

ENDOSCOPY MASTERCLASS



Gestion des complications après endoscopie haute ou basse

Dr ADDOU Sidi Mohamed

L'hémorragie

Hémorragies après polypectomie colique

L'hémorragie

- Il faut connaître les facteurs de risques
- Savoir prendre les mesures préventives
- Savoir gérer une hémorragie en per procédure
- Savoir gérer une hémorragie retardée

Hémorragies secondaires aux polypectomies

- Risque directement lié au geste thérapeutique
- Incidence globale estimée entre 2,6 et 9,7%
- Hémorragie per procédure : au cours de la résection et $pd > 60$ sec ou nécessitant un trt endoscopique
- Hémorragie post polypectomie : J0 - J+30 avec nécessité d'une PEC médicale au service des urgences et ré intervention (endoscopie, angiographie, chirurgie)

Les facteurs de risques

Liés au patient

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

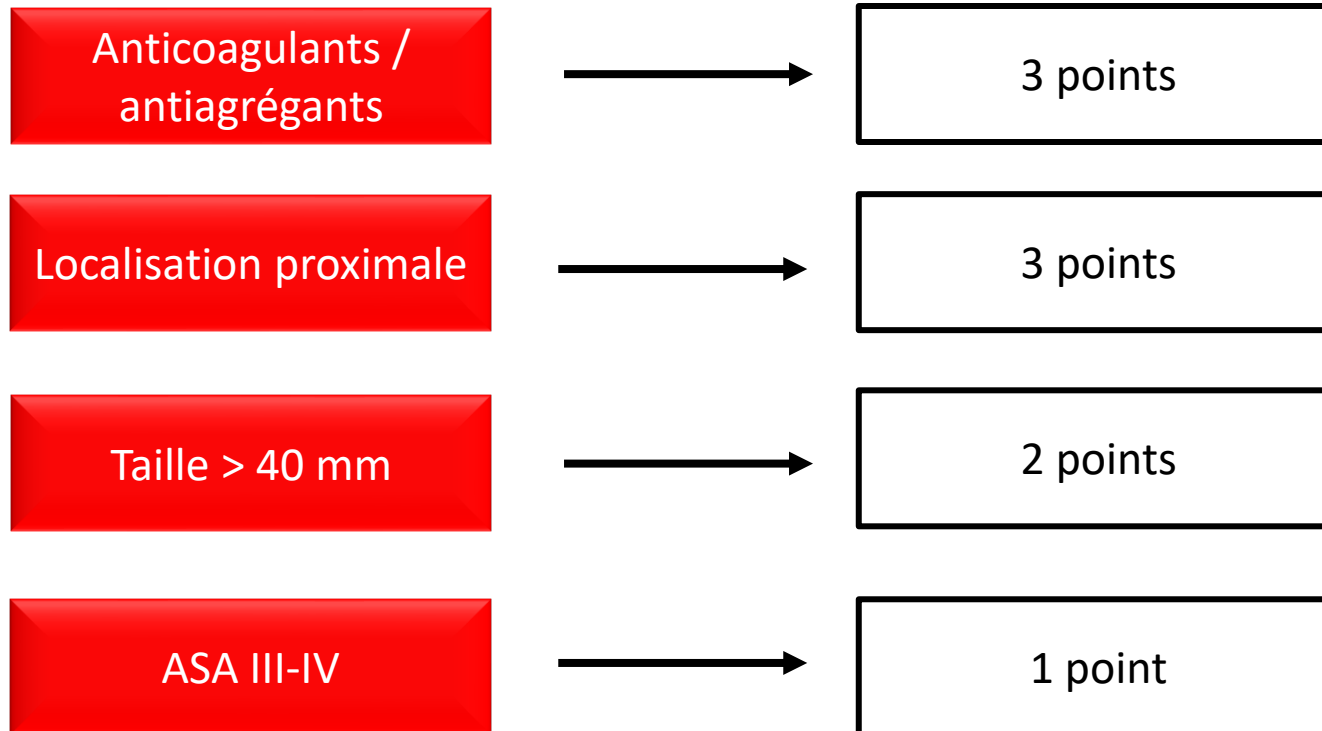
Liés au polype

- 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

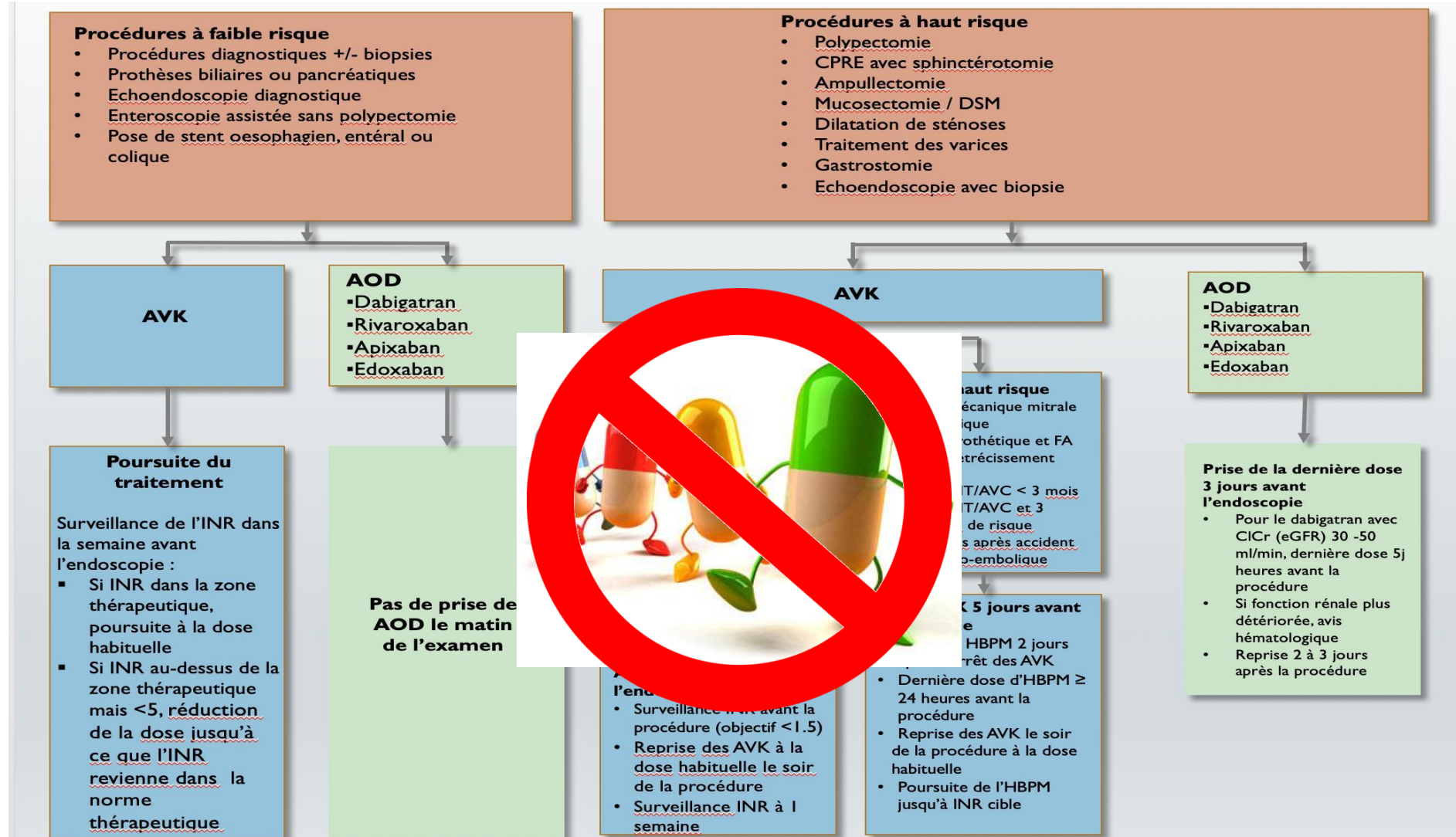
Score prédictif de saignement post polypectomie



0 – 3 points → risque faible (2,2 %)
4 – 6 points → risque moyen (4,1%)
7 – 9 points → risque fort (14,8%)

Score composite simple
Calcul « à priori » du risque

Prévention



Prévention

Polypes pédiculés

- Facteurs de risque :
 - Tête ≥ 20 mm
 - Pied ≥ 10 mm de large
- Techniques préventives :
 - Injection de sérum adrénaliné
 - implantation de clips à la base du pied
 - Anse largable

Prévention

Polype sessiles :

- La mise en place systématique de clips en prévention de l'hémorragie post polypectomie n'est pas recommandée
- À envisager chez les patients à haut risque hémorragique
- Pour les polypes proximaux et ≥ 20 mm, une fermeture complète de la zone de résection par clips est conseillée

Ferlitsch M et al. Endoscopy 2017
Albéniz E et al. GIE 2019
Pohl H et al. Gastroenterology 2019

Gestion du saignement per procédure

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





Slight traction is applied
and then Endocut.

