

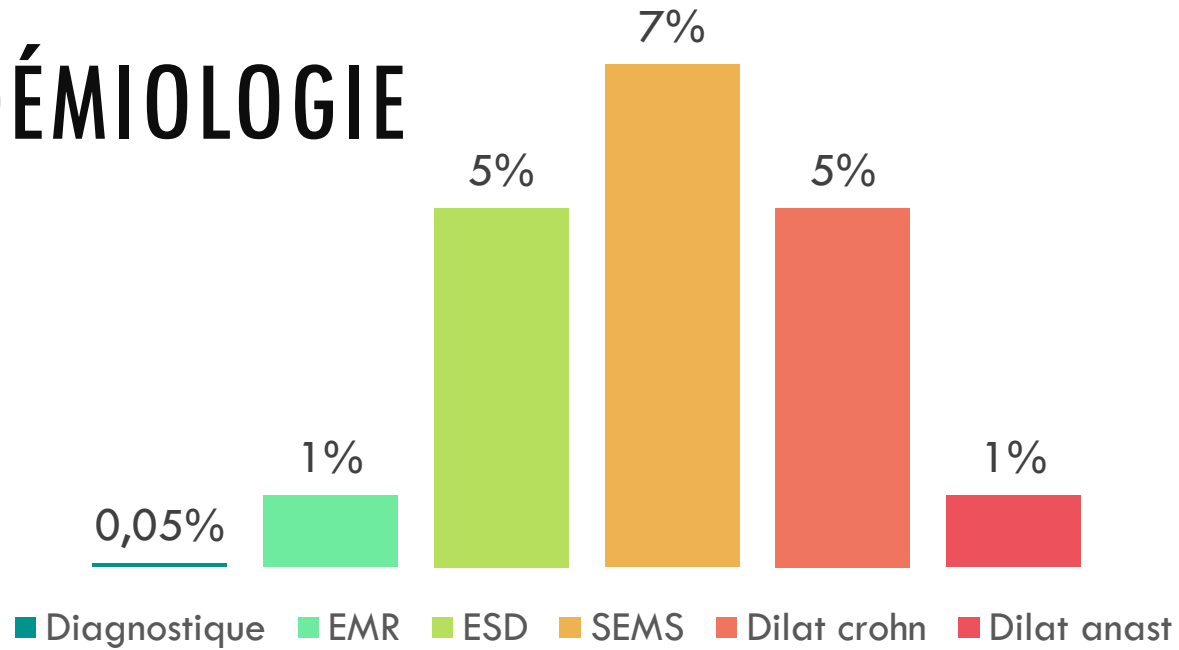
LES PERFORATIONS DIGESTIVES ENDOSCOPIQUES: PRISE EN CHARGE, PRÉVENTION, MATÉRIEL ET TRAITEMENT

r.boubekeur@ch-ussel.fr
romain.legros@chu-limoges.fr



COLON

ÉPIDÉMIOLOGIE



9-17%

7-9%

5-8%

14-24%

53-65%

1%

MÉCANISMES

Geste
endoscopique

Zone
pathologique

Insufflation

Boucle

Extrémité
endoscope

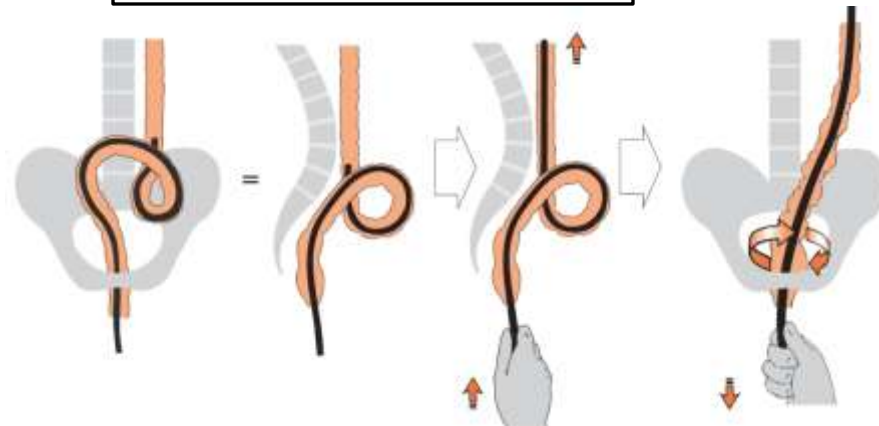
COLOSCOPIE DIAGNOSTIQUE

F de risque de perforation

- ✓ **Age >65**
- ✓ **Femme**
- ✓ **ATCD chir abdo/pelv**
- ✓ **BMI bas**
- ✓ **Diverticulose**
- ✓ Albumine basse
- ✓ Comorbidité
- ✓ Crohn
- ✓ Expérience
- ✓ **Endo par non HGE**
- ✓ **Anesthésie générale**
- ✓ Bevacizumab

Prévention

- ✓ S'évaluer
- ✓ Connaitre les FDR
- ✓ Technique coloscopie
- ✓ Prudence dans le sigmoïde
- ✓ Déboucler
- ✓ 50 cm angle gauche
- ✓ Ne pas forcer



