

ENDOSCOPY MASTERCLASS



Gestion des complications après endoscopie haute ou basse

Dr ADDOU Sidi Mohamed

L'hémorragie

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

- 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 monobrin > anse tressée
- Section pure > Endocoupe

Prévention

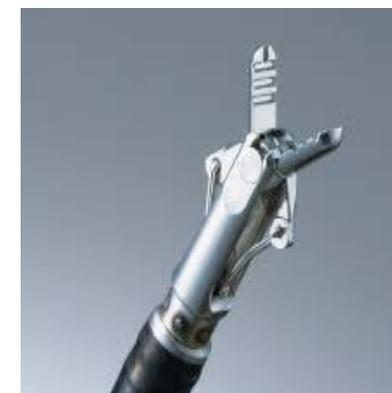


Médicament	Classe médic.	Arrêt selon procédure			Relai possible selon prescription		Dosage la veille ou le matin	Reprise	Antidote
		Faible risque	Haut risque	Très haut risque	Avant	Après (dans les 48h)			
<i>Kardegic, Resitune (Aspirine)</i>	AAP	Poursuivre (sauf prév. laire)	P	5	-	-	-	-	
<i>Plavix (Clopidogrel)</i>	AAP	Poursuivre	Derni	7	Aspirine*	Aspirine	-	-	
<i>Duoplavin (Aspirine + Clopidogrel)</i>	AAP	Poursuivre	Derni	7	Aspirine*	Aspirine	-	1 à 2 jours après le geste	
<i>Brilique (Ticagrelor)</i>	AAP	Poursuivre	Derni	7	Aspirine*	Aspirine	-	Transfusion de Plaquettes	
<i>Efient (Prasugrel)</i>	AAP	Poursuivre	Derni	7	Aspirine*	Aspirine	-	-	
<i>Previscan (Fluindione)</i> <i>Coumadine (Warfarine)</i> <i>Sintron (Acénocoumarol)</i>	AVK	Dernier la veille matin		5	Relai AVK uniquement si haut-risque de thrombose** HNF IVSE ou HBPM (dernier la veille au matin) ou Calci (dernier la veille au soir)		INR <1,5 la veille ou matin	le soir du geste en coprescription avec HBPM jusqu'à l'INR cible si relai	Vitamine K / PPSB
<i>Eliquis (Apixaban)</i> <i>Xarelto (Rivaroxaban)</i>	AOD / Anti-Xa oral	Dernier la veille matin	Dernière prise J-3		Jamais	Efficace de suite	-	2 à 3 jours après geste à haut risque	-
<i>Pradaxa (Dabigatran)</i>	AOD / Anti-IIa oral	Dernier la veille matin	Dernière prise J-4 ou 5 selon clairance de la créat		Jamais	Efficace de suite	-		PRAXBIND



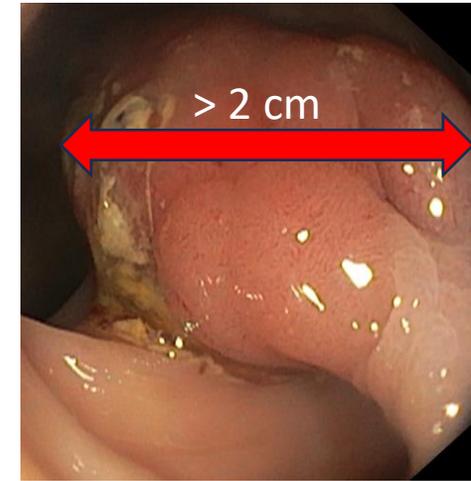
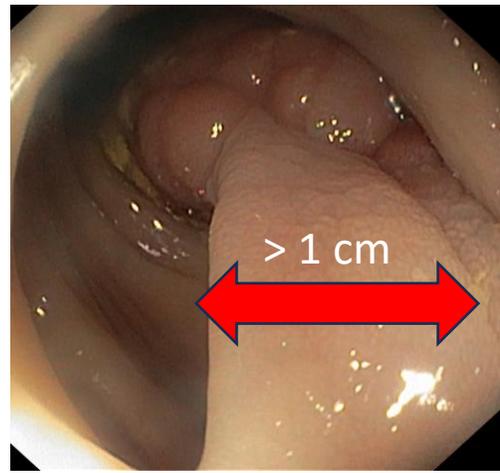
Moyens d'hémostase