La perforation

La perforation

- Savoir reconnaître et classer une perforation endoscopique
- Connaître le matériel nécessaire au traitement endoscopique
- Savoir adapter le traitement en fonction de la perforation
- Savoir surveiller le patient
- Connaître les indications chirurgicales

Reconnaitre et classer une perforation

Evènement endoscopique rare

Variation importante de l'incidence en fonction de la localisation du tube digestif et du geste endoscopique

Gastroskopie

2/10000 (0,019%)

Dc = 0,002% (duodenoskopie = 0,02%)

Dissection œsophage = 10,7%

Sphinctérotomie = 0,08%

Mortalité 0,002%

Kang DH et al. BMC Gastroenteral 2019

Coloskopie

6/10000 (0,06%)

Résection OR 2,91

Mortalité 1,27/10000

Benazzato L et al. Endoscopy 2020

Reconnaitre et classer une perforation

MECANISMES ET SITUATIONS A RISQUE

THERAPEUTIQUE

Résection

Dilatation

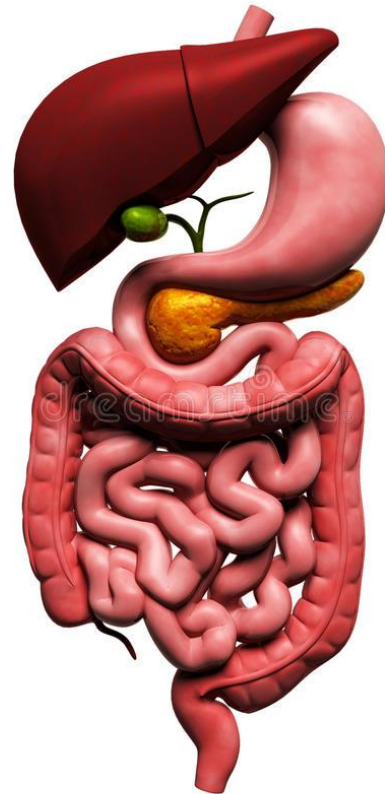
Pose de stent

En lien avec le malade

Age, co-morbidités, diverticulose, muqueuse radique, malformation anatomique, multi-opéré, MICI

En lien avec le geste / opérateur

CPRE, expérience de l'opérateur, utilisation de la pince chaude, extraction de corps étranger



DIAGNOSTIQUE

En lien avec endoscope

(boucle / extrémité)

Ou insufflation (barostatique)



REPARATION PLUS DIFFICILE
PRONOSTIC PLUS SEVERE

Reconnaitre et classer une perforation

Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic

Un retard > 24h est prédictif

> de morbidité (OR 5,9 – IC 95%)

> de mortalité (OR 6,3 – IC 95%)

La Torre et al. Colorectal Dis 2012

Savoir prendre son temps notamment au retrait de l'endoscope

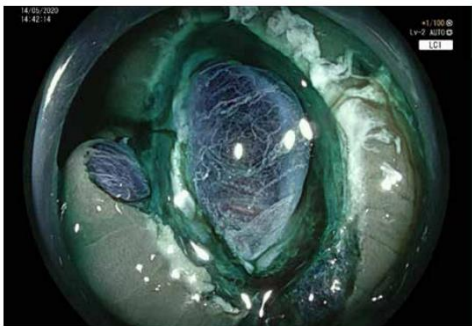
Rechercher les signes évocateurs

Signe de la "cible"