COLOSCOPIE THÉRAPEUTIQUE

F de risque de perforation

- ✓ DHG/K
- ✓ >25mm
- ✓ Colon transverse
- ✓ Mono bloc
- ✓ Festonnés transverse

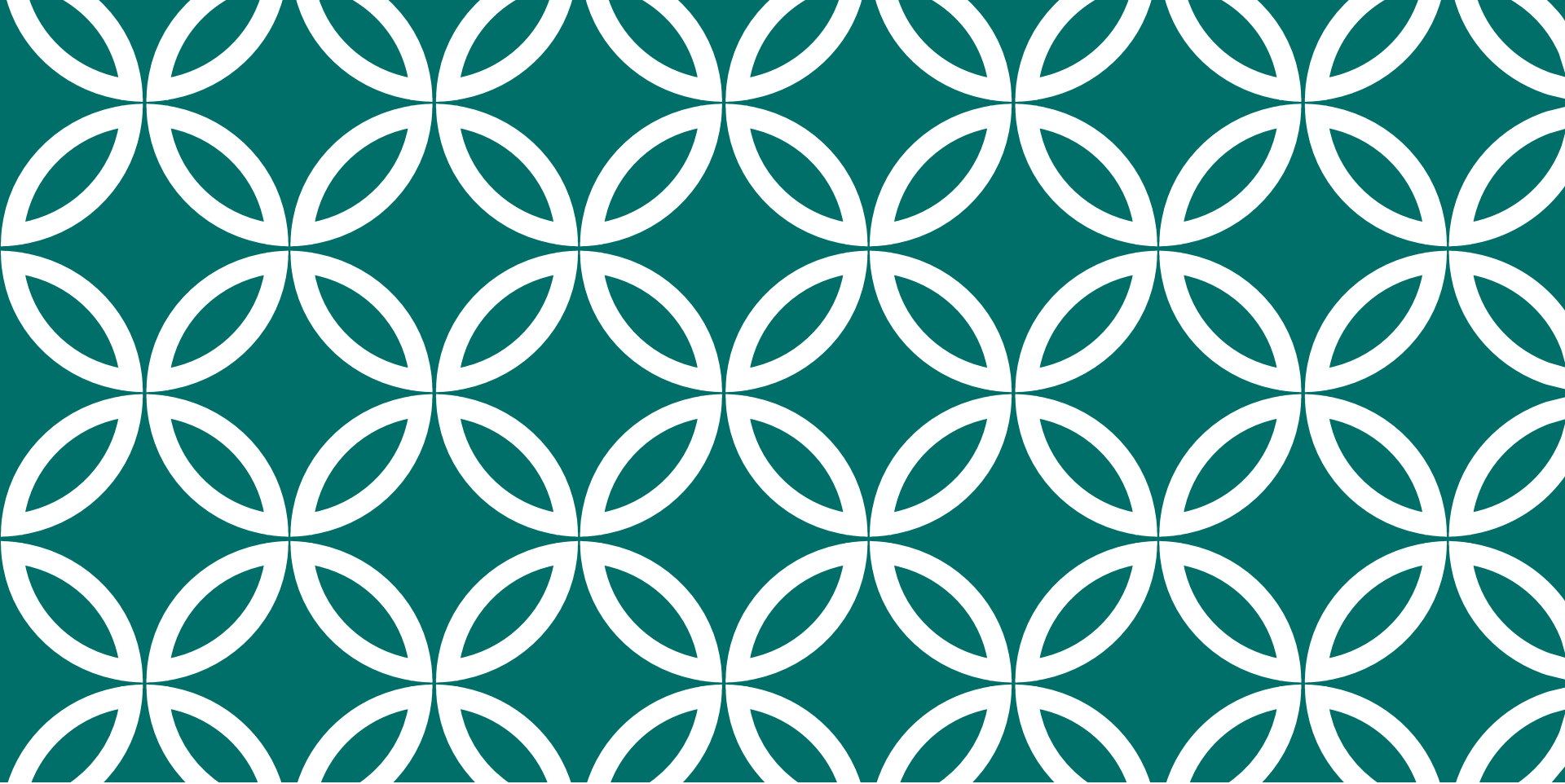
Burgess, Gut 2017, 66(10), 1779–1789



Prévention

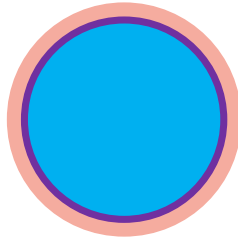
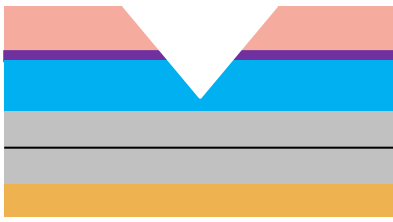
- ✓ **Injection +++**
- ✓ **Technique sous marine**
- ✓ Chercher les plis
- ✓ Regarder après résection
- ✓ **Reconnaitre la cible**



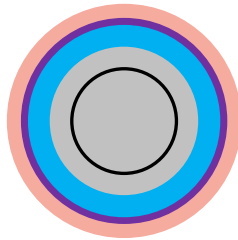
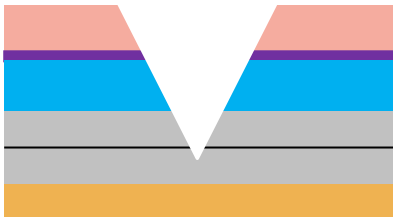


|

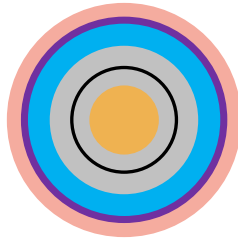
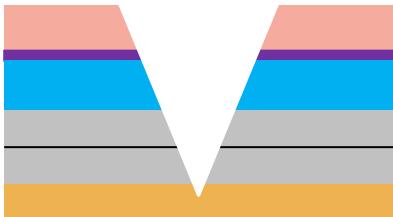
DMI I-II