- En fonction de la situation :
- Combiner les traitements +++



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



Polype sessiles :

- Pour les polypes proximaux et ≥ 20 mm, une fermeture complète de la zone de résection par clips est conseillée

Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2024



RECOMMENDATION

ESGE recommends hot snare polypectomy for pedunculated polyps.

Strong recommendation, high quality of evidence.

ESGE suggests the use of dilute adrenaline injection and/or mechanical hemostasis in pedunculated colorectal polyps with a head size of ≥ 2 cm or a stalk width of ≥ 1 cm to prevent immediate post-polypectomy bleeding.

Weak recommendation, low quality of evidence.

RECOMMENDATION

ESGE suggests the use of endoscopic coagulation (STSC or coagulating forceps) or mechanical therapy, with or without the combined use of dilute adrenaline injection, for the treatment of IPB.

Weak recommendation, low quality of evidence.

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% (duodenoscopie = 0,02%)

Dissection œsophage = 10,7%

Sphinctérotomie = 0,08%

Mortalité 0,002%

Kang DH et al. BMC Gastroenteral 2019

Coloscopie

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

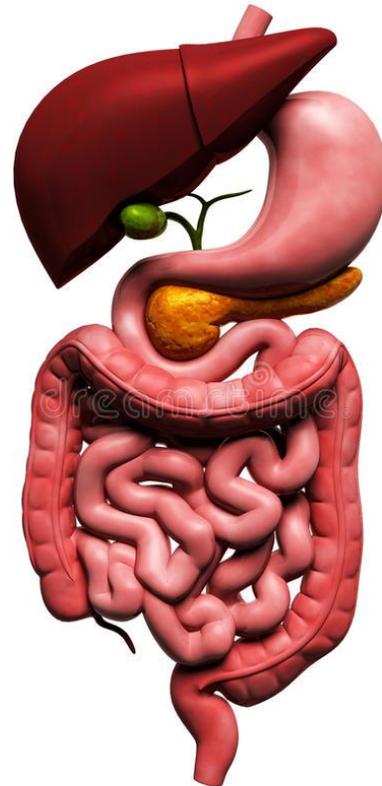
Pose de stent

En lien avec le malade

Diverticulose, muqueuse radique, malformation anatomique, multi-opéré, MICI

En lien avec le geste / opérateur

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

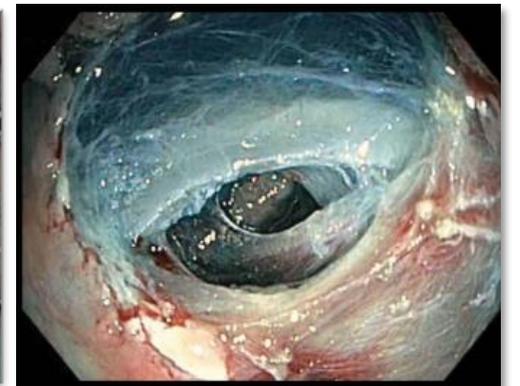
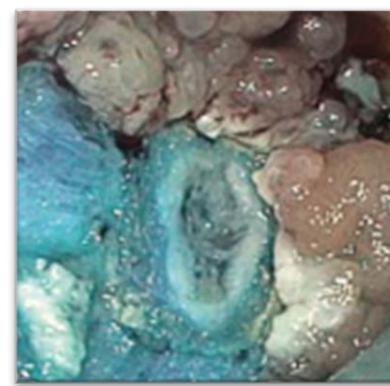
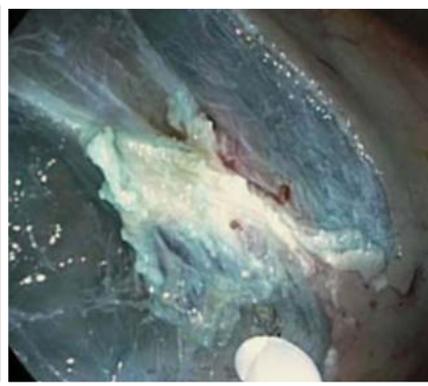
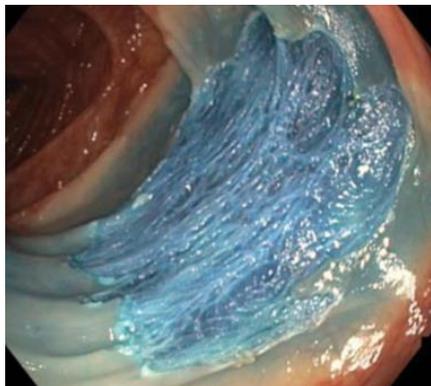
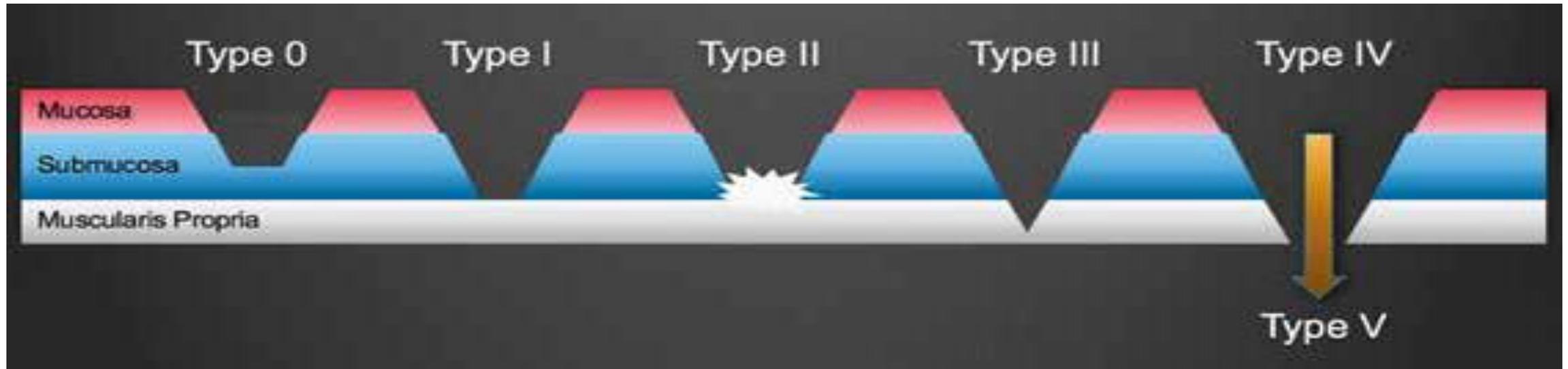
Signe de la "cible"