Reconnaitre et classer une perforation

Perforation pendant une résection colo rectale endoscopique

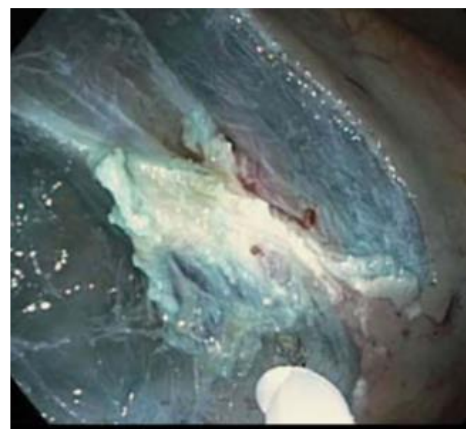
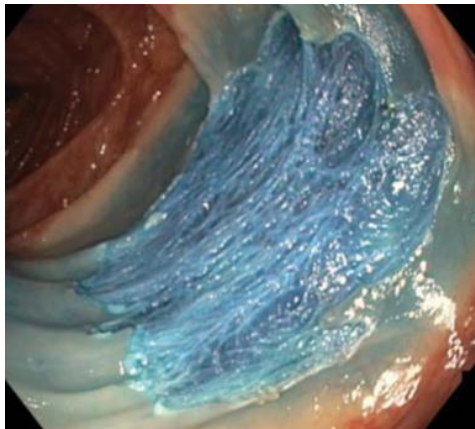
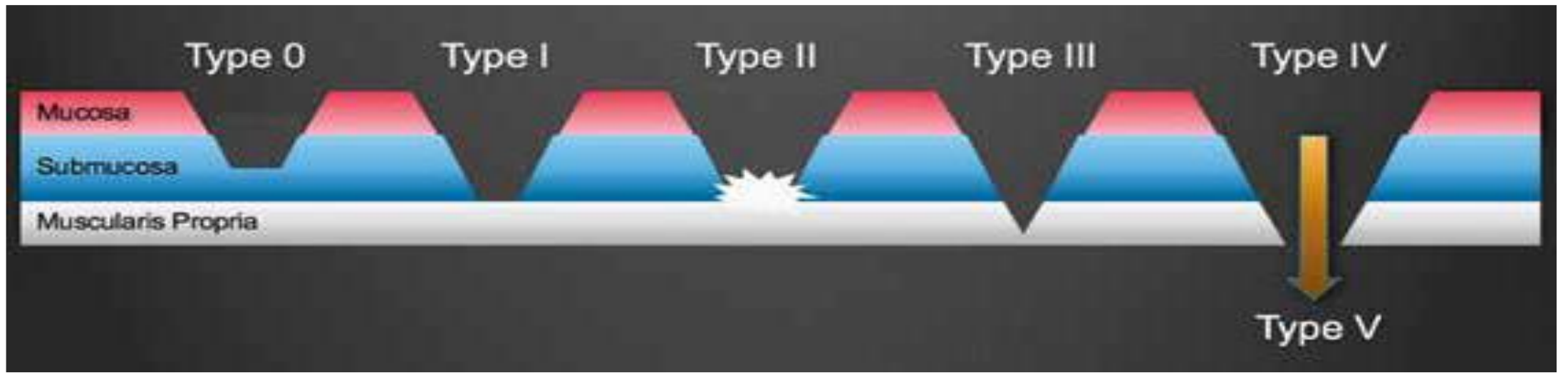
Classification de BURGESS (Gut 2017)



0	Défect sous-muqueux, musculature non visible
1	Musculature visible mais intacte
2	Perte focale du plan sous-muqueux avec possible atteinte superficielle de la musculature ou fibrose rendant l'interprétation difficile
3	Atteinte de la musculature (signe de la cible)
4	Perforation sans contamination fécale
5	Perforation avec contamination fécale

GESTION
ENDOSCOPIQUE

CHIRURGIE



Reconnaitre et classer une perforation

PER OP : variation des paramètres ventilatoires, hoquet, hémodynamiques, pneumopéritoine

POST OP : tout signe clinique (douleur, fièvre, œdème, intolérance alimentaire...) doit faire évoquer le diagnostic.

Il faut rester joignable

Compte rendu

Le plus précisément possible

Moyens de fermeture utilisés

Iconographie

Information du malade et de la famille

Scanner abdomino-pelvien

Avec opacification luminale

Fermeture étanche?

Contamination péritonéale fécale?