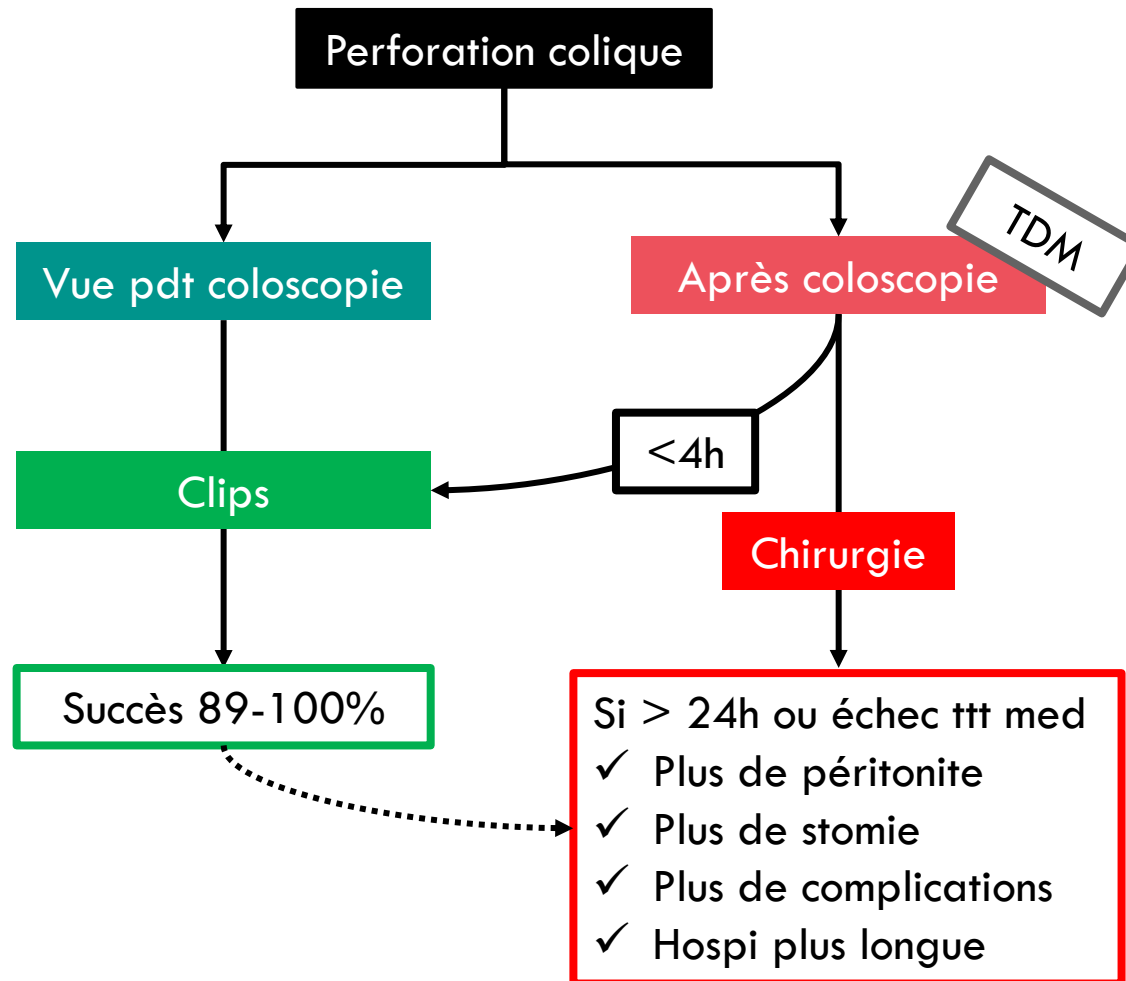


DMI III



DMI IV

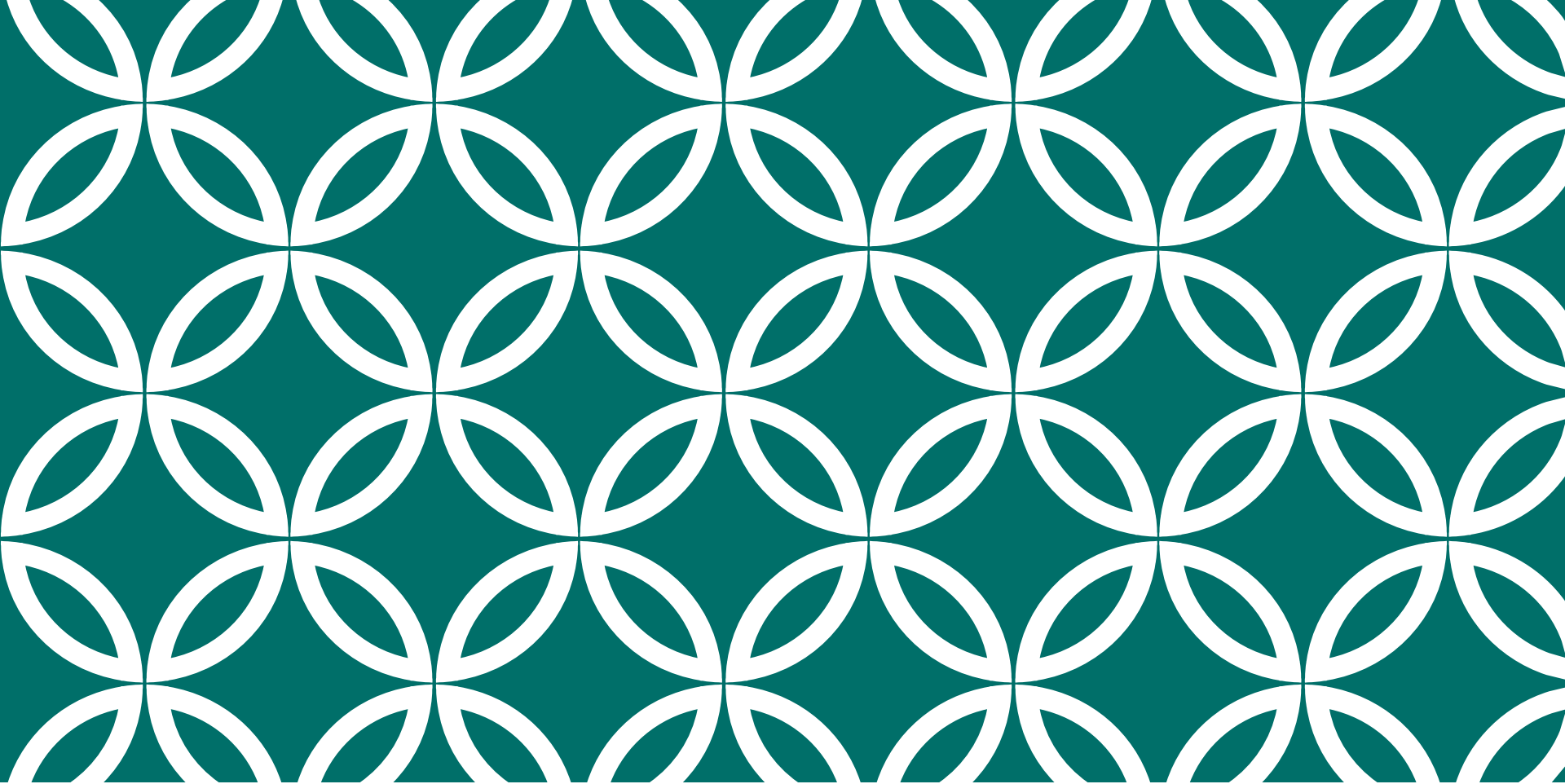




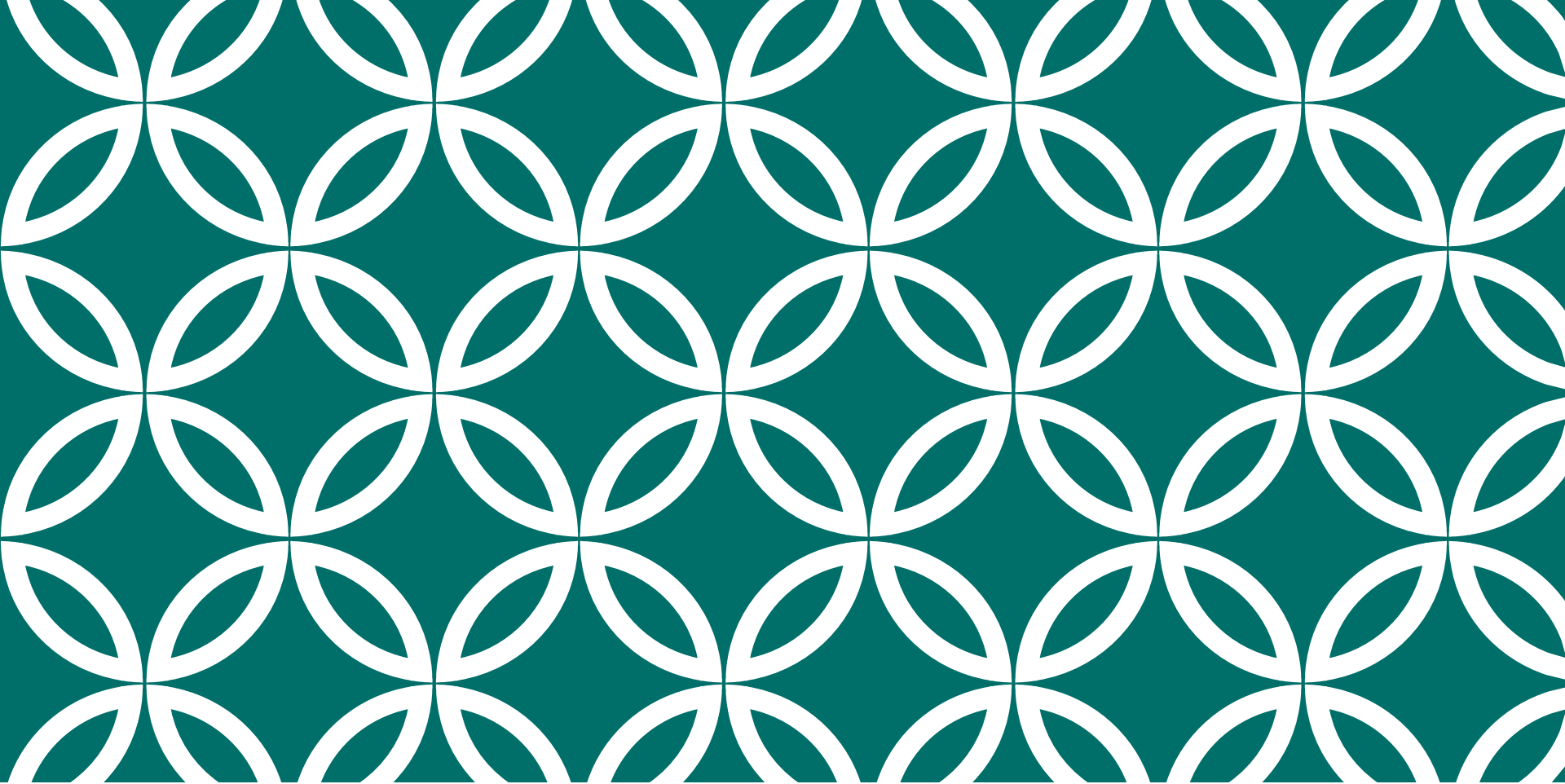
An Surg Endosc. 2016 Jul;30(7):2914-21.