Reconnaitre et classer une perforation

Perforation pendant une résection colo rectale endoscopique

Classification de Sydney



Reconnaitre et classer une perforation

Perforation pendant une résection colo rectale endoscopique

Classification de Sydney

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

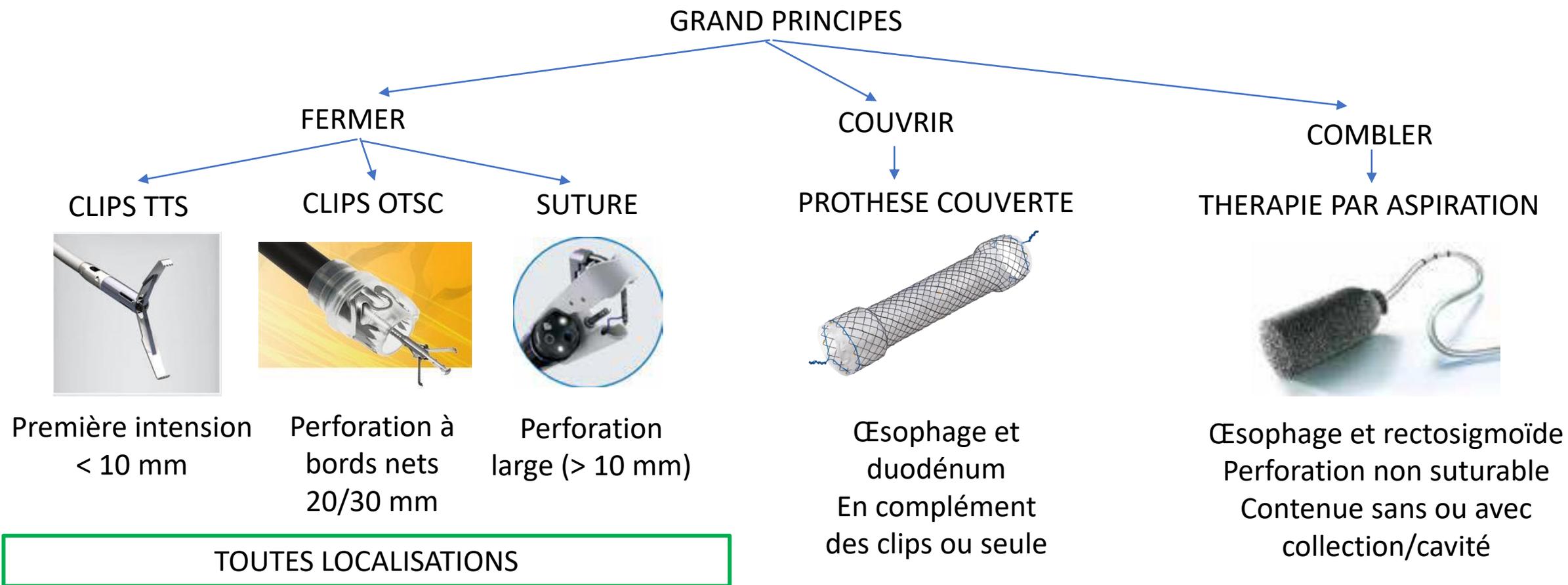
**PRIVILIGIER LA FERMETURE
ENDOSCOPIQUE ET LA PRISE EN
CHARGE MEDICALE QUAND C'EST
POSSIBLE**

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 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)



ID:

Name:

Sex: Age:

D.O.B.:

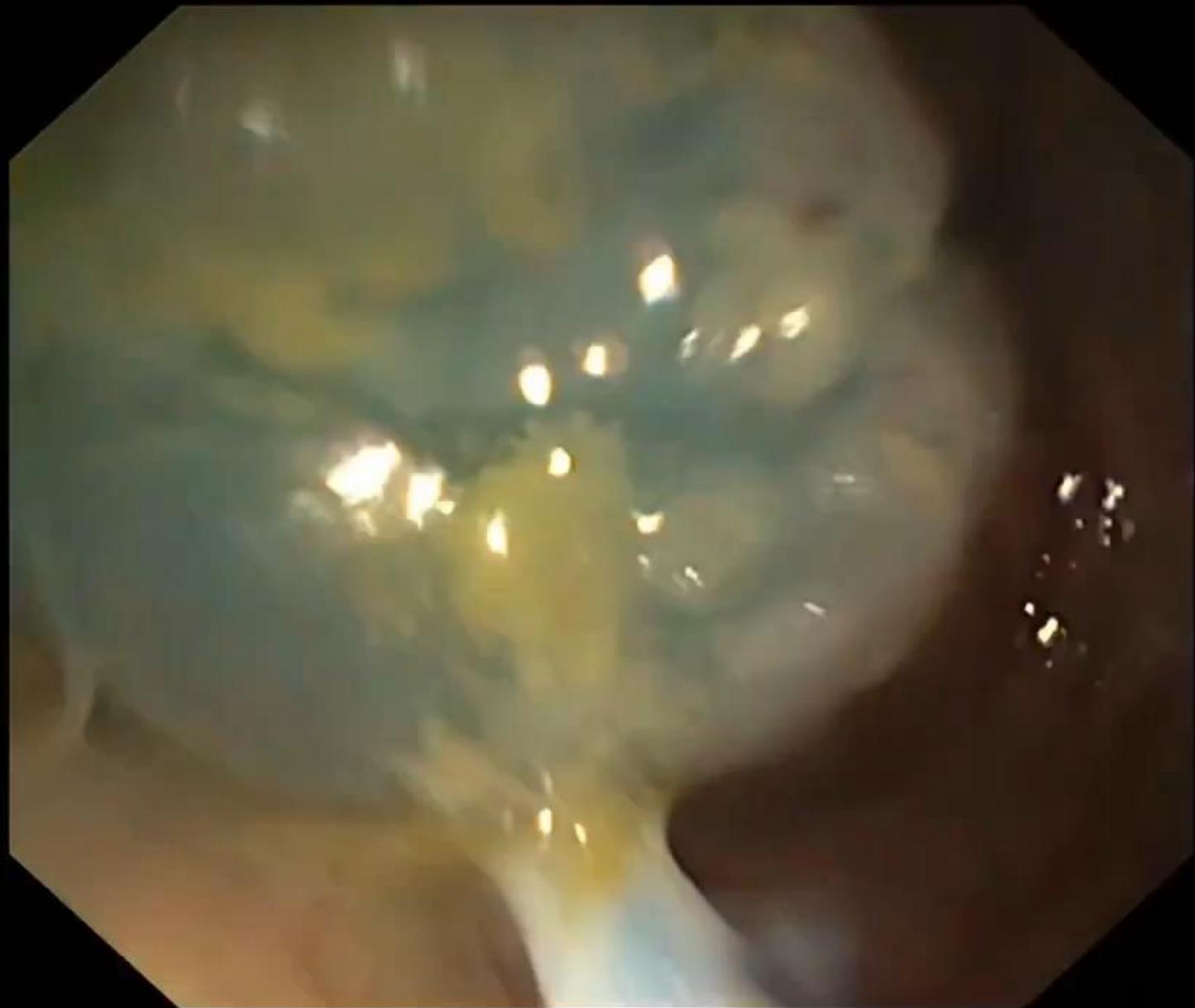
15/12/2021

