

# Stanislas CHAUSSADE

# Philippe DUCROTTE

## **Reste-t-il des urgences en endoscopie digestive ?**

- - Connaître les conditions pratiques souhaitables de l'endoscopie d'urgence
- - Connaître le matériel de l'endoscopie d'urgence
- - Connaître les vraies indications de l'endoscopie d'urgence (et leur délai de réalisation)

# Reste il des urgences en endoscopie digestive ?

Professeur Stanislas Chaussade  
Département médico chirurgical des  
maladies de l'appareil digestif et  
de cancérologie digestive  
Hôpital COCHIN  
Université René Descartes – Paris V

# Objectifs

- Connaître les conditions pratiques souhaitables de l'endoscopie d'urgence
- Connaître le matériel de l'endoscopie d'urgence
- Connaître les vraies indications de l'endoscopie d'urgence (et leur délai de réalisation)
- Savoir si l'endoscopie en urgence est possible et rentable

# Définition d'une endoscopie d'urgence

- Une endoscopie à réaliser en dehors des heures ouvrables (nuit, week end)
- Une endoscopie à réaliser dans un délai de moins de 12 heures
- Une endoscopie permettant de faire sortir le patient plus tôt ou d'éviter de l'hospitaliser (T2A oblige...) (???)

# Quels sont les champs d'application de l'endoscopie d'urgence ?

- Hémorragie digestive haute
- Hémorragie digestive basse
- Corps étrangers
- Ingestion de caustiques
- Syndrome occlusif

# 1-Les conditions pratiques souhaitables de l'endoscopie d'urgence

- Locaux
  - Pas d'endoscopie « foraine »
  - USI ou réanimation
  - Plateau technique d'endoscopie avec AG lors des heures ouvrables
- Personnel médical
  - Endoscopiste senior
  - Nécessité de formation : EASIE méthode
- Personnel non médical d'astreinte
- Matériel

# Matériel (1)

- Videoendoscopie (endoscope à gros canal)
- Chariot d'urgence avec un listing et vérification régulière
- Matériel :
  - Hémorragie digestive
    - Erythromycine I.V, Adrénaline 1mg....
  - Matériel d'endoscopie
    - Aiguille à sclérose
    - Sonde de coagulation bipolaire
    - Clips à usage unique ou rechargeable
    - Matériel de ligature

## Matériel (2)

- Matériel pour corps étrangers
  - Pincés « dents de rat » ou crocodiles
  - Anse à polypectomie avec ou sans panier
  - Extracteurs de polypes ou des paniers de type Dormia
  - Surtubes ou capuchons protecteurs
- Matériel pour traitement d'un syndrome occlusif :
  - Sonde de Fauchet, Fil guide
  - Prothèse métallique



# Quels sont les champs d'application de l'endoscopie d'urgence ?

- Hémorragie digestive haute
- Hémorragie digestive basse
- Corps étrangers
- Ingestion de caustique
- Syndrome occlusif

# Modalités de l'endoscopie digestive pour HD en France

- Sans aspiration gastrique : 40%
- Endoscopie réalisée dans les 6h : 28%
- Endoscopie réalisée dans les 24 h : 96%
- Anesthésie générale : 8%
- Endoscopie effectuée par un senior : 78%
- Utilisation d'un video-endoscope : 85%
- Présence d'un assistant : 98%
  - IDE d'endoscopie : 25% des cas

# Conclusions de la conférence de consensus canadienne (1)

« L'endoscopie précoce (24H) » et la classification selon des critères cliniques et endoscopiques

- **permet la prise en charge ambulatoire** des patients classés à faible risque de récurrence (niveau A, grade I)
- **réduit les coûts de la prise en charge** pour les patients classés à faible risque de récurrence mais aussi à haut risque de récurrence (niveau A, grade I)
- **améliore le pronostic** des patients classés à haut risque de récurrence (niveau C, grade IIb)