Paspatis, Endoscopy 2014, 46(8), 693–711

Hawkins, American Journal of Surgery 2018, 215(4), 712–718.



|



|

PRISE EN CHARGE TTT

1 à 3cm

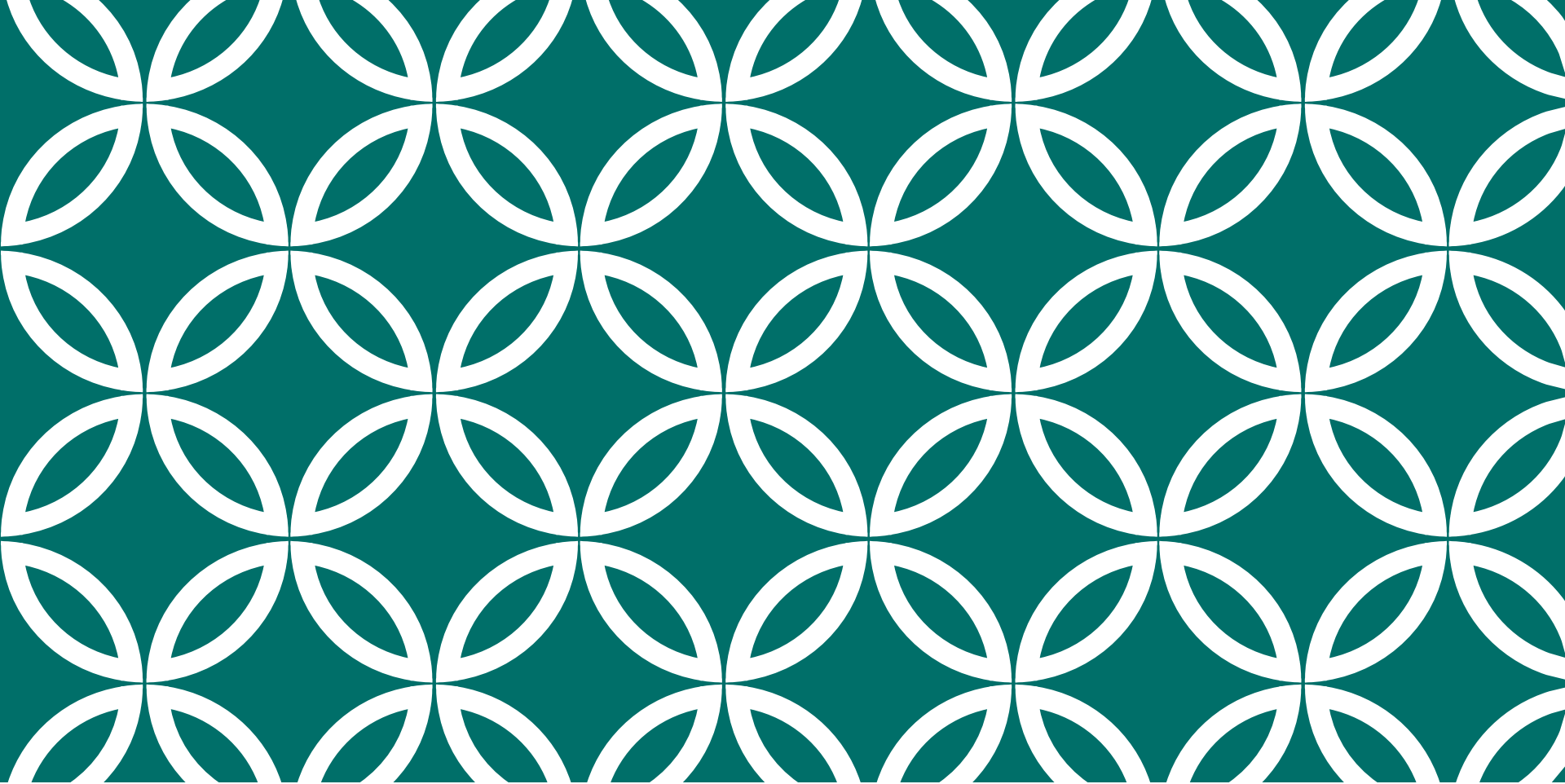
Exsufflation + CO2

Localisation ?

Matériel disponible ?