Principes généraux

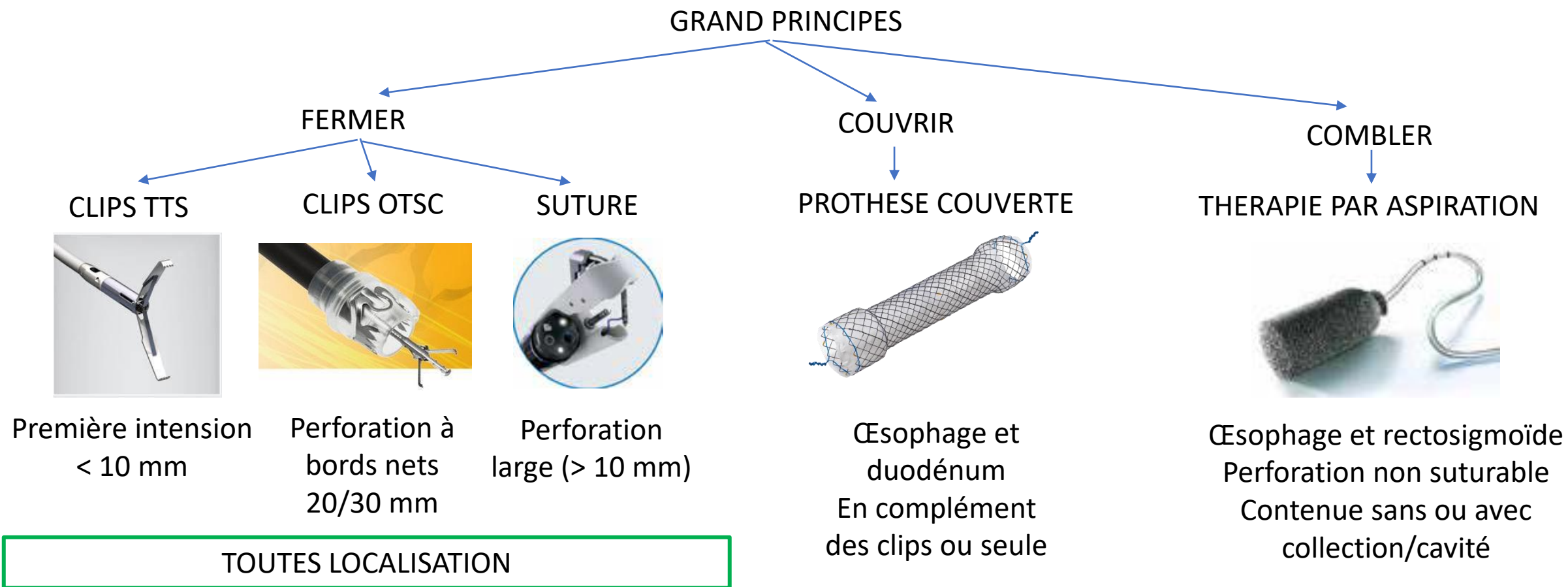
**PRIVILIGIER LA FERMETURE
ENDOSCOPIQUE ET LA PRISE EN
CHARGE MEDICALE QUAND C'EST
POSSIBLE**

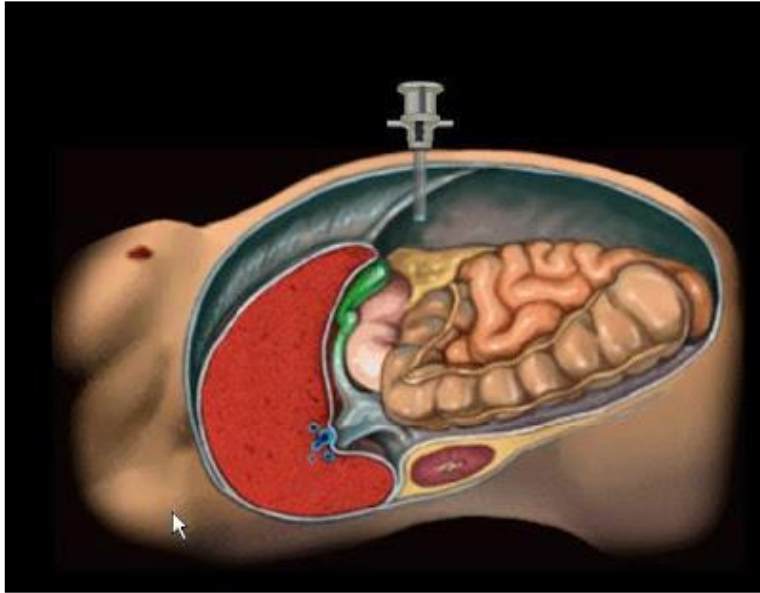
PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE
Équipe de chirurgie digestive, radiologues
Déterminer des protocoles de prise en charge
communs

- La prise en charge dépend du type de perforation, de la taille de l'orifice de perforation et du degré d'expérience de l'endoscopiste
- < à 3 cm = ACCESSIBLE EN GENERAL

Principes endoscopiques : matériel / techniques

Insufflation au CO² (résorption plus rapide, distension moindre, réduction des complications infectieuses en lien avec pneumopéritoine)





TROCART DE 18 à 20 G APRES DESINFECTION –SERINGUE 10 cc avec sérum («bullage»)
LIGNE BLANCHE -2 cm en dessous ombilic
ou 5 cm au-dessus et en dedans des épines iliaques antéro supérieures

ID:

Name:

Sex: Age:

D.O.B.:

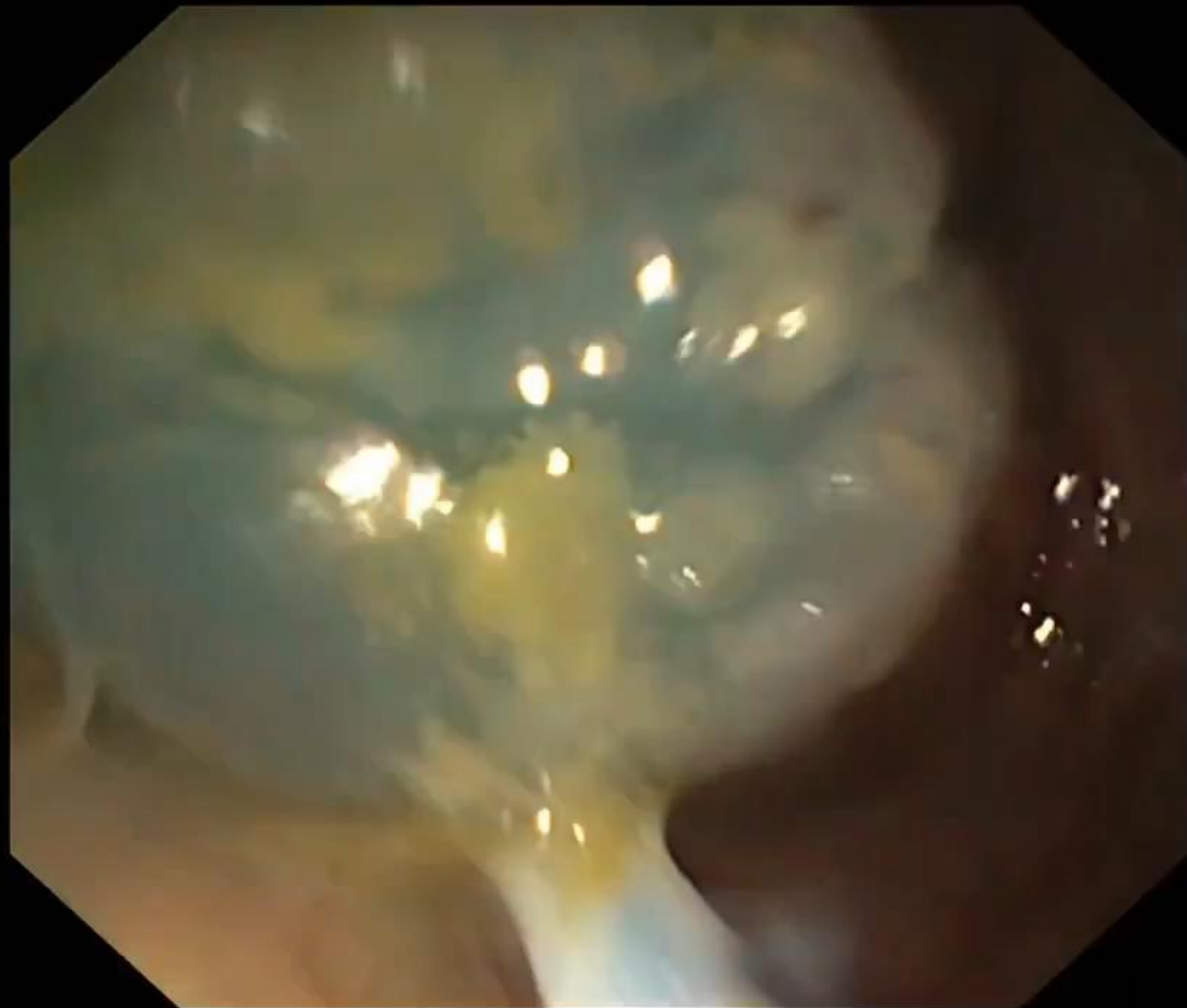
15/12/2021