## Conclusions de la conférence de consensus canadienne (2)

- Les services accueillant des HD doivent avoir une **équipe multidisciplinaire** comportant une **endoscopiste senior** et une **aide spécialisée**
- Chez un certain nombre de patients la mise en place d'une sonde naso gastrique est utile (indication à une endoscopie en urgence < 6 h)

# Quels sont les patients nécessitant une endoscopie « immédiate » (<6h) pour HD ?

Score pour prédire la nécessité d'une endoscopie urgente = 6 (sang rouge dans l'aspiration gastrique) + 4 (hémodynamique instable) + 4 (si Hb < 8gr/dl) + 3 (GB > 12 000)

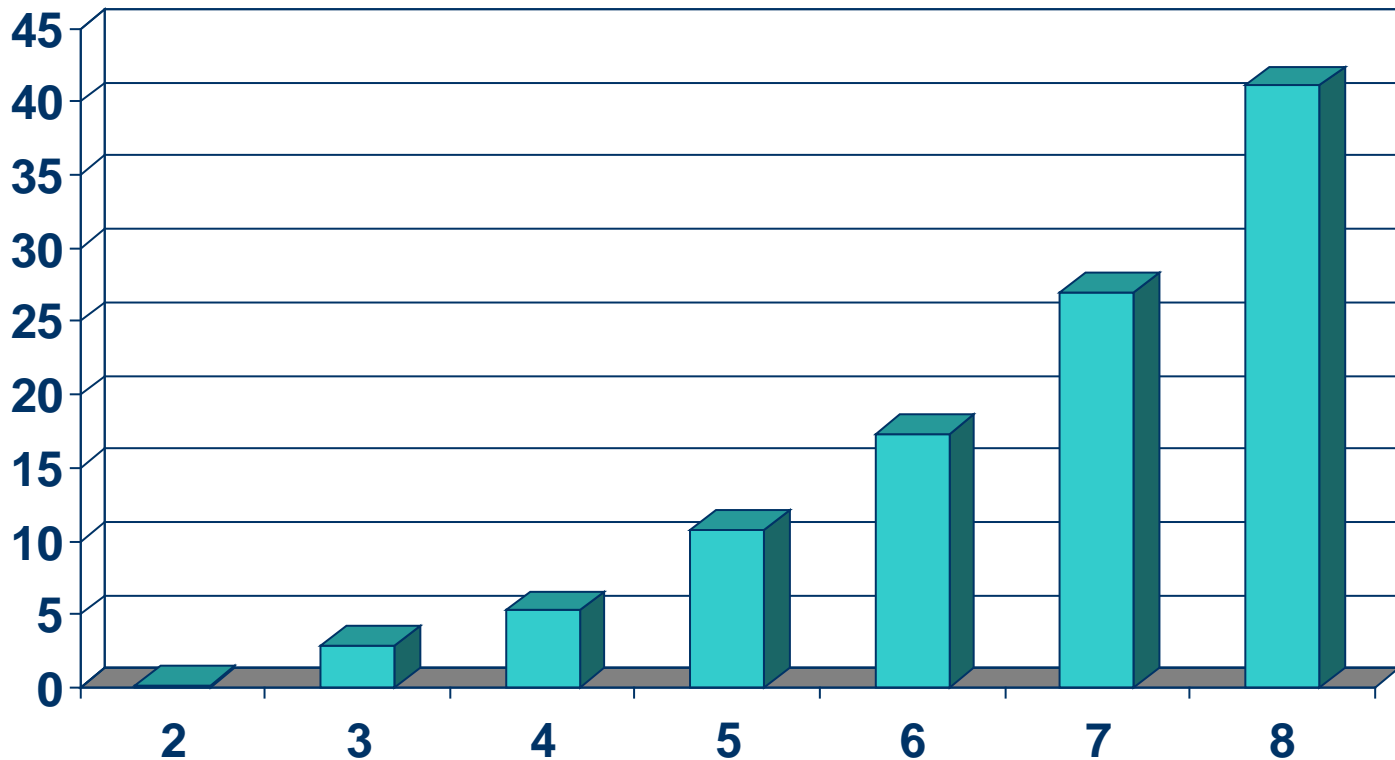
Table 7 Performance of the risk score in the external validation study