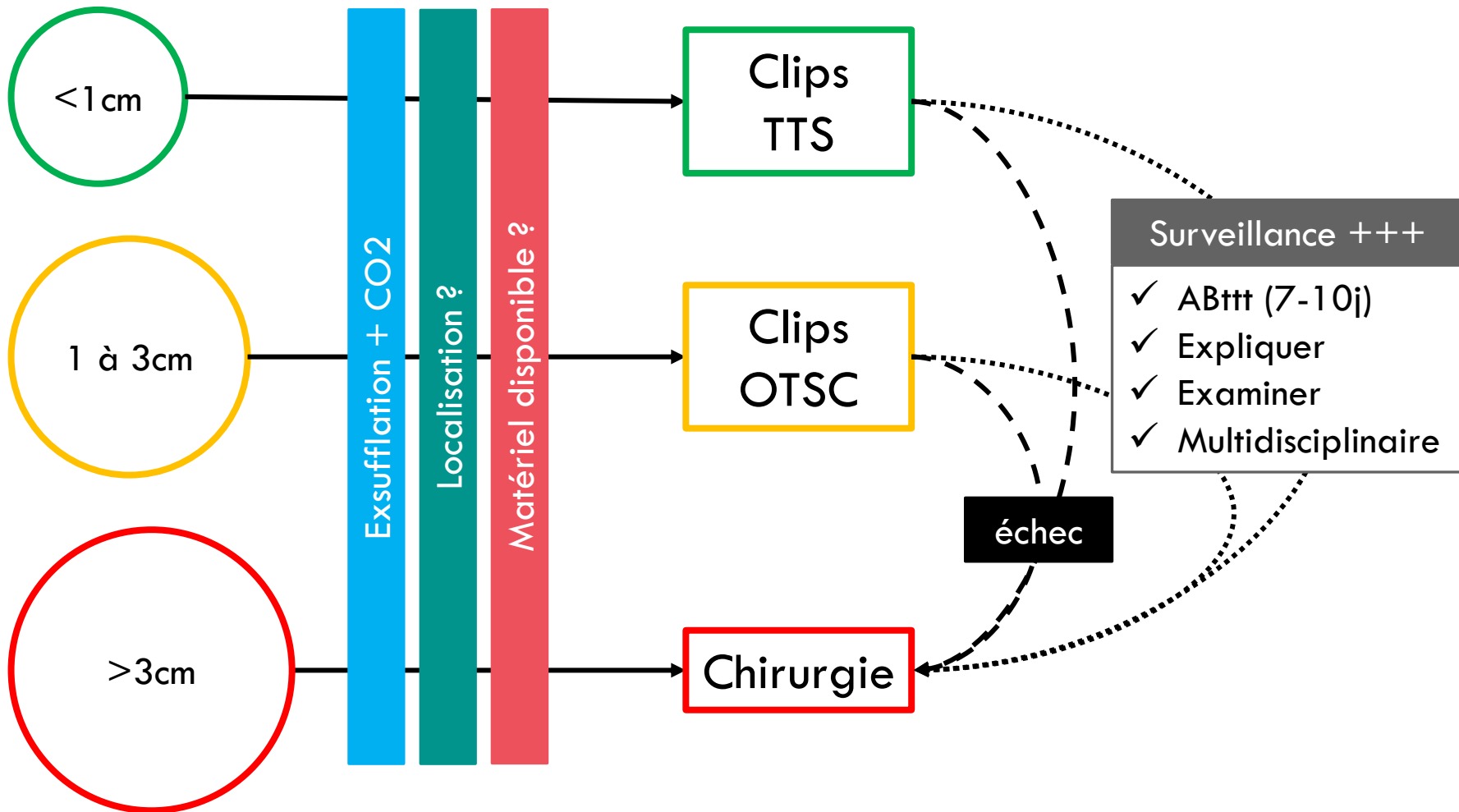
Clips
OTSC



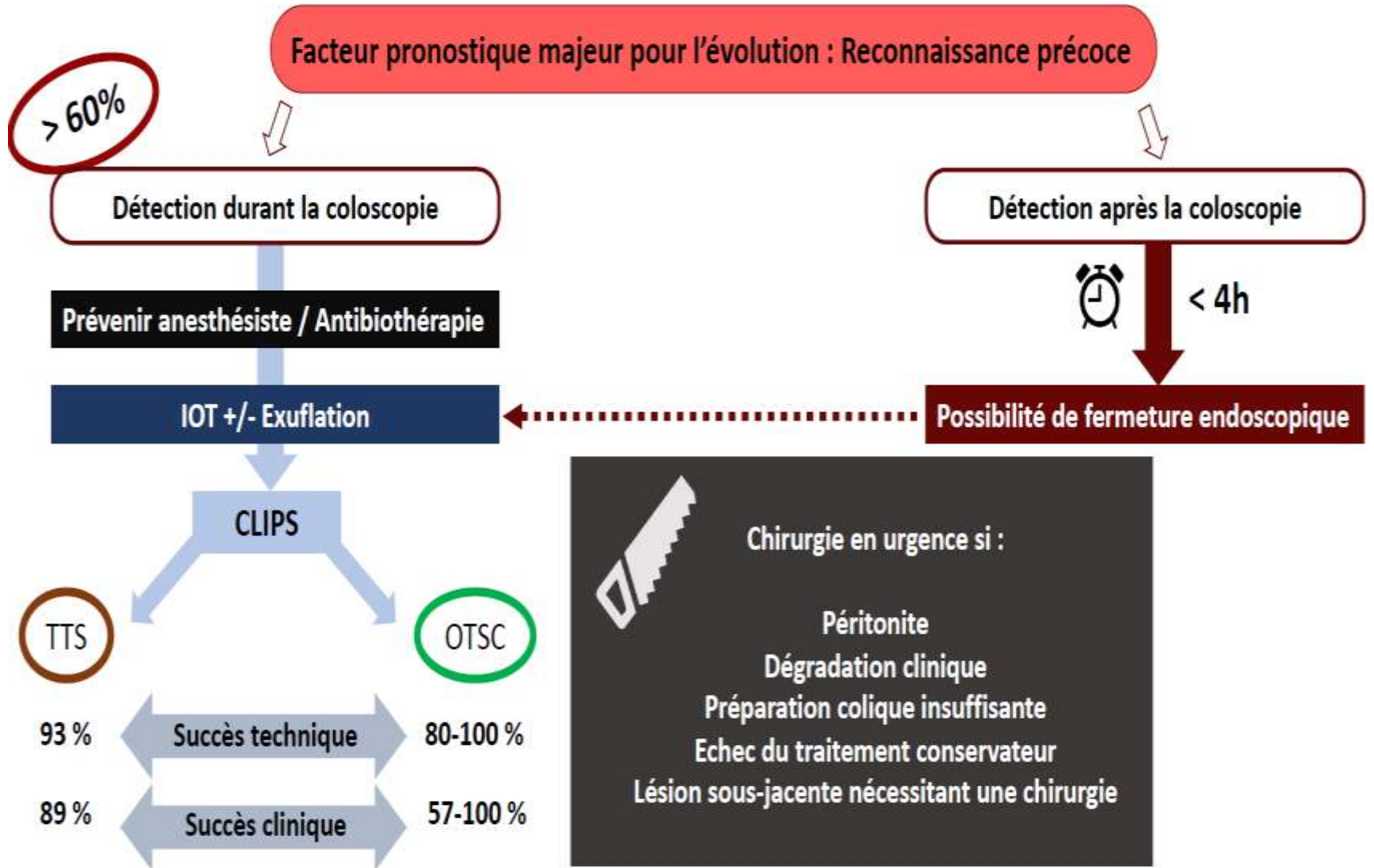


|

PRISE EN CHARGE TTT



PERFORATION : PRISE EN CHARGE



OESOPHAGE

ŒSOPHAGE

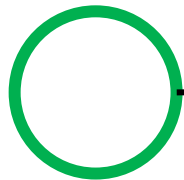
Dilatation 0,09%-2,2%

EMR 0-3%

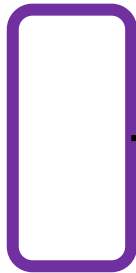
ESD 2,4%

FDR

- ✓ Complexe
- ✓ Radique
- ✓ Caustique



TTT conservateur



- <24h
- <1cm TTS
- 1-2cm OTSC
- Stent (migration)