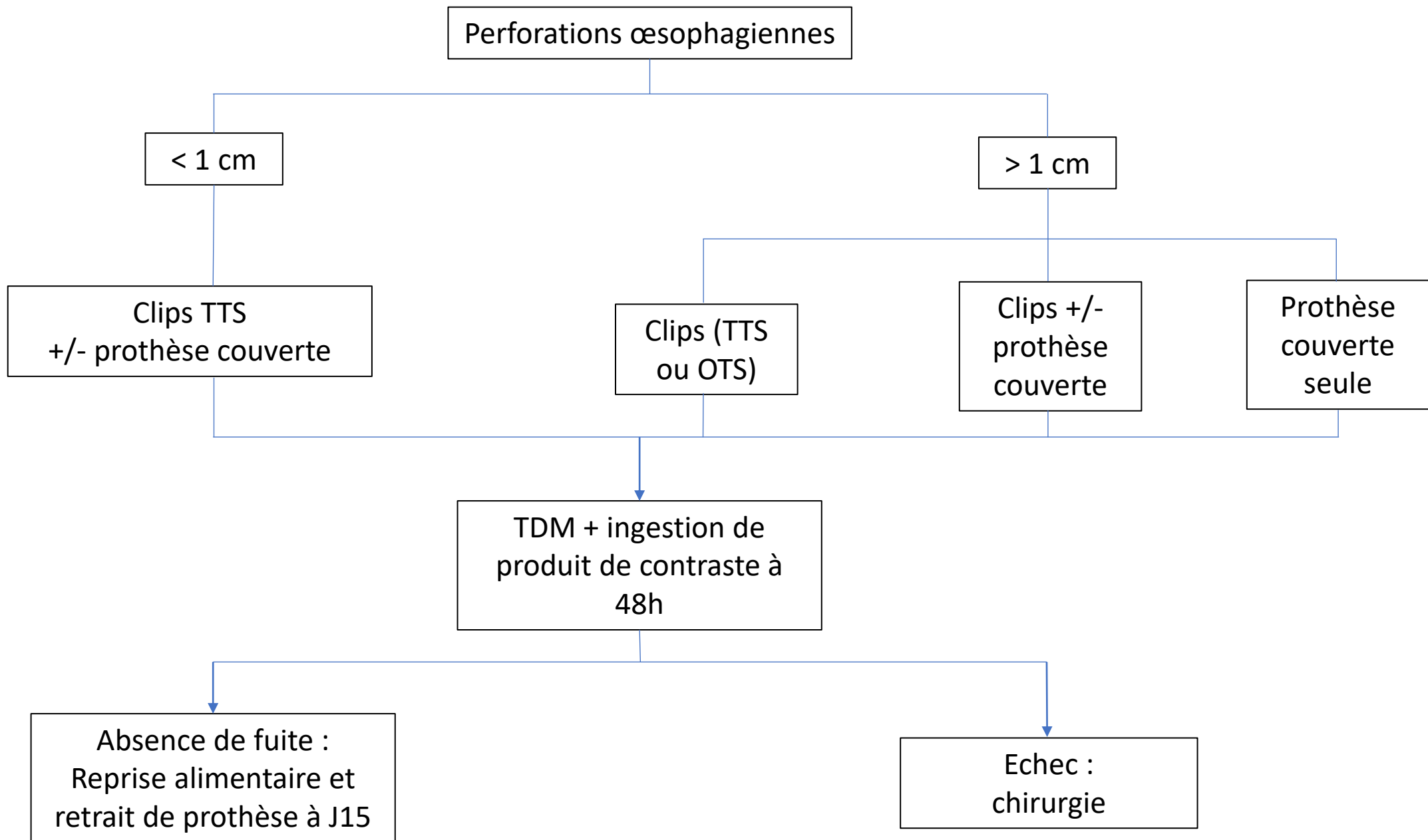
11:59:49

■■■■/■■■■(12/13)