Number of points	Patients overall (% of total)	Patients with active bleeding (%)
0-3	34 (31)	0
4-6	39 (35)	1 (2.6)
7-10	10 (9)	1 (10)
11-17	27 (25)	26 (96.3)

# Score de Rockall

	0	1	2	3
Age	< 60 ans	60-79	> 80	
Choc	Non	Fc $\geq$ 100 PAs $\geq$ 100	Fc > 100 PAs < 100	
Co-morbidité	Non	Non	Insuf. cardiaque, autre	Insuf. rénale ou hépatique, cancer disséminé
Diagnostic	Mallory-Weiss ou absent	Autres	Cancer	
Signes de saignement	Non	Non	Forrest I, IIa ou IIb	

# Score de Rockall et mortalité



*D'après Sanders et al. Am J Gastroenterol 2002  
& Church et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2001*

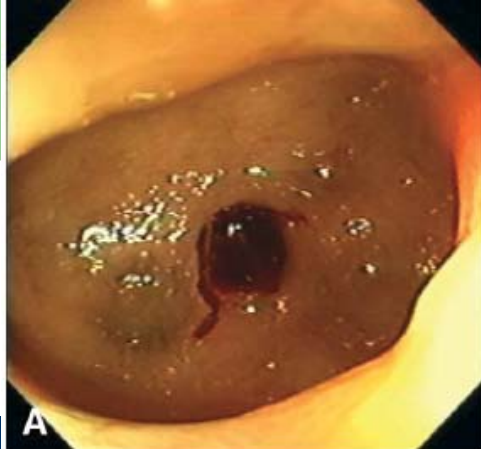
# HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE ABONDANTE

- Facteurs de gravité
  - Pouls > 100 / min
  - TA < 115 mm Hg)
  - Syncope
  - Pas de douleur abdominale
  - Utilisation d'aspirine
  - Association de 2 comorbidités
- Admission en Soins Intensifs
- Si HD grave, préparation PEG pour la coloscopie dans les 24<sup>e</sup> heures

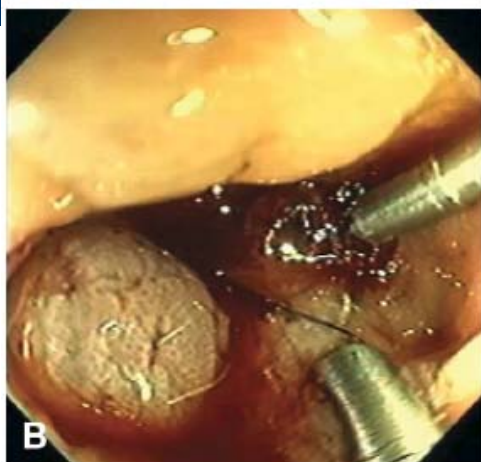


**TABLE 3. OUTCOME OF TREATMENT FOR DIVERTICULAR HEMORRHAGE.**

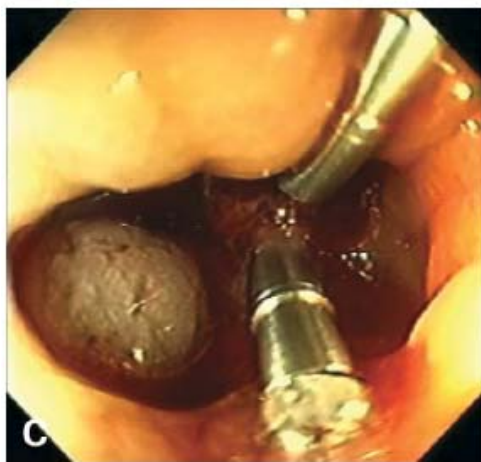
VARIABLE	MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT (N = 17)	MEDICAL AND COLONOSCOPIC TREATMENT (N = 10)	P VALUE
Endoscopic hemostasis — no. (%)	0	10 (100)	0.001
Additional bleeding — no. (%) <sup>*</sup>	9 (53)	0	0.005
Severe bleeding — no. (%) <sup>†</sup>	6 (35)	0	0.03
Emergency hemicolectomy — no. (%)	6 (35)	0	0.03
Median time to discharge after colonoscopy — days	5	2	<0.001
Complications — no. (%)	2 (12) <sup>‡</sup>	0	0.26
Late bleeding — no. (%)	0	0	1.0
Follow-up — mo			
Median	36	30	
Range	24–54	18–49	