Mortalité 11,9%

ESTOMAC

ESTOMAC

Dilatation 2%

EMR 0,5%

ESD 2,7%

FDR

- ✓ Age > 80
- ✓ Fundus
- ✓ Ulcère
- ✓ Taille
- ✓ Durée

<12h

- <24h
- <1 cm TTS
- 1-3cm OTSC
- Patch omental

- ✓ Même morbidité
- ✓ Moins de mortalité

>12h

TDM

- ✓ Péritonite
- ✓ Collection

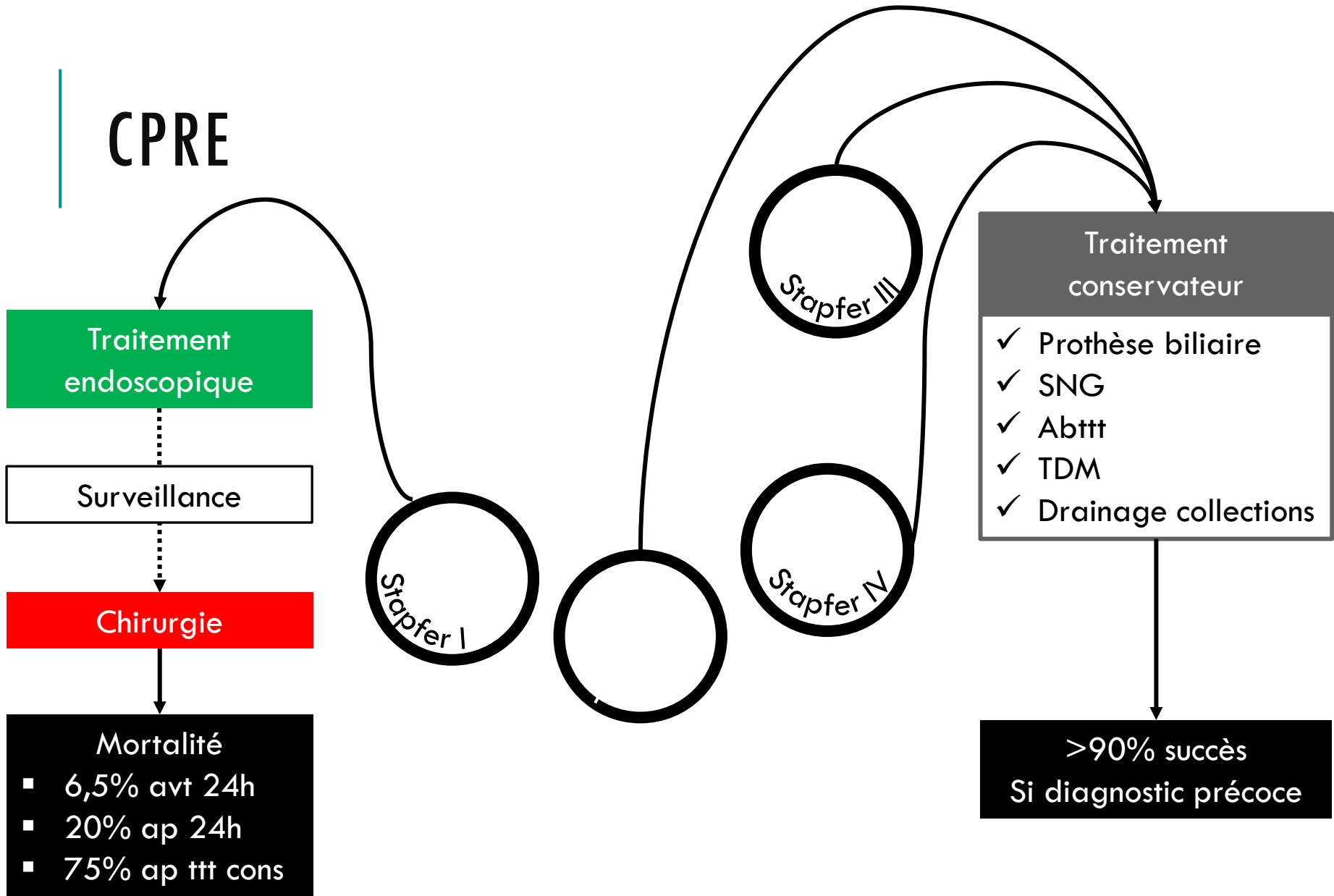
Chirurgie

- ✓ Asymptomatique

Conservateur

CPRE

CPRE



CONCLUSION

CO2

Traitement
endoscopique
efficace

✓ Matériel
✓ Formation

Surveillance
multidisciplinaire

Chirurgie



LES HEMORRAGIES

LE MATERIEL NECESSAIRE

LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUE

FACTEURS DE RISQUES

PRISE EN CHARGE

MOYENS DE PREVENTION



LES HEMORRAGIES



SAIGNEMENT IMMEDIAT : PREVENTION O-IP



Facteurs de risque

- ✓ Taille > 10 mm
- ✓ Diamètre du Pied > 5 mm
- ✓ Colon droit
- ✓ Présence de cancer

PREVENTION

- ✓ Endoloop
- ✓ Clips
- ✓ Adrénaline dans le pied



ESGE : Prévention du saignement immédiat si

- Tête > 20 mm
- Pied > 10 mm

SAIGNEMENT IMMEDIAT : PRISE EN CHARGE



- Utiliser la pompe à lavage
- Mobiliser le patient !
- Refermer anse sur le pied en cas de polype pédiculé



POINTE DE L'ANSE: RESULTATS

TYPE	EFFET
SOFT	5 - 6.5



Hémostase
40/44 cas



4 échecs
=
Pince ou clips

**EFFETS INDESIRBALES
=
AUCUN**



**PAS DE DIFFERENCE
DE SAIGNEMENT
RETARDE**

SAIGNEMENT RETARDE : FACTEUR DE RISQUE

- ✓ Taille > 30 mm
- ✓ Colon Proximal
- ✓ Comorbidité

1

- ✓ Fibres musculaires visibles
- ✓ Vaisseaux visibles

3

- ✓ Paris 0-IIA + IS
- ✓ Colon proximal
- ✓ Courant de section non contrôlé par un processeur
- ✓ Saignement per procédure
- ✓ Traitement antiagregant / anticoagulant

2

- ✓ 3 vaisseaux visibles

4

1 - Desomer et al. GIE 2019

2 - Burgess et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014

3 - Elliott et al. Endoscopy 2018

SAIGNEMENT RETARDE : PREVENTION

Coaguler les vaisseaux visibles ?

Fermer la cicatrice ?

RECOMMENDATION

ESGE does not recommend routine endoscopic clip closure or other methods of prophylaxis to prevent delayed bleeding for sessile polyps. (Moderate quality evidence; weak recommendation.)

RECOMMENDATION

ESGE suggests that there may be a role for mechanical prophylaxis (e.g. clip closure of the mucosal defect) in certain high risk cases after polypectomy or EMR. This decision must be individualized based on the patient's risk factors. (Low quality evidence; weak recommendation.)

FAUT IL TRAITER LES VAISSEAUX VISIBLES ?



• Essai randomisé prospectif

- Monocentrique
- 2013 - 2017



EMR LST > 10 mm

Saignement immédiat
Pas de vaisseau visible
Resection incomplete
Perforation
Utilisation d'adrenaline



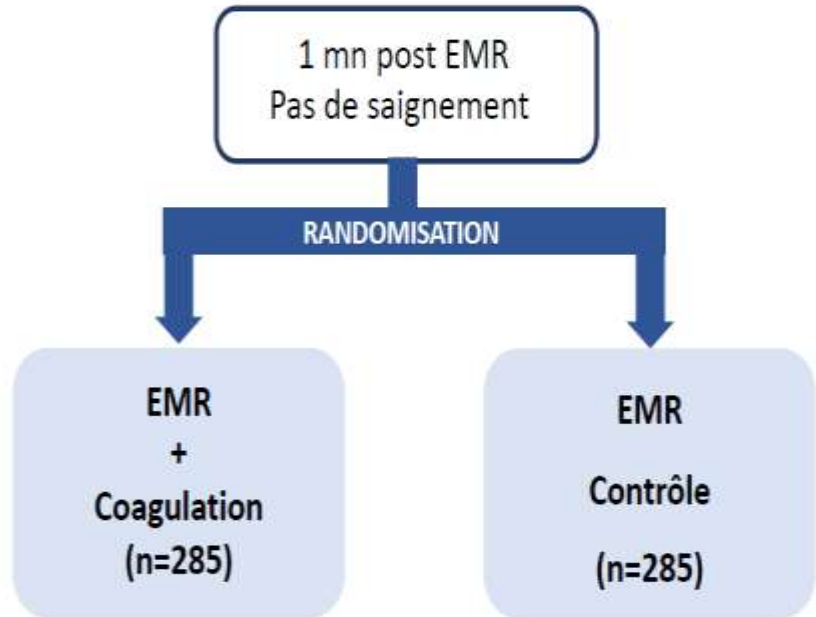
SAIGNEMENT RETARDE

Majeur :