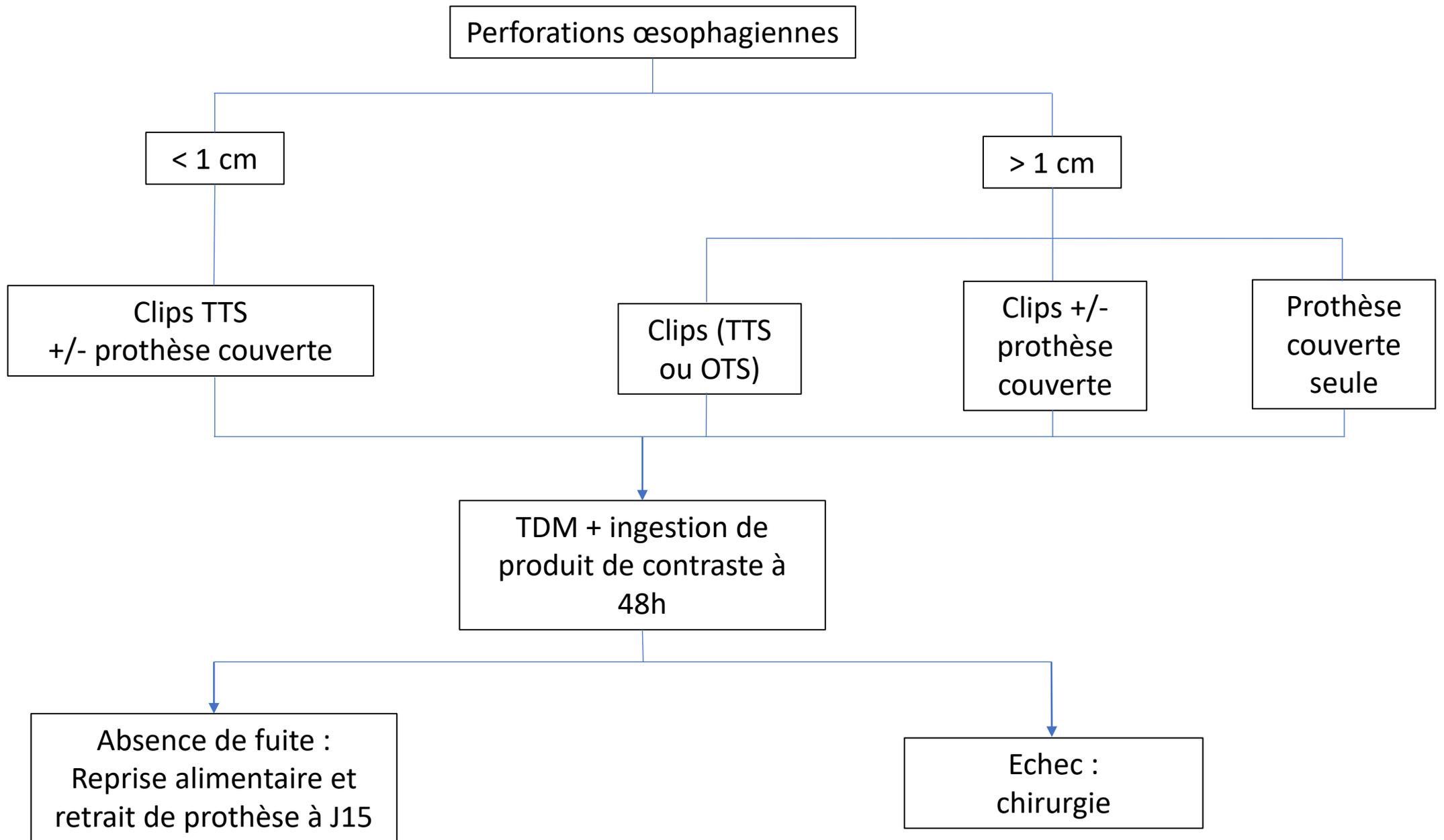
11:59:49

■■■■/■■■■(12/13)