A

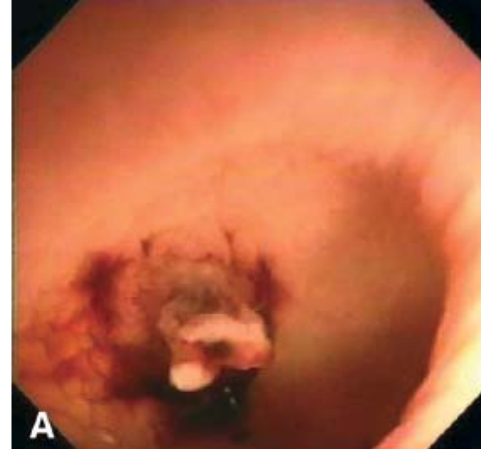


B

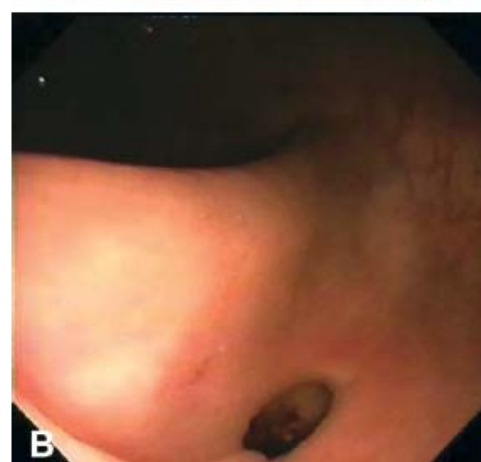


C

1. A, Endoscopic view of protruding vessel within



A



B

Figure 2. A, Endoscopic view of bleeding diverticulum. B, Closer view showing protruding vessel within dome.



Figure 3. Artist drawing of angio-architecture of arterial supply of a diverticulum. Inset, angio-architecture of normal colon.