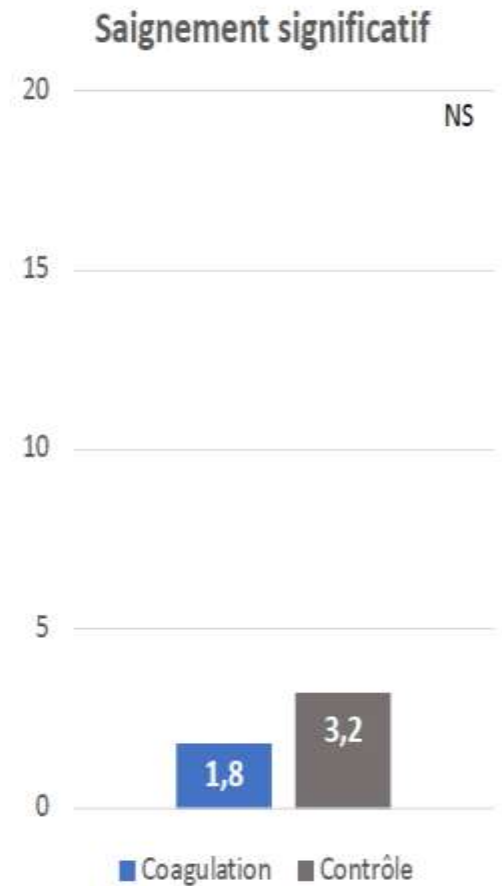
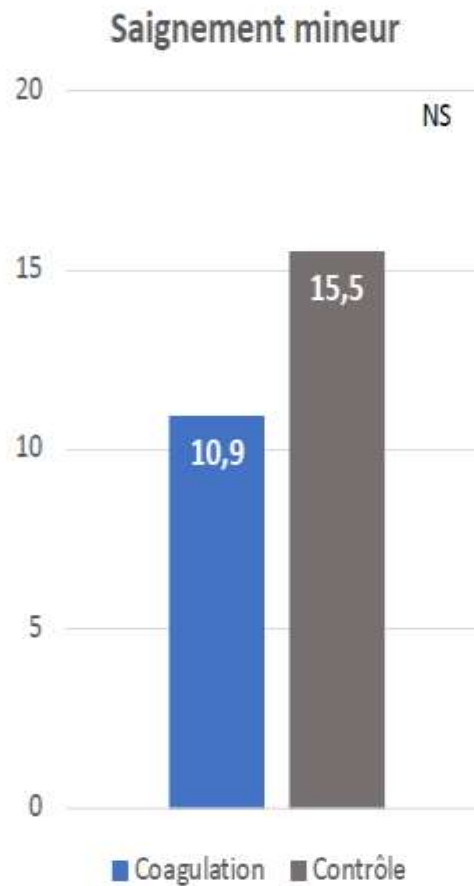
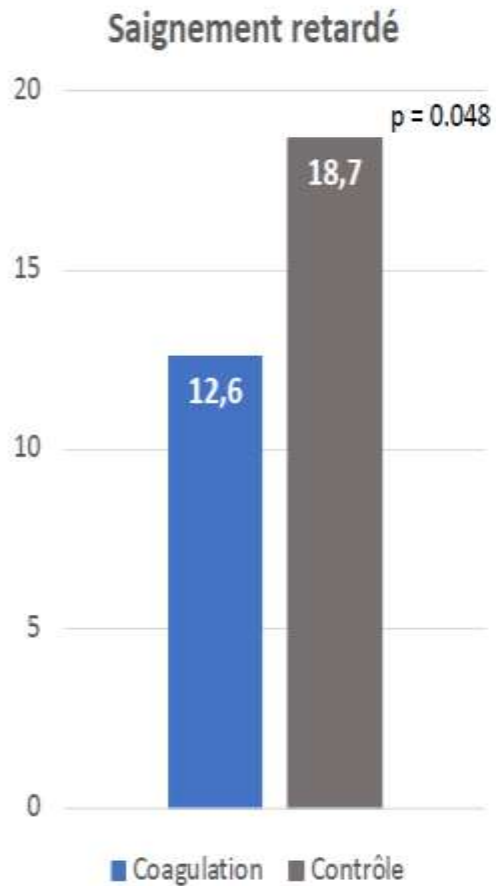
Ré intervention
Perte Hb > 2 g/dl

Mineur :

Arrêt spontané
Perte Hb < 2 g/dl



FAUT IL TRAITER LES VAISSEAUX VISIBLES ?



FAUT IL FERMER LES CICATRICES DE MUCOSECTOMIE ?



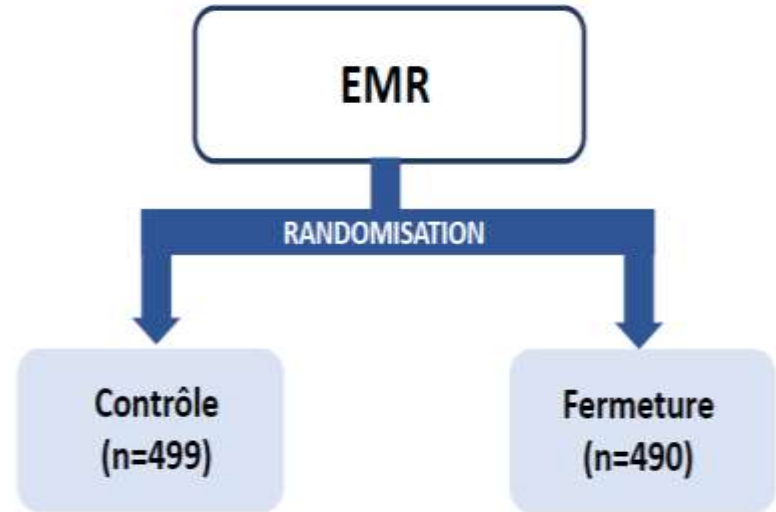
- Essai randomisé prospectif
- 18 centres