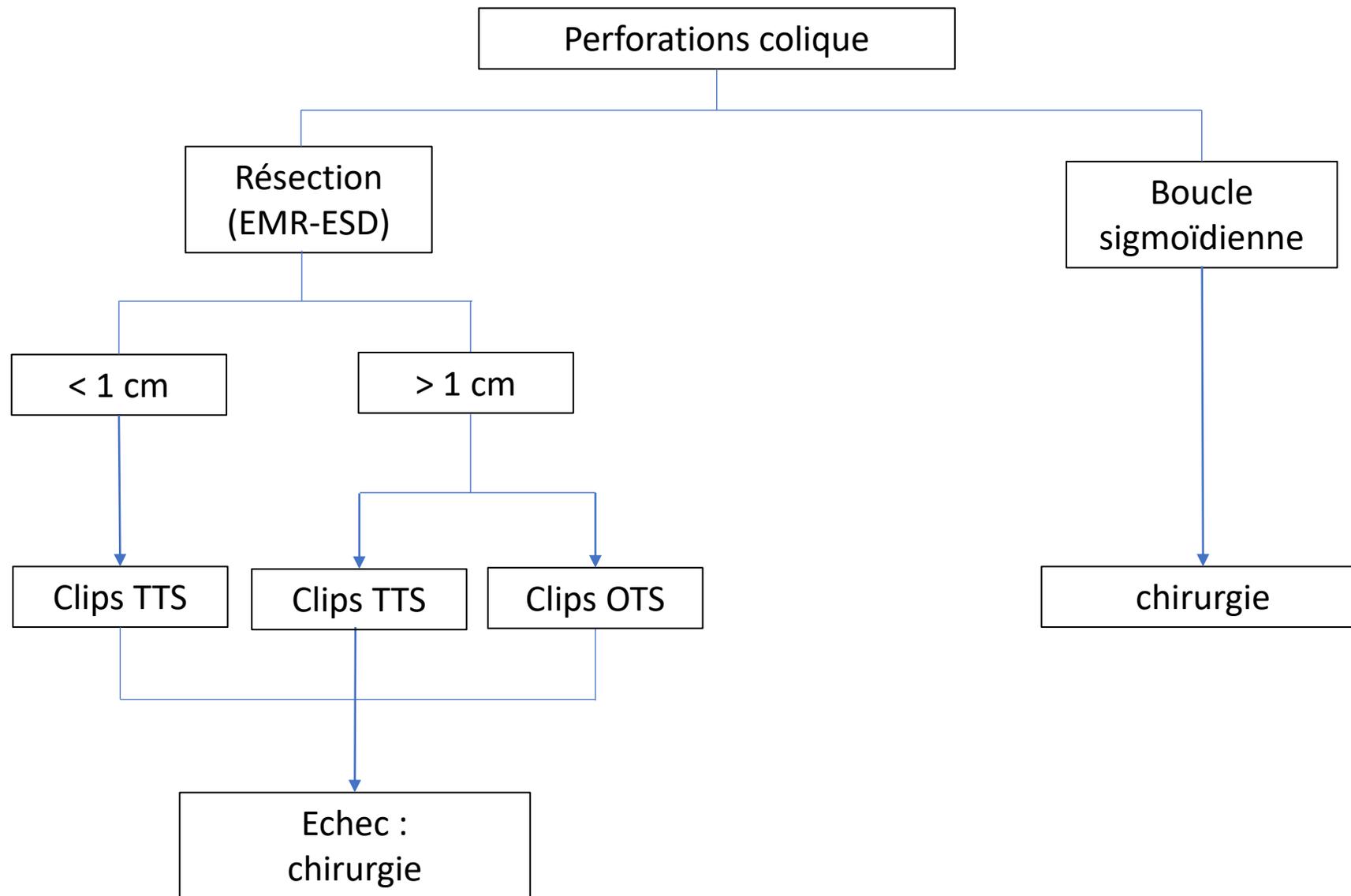
Eh:A5 Cm:1

Comment:■



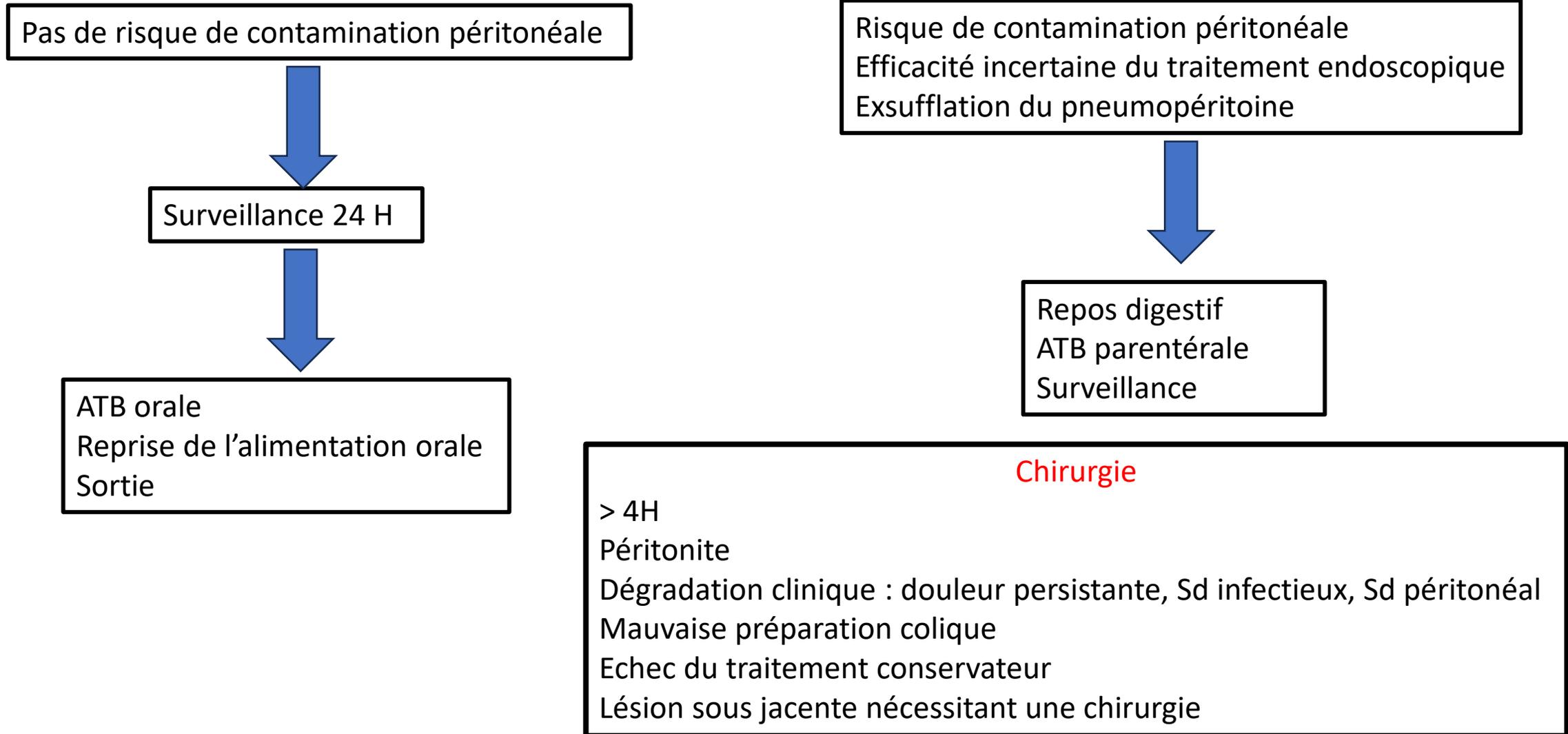


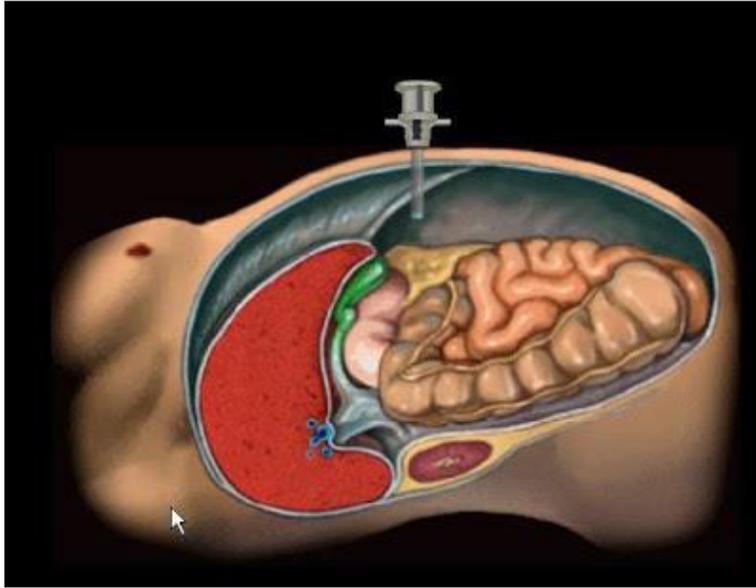
Pas d'étude comparative disponible. **Association clips OTSC + stent couvert** avec amarrage du matériel est devenue la règle dans les centres experts



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

CAT après traitement endoscopique





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

Conclusion

- La gestion endoscopique des perforations digestives doit toujours être tentée si le contexte et l'expertise le permet
- Doit être précoce et pluridisciplinaire, adaptée au type de perforation, localisation et taille de l'orifice
- Doit imposer une surveillance adaptée, armée après information du malade et de son entourage
- Un échec de fermeture endoscopique, une mauvaise évolution clinico-biologique, une perforation retardée nécessitent une prise en charge chirurgicale

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

MERCI