# CORPS ETRANGERS



# CORPS ETRANGERS

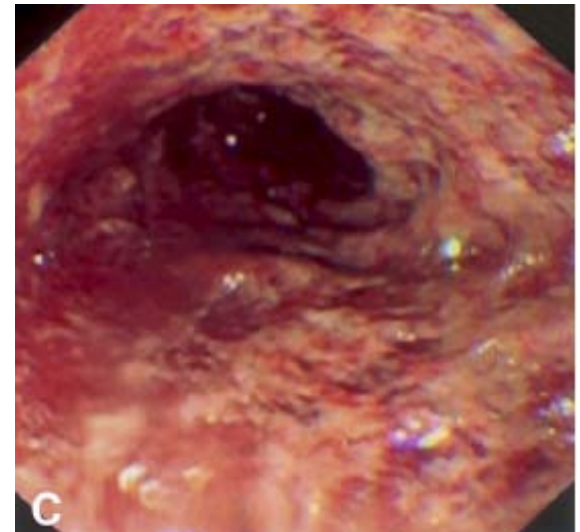
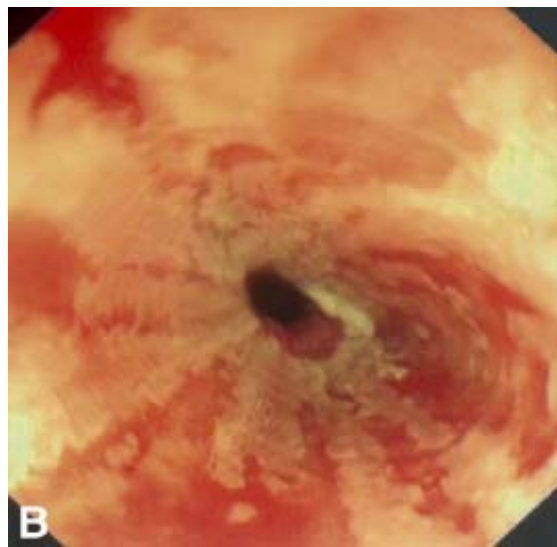
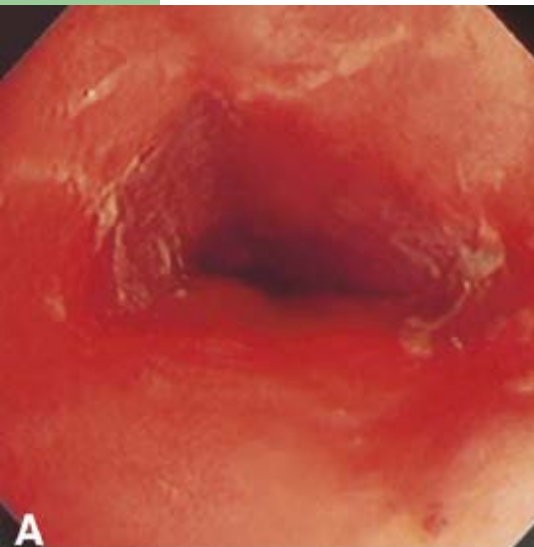
- Extraction en urgence :
  - Les corps étrangers de l'hypopharynx et de l'œsophage obstructifs
  - Les corps étrangers coupants et tranchants
    - Risque de perforation de 15-35%
  - Les piles bloquées (2cm) dans l'œsophage
  - Les corps étrangers de longueur > 6cm et d'épaisseur > 2.5cm
- Examen sous AG +/- intubation trachéale
- Utilisation de capuchons protecteurs ou de surtubes
  - CE acérés ou long

# CORPS ETRANGERS : Les échecs

- Fréquence : 5.9%
- Nature des corps étrangers :
  - Prothèses dentaires
  - Objets complexes ou très longs
- Siège du blocage : Œsophage (62%)
- Perforations (œsophage) : 2/1088

# L'ingestion de caustiques

- Endoscopie effectuée dans les 6 heures après l'ingestion
- Valeur pronostic



# SYNDROME OCCLUSIF BAS

- Urgence médico-chirurgicale
- 3 Mécanismes:
  - Iléus : pseudo-obstruction colique aiguë (syndrome d'Ogilvie)
  - Obstruction mécanique:
    - Strangulation → volvulus
    - Obstruction → cancer
- L'endoscopie en urgence permet de :
  - traiter toute les étiologies
  - De lever le syndrome occlusif
  - d'évite une chirurgie en urgence