Polype non pédiculé > 20 mm

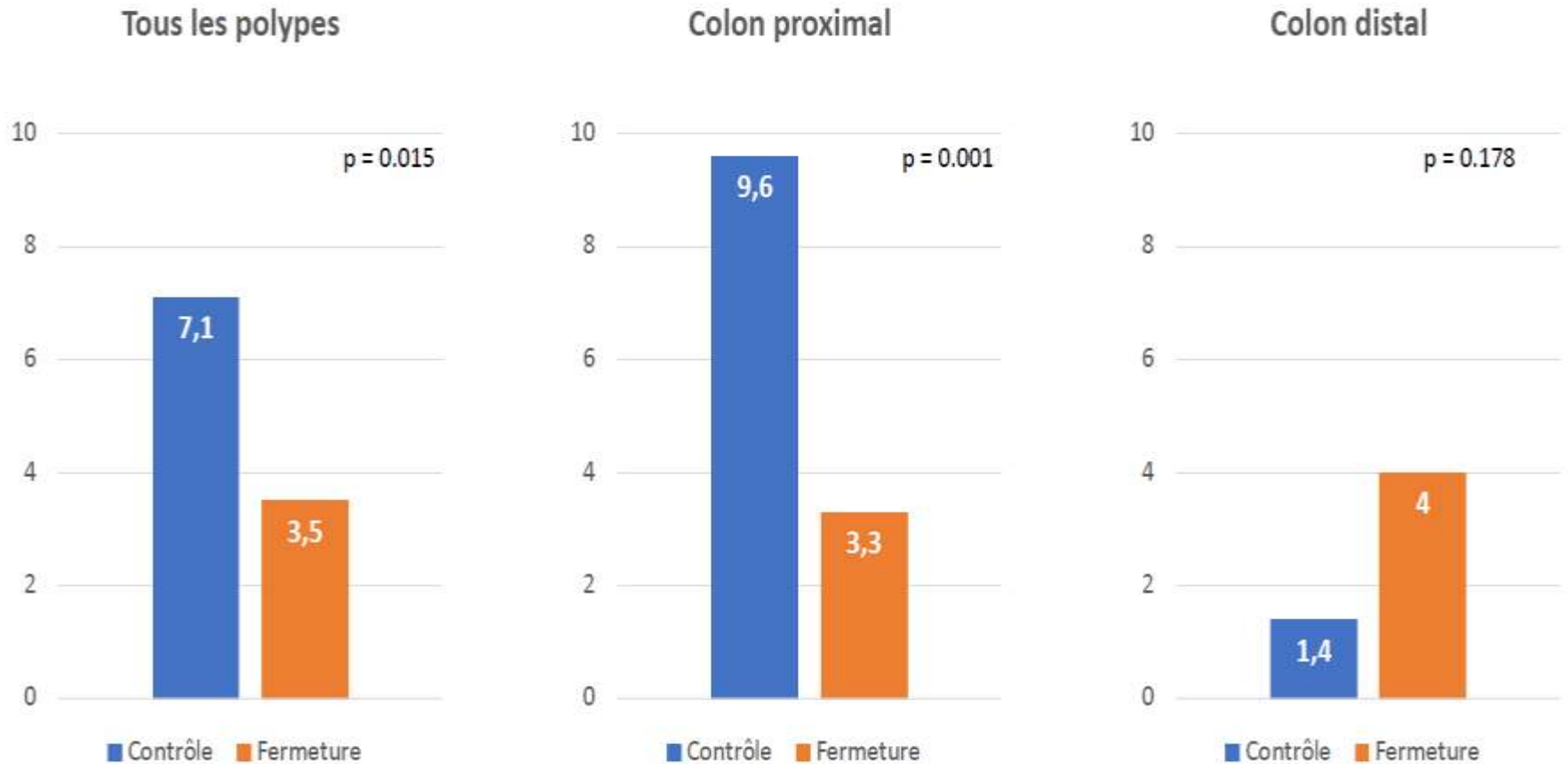


Saignement retardé

- Rectorragies significatives
- Réadmission
- Nouvelle endoscopie
- Angiographie, chirurgie
- Transfusion



FAUT IL FERMER LES CICATRICES DE MUCOSECTOMIE ?



FAUT IL FERMER LES CICATRICES DE MUCOSECTIONNIE ?



- Essai randomisé prospectif
 - 11 centres
 - 11 endoscopistes



Inclusion consécutive
Patients à **HAUT RISQUE** de saignement
(AAP, Age > 75, Colon proximal)

Coagulation préventive ou curative possible
avant randomisation

Colon droit

75%

> 40 mm

51 %

AAP

36 %

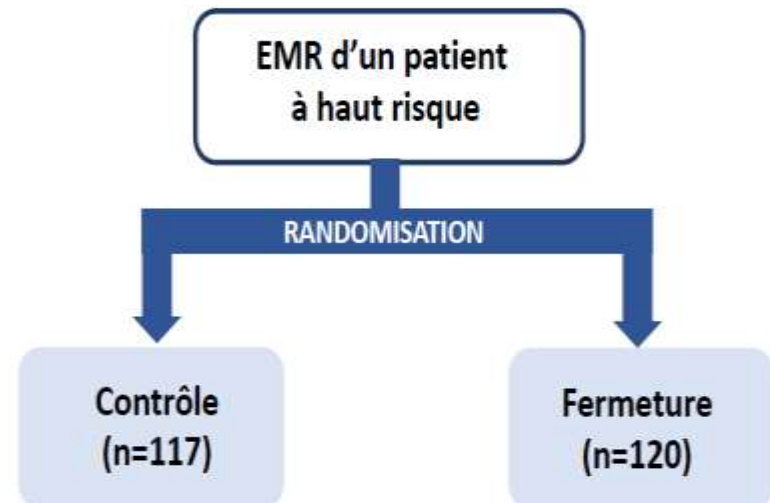


• Saignement retardé

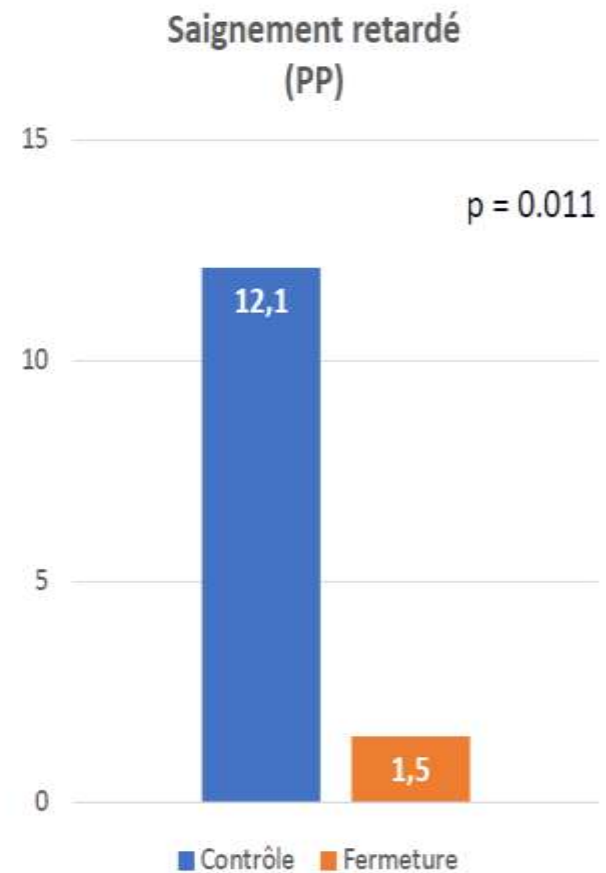
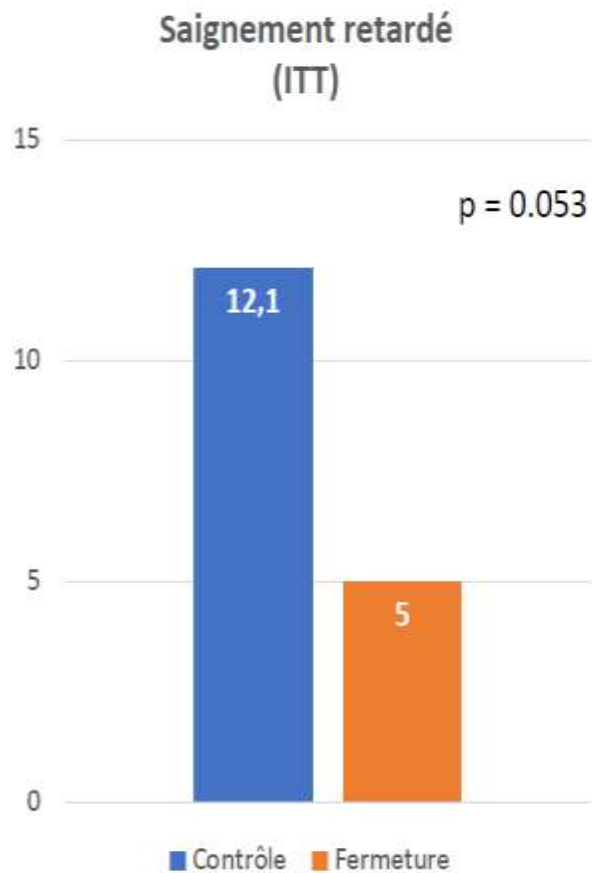
Rectorragies significatives
Réadmission
Nouvelle endoscopie
Angiographie
Transfusion

• Effets indésirables