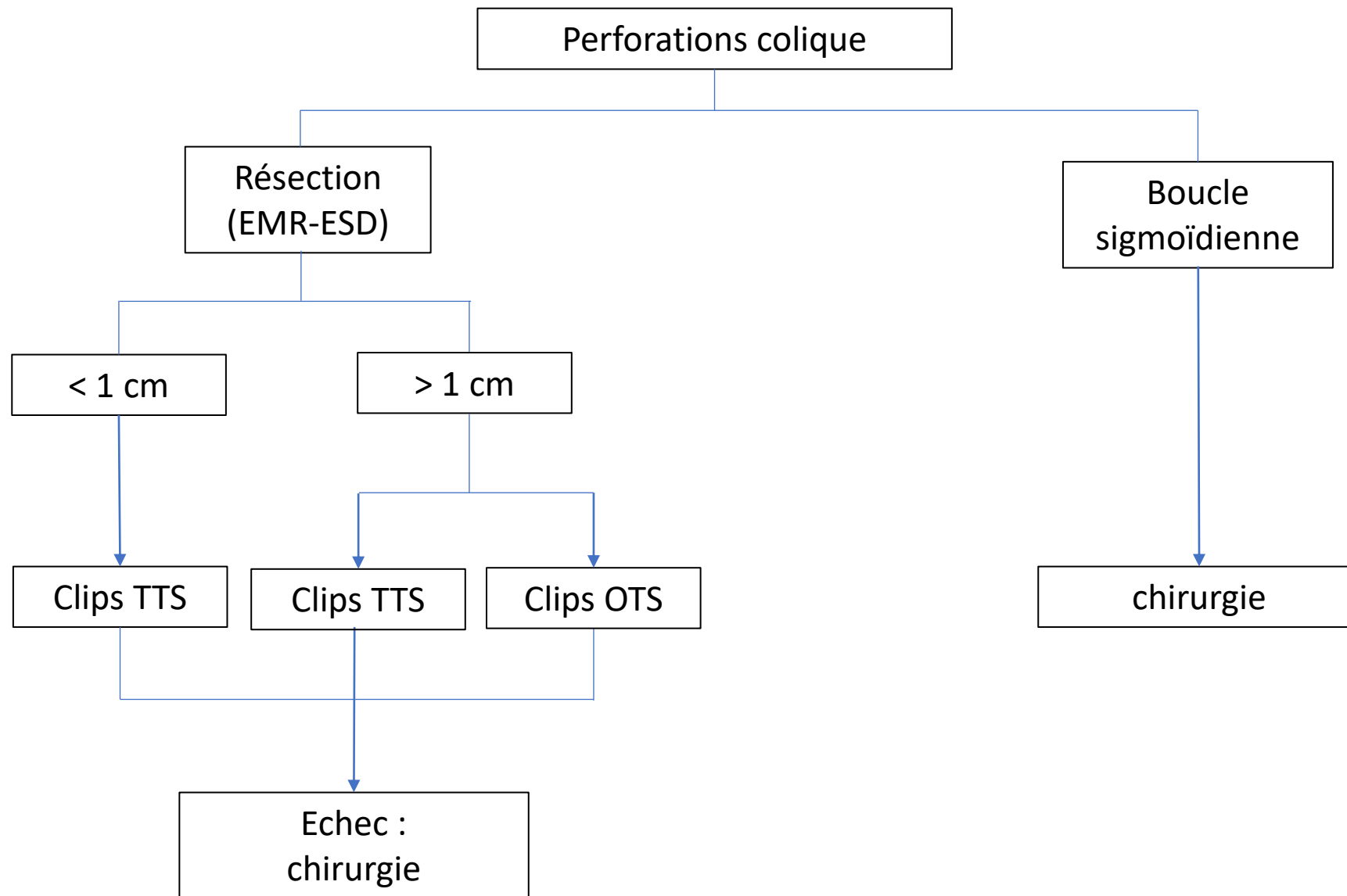
Eh:A5 Cm:1

Comment:■





Pas d'étude comparative disponible. **Association clips OTSC + stent couvert** avec amarrage du matériel est devenue la règle dans les centres experts



Prise en charge ambulatoire possible dans 85% des cas en cas de perforation type III de Burgess (signe de la «cible» avec défaut focal de la musculuse)



Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement – Update 2020 ▶

Treatment: colorectum

RECOMMENDATION

ESGE recommends the use of TTS clips for iatrogenic perforation < 10 mm and consideration of the use of the OTS clip for defects > 10 mm. Adequate colon preparation is an important factor when contemplating endoscopic treatment of iatrogenic perforation. All patients treated conservatively should be watched closely by a multidisciplinary team in the post-procedure period. Larger iatrogenic perforations or patients with failed closure or deteriorating clinical condition may require immediate surgical repair.

Principes généraux

	ŒSOPHAGE	GASTRO-DUODENAL	RECTO-COLIQUE
Antibioprophylaxie	Oui (5-7 jours)		
Jeune	OUI		Variable (étiologie / taille)
Nutrition artificielle	Selon durée du jeune (oui si > 48/72h)		
IPP	OUI		NON
Sonde nasogastrique	NON	OUI (durée? Selon taille et résultats de la fermeture)	NON

Surveillance et recours à la chirurgie?

- L'hospitalisation avec surveillance armée est la règle
- 85% des malades avec perforations infra centimétriques post résection colorectales (clips TTS) peuvent être prises en charge en ambulatoire
- **INDICATIONS OPERATOIRES** (*malgré prise en charge médicale optimale*)
 - > Dégradation clinico- biologique du malade (Sd péritonéal)
 - > Large perforation (> 2 à 3 cm) non réparée (et non accessible)
 - > Fuite extra-digestive avec épanchement liquidien / contamination fécale au scanner de contrôle avec opacification

Conclusion

La gestion endoscopique des perforations digestives :

- ❖ Doit toujours être tentée si le contexte et l'expertise le permet
- ❖ Doit être précoce et pluridisciplinaire, apparaissant ainsi très efficace (plus de 80% de succès)
- ❖ Doit être adaptée au type de perforation, localisation et taille de l'orifice
- ❖ Doit imposer une surveillance adaptée, assurée après information du malade et de son entourage

D'autres complications

Le syndrome post polypectomie

- Nécrose pariétale limitée sur la zone de coagulation de la résection
- Douleur abdominale fébrile brutale 1 à 5 jours en post polypectomie
- Pas de perforation au scanner
- Surtout en cas de polype >1cm, morphologie plane
- Traitement médical : antalgique, antibiothérapie 5 jours

L'explosion colique

- 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