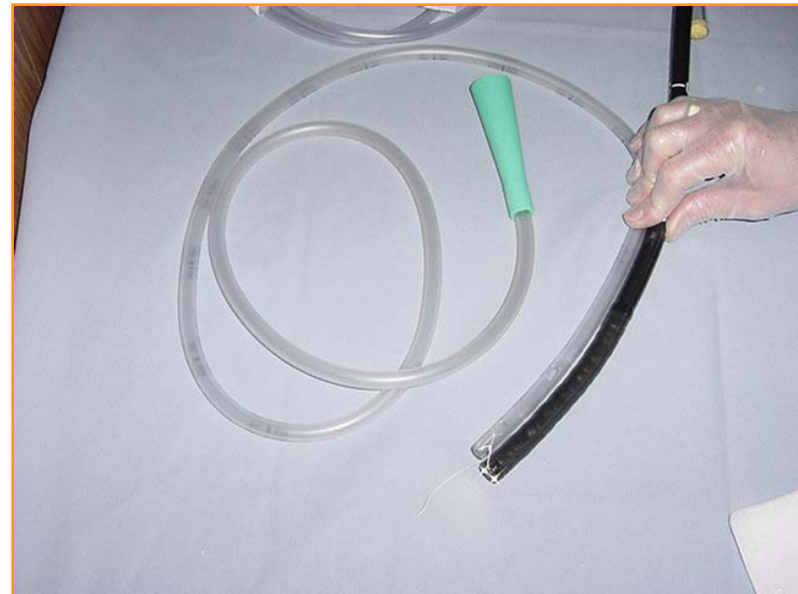


# PSEUDO OBSTRUCTION COLIQUE

- Dilatation colique majeure en absence d'obstruction mécanique
- But du traitement : Réduire la distension colique
- Diamètre caecal >10-12cm + durée > 6 jours
  - Perforation spontanée : 3% -15%
  - Ischémie du colon droit : 10%
  - Taux de mortalité : 50%



# Décompression coloscopique et pose de tube de Faucher

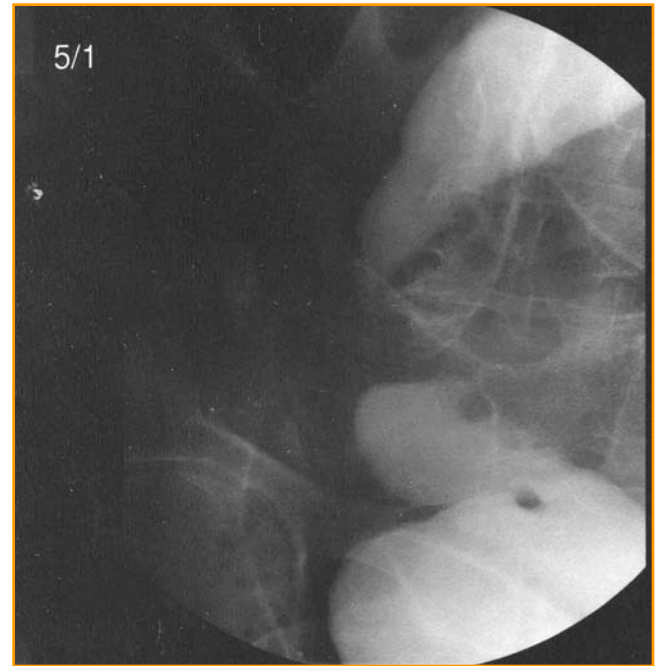


# Décompression coloscopique et pose de tube de Faucher

- Coloscopie avec peu d'insufflation
- Coloscopie jusqu'au colon transverse
- Passer un fil-guide rigide dans l'endoscope
- Complications de la procédure
  - Perforation: 3%
  - Mortalité < 5%
- Récidives : 30%

# VOLVULUS COLIQUE

- Torsion axiale sur le pédicule vasculaire, occlusion sur boucle colique serrée
- 3ème cause majeure d'occlusion colique



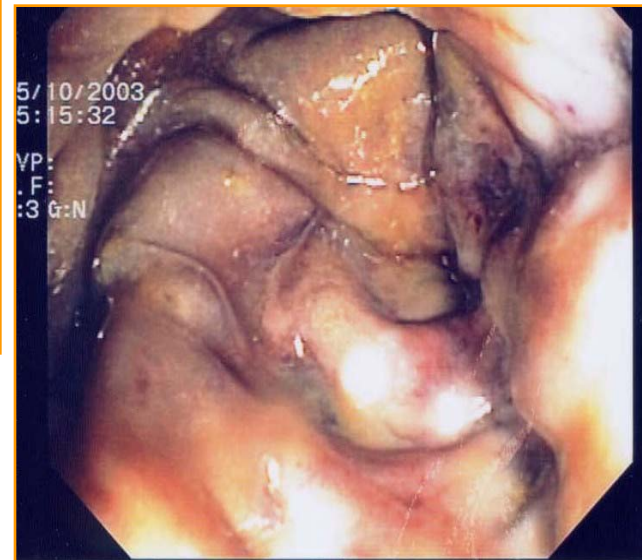
# VOLVULUS COLIQUE

- Sujet âgé : 70ans
- Siège du volvulus colique
  - Sigmoide : 43% - 74%
  - Caecum, colon droit: 15% - 52%
  - Colon transverse, angle splénique: 3%
- Chirurgie d'urgence
  - Taux de mortalité: 24% - 33% (41% si nécrose)
  - Taux de morbidité: 43% - 75%


