injection reste recommandé en raison du risque vital  
*ESVS 2017*
- TDM : sensibilité = 93%, Spécificité = 100 %  
*Oliva IB et al., Abdom Imaging 2013  
Clair DG et al., N Engl J Med 2016*
- Un score prédictif de nécrose intestinale simple, basé sur trois facteurs :
  - défaillance d'organe
  - lactate > 2 mmol/L
  - dilatation intestinale > 25 mm au scanner

permet de guider la décision chirurgicale d'urgence en identifiant les patients nécessitant une laparotomie urgente

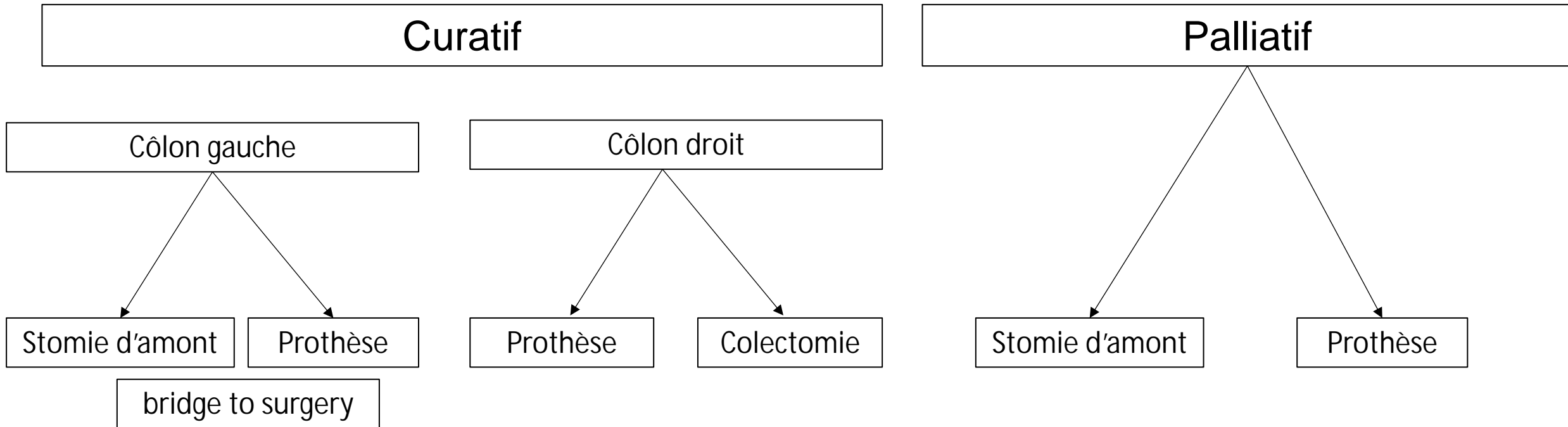
*Nuzzo A, Maggiori L, Ronot M, et Predictive Factors of Intestinal Necrosis in Acute Mesenteric Ischemia: Prospective Study from an Intestinal Stroke Center. Am J Gastroenterol 2017; 112(4):597-605.*

# Colite ischémique : place de l'endoscopie?

- En cas de **doute** à l'imagerie, en cas d'évolution atypique ou persistante, permet d'éliminer les diagnostics différentiels : RCH, Crohn, colite infectieuse
- La coloscopie peut être utile à **distance** pour :
  - vérifier la cicatrisation
  - dépister une **sténose ischémique**

# Prothèse colique

- Seulement en cas d'occlusion digestive liée à la tumeur



Dépend : expertise locale, disponibilité du plateau technique, discussion au cas par cas avec l'équipe chirurgicale

*The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer 2022*

ESGE 2020

# Ingestion de caustiques

- Récentes données : TDM (dans les 3 à 6h, avec injection) >> endoscopie pour évaluation de la gravité

*Chirica M, Surg Endosc. 2015  
Chirica M, Ann Surg. 2016  
Bruzzi M, Ann Surg. 2018  
WSES guidelines 2019*

- Une endoscopie d'urgence doit être réalisée si :
  - le scanner est indisponible
  - le scanner avec injection est contre-indiqué
  - le scanner suggère une nécrose œsophagienne transmurale mais l'interprétation est difficile/incertaine
  - dans la population pédiatrique

*WSES guidelines 2019*

# 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.

# Points forts

- ✓ L'impaction œsophagienne avec **aphagie complète**, les **CE coupants, les piles boutons et les aimants** sont une indication à une endoscopie idéalement **dans les 2h**, au plus tard dans les 6h. Dans les autres cas, l'endoscopie doit être réalisée dans les 24h
- ✓ **L'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale** est la règle pour éviter l'inhalation lors de l'extraction endoscopie de corps étrangers **oesophagiens**.
- ✓ 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 pour rechercher une urgence chirurgicale.
- ✓ En cas de coloscopie pour **volvulus ou syndrome d'Ogilvie**, **faible insufflation**, progression douce et... **aspiration généreuse !**