# Dérotation coloscopique

- Traitement initial de choix en dehors de signes évidents d'ischémie intestinale
  - Endoscope souple
  - Insuflation minimale
  - Passage en douceur du siège du pied de la spire
  - Aspiration de liquide et d'air → réduit le volvulus
- Arrêt de la coloscopie : signes d'ischémie ou de nécrose !!! → chirurgie

# Dérotation coloscopique



# RESULTATS

- Taux de succès
  - Volvulus sigmoïdien: 58% - 81%
  - Volvulus caecal: 0% - 33%
- Récidive: 30% - 90%
- Dérotation endoscopique avec ou sans insertion de tube de Faucher
  - Complication majeure: perforation
  - Taux de mortalité: 0% - 12%
- Chirurgie seconde  mortalité plus faible (2% - 12%)

# OCCLUSION DES CANCERS COLIQUES : Traitement endoscopique

- Taux de succès: 75% - 100%
- Echec : impossibilité de passer le fil-guide au-delà de la tumeur, sigmoïde fixé et angulé
  - Efficacité clinique: 75% - 96% en 48 h
- Mortalité: 0% - 10%



# OCCLUSION DES CANCERS COLIQUES

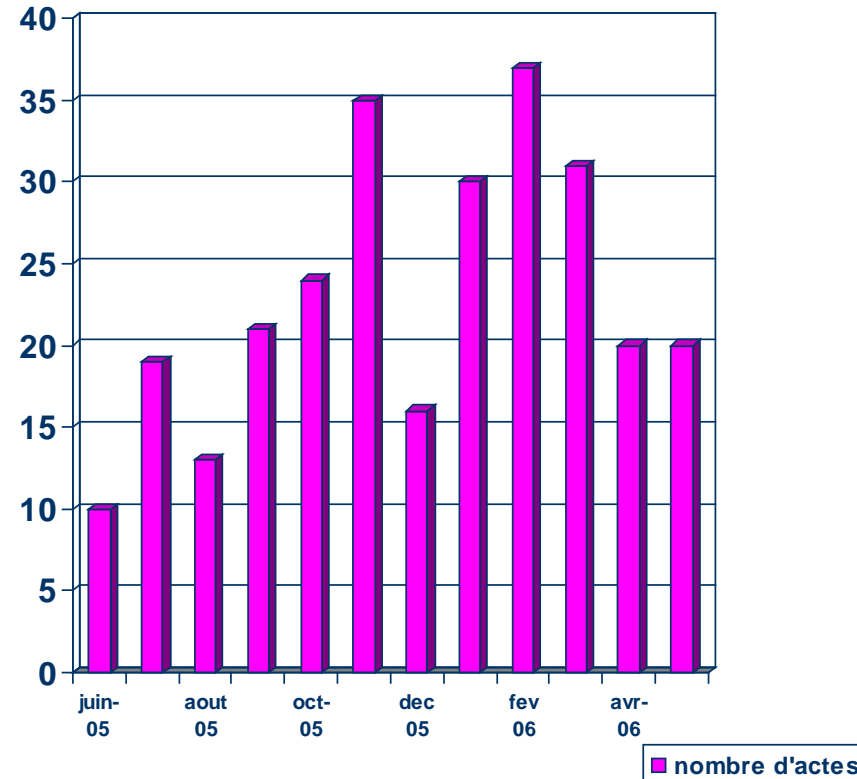
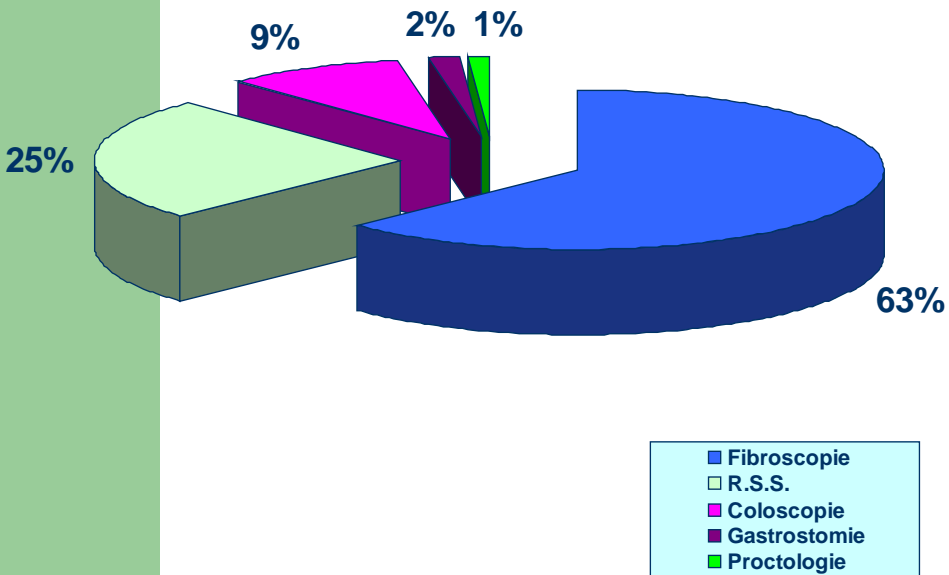
- Complications majeures: 18%
  - Perforation 5% : liée à la prothèse, à la procédure (insufflation, fil-guide), dilatation
  - Hémorragie
- Complications mineures: 35%
  - Douleurs abdominales (3-5 j), syndrome rectal (stent < 4 cm de la marge anale), migration
- Traitement alternatif à la colostomie
- Chirurgie d'exérèse après 5-10 jours
- Diminution des coûts de plus de 28% liée à une durée d'hospitalisation plus courte (Binkert C.A., al.: Radiology, 1998, 206)

L'endoscopie en urgence, est ce possible ?  
Est-ce rentable ?

Expérience au CHU de LIMOGES

But : Assurer la continuité des soins en  
endoscopie digestive 24h/24

# Evaluation 1 an après



# Types d'examens réalisés sur l'astreinte

Fibroskopie haute	Hémostasie, extraction de corps, étranger, diagnostic Prothèse oesophagienne
Recto sigmoïdoskopie Coloskopie	Diagnostic, hémostasie, polypectomies, du marquage de lésions, pose de prothèse, colo exsufflation avec +/- tube de Faucher, corps étranger
Proctologie	Diagnostic, thombectomie
Gastrostomie	Pose du kit , changement de sonde

# Coût 2005 pour 6 mois : PNM

	Week-ends et Fériés	Jours ouvrés	Total
Nb d'heures	682	484	
Charges Salariales	1964 €	1393 €	
Charges Patronales	957 €	677 €	
<b>Total</b>	<b>2921 €</b>	<b>2070 €</b>	<b>4991 €</b>

**Coût garde sur place  
Jours fériés et WE**

Nb d'actes	Masse financière payée
Week-ends : 40	1480 €
Nuits : 40	1240 €
Jours : 30	555 €
<b>Total</b>	<b>3275 €</b>

**Coût astreinte**

**Coût total astreinte et garde sur place :  
8275 € / 6 mois**

# Points positifs

1. Prise en charge instantanée des urgences endoscopiques
2. Sécurité des procédures de désinfection
3. Déplacement pour de réelles urgences
4. Libre choix de l'horaire du poste avant prise d'astreinte
5. Limitation du nombre d'astreinte à 5 / mois
6. Répercussion financière intéressante pour le professionnel (23% du temps de travail durant les astreintes)
7. Amélioration de la collaboration médecin / aide opératoire

# CONCLUSION

- L'endoscopie d'urgence voit son champ d'application augmenté.
- Elle nécessite :
  - Des structures adaptées
  - Du personnel médical formé
  - Du personnel non médical d'astreinte ou de garde
  - Du matériel couteux
- Elle est cout – efficace et surtout utile pour les patients.....



FMC  
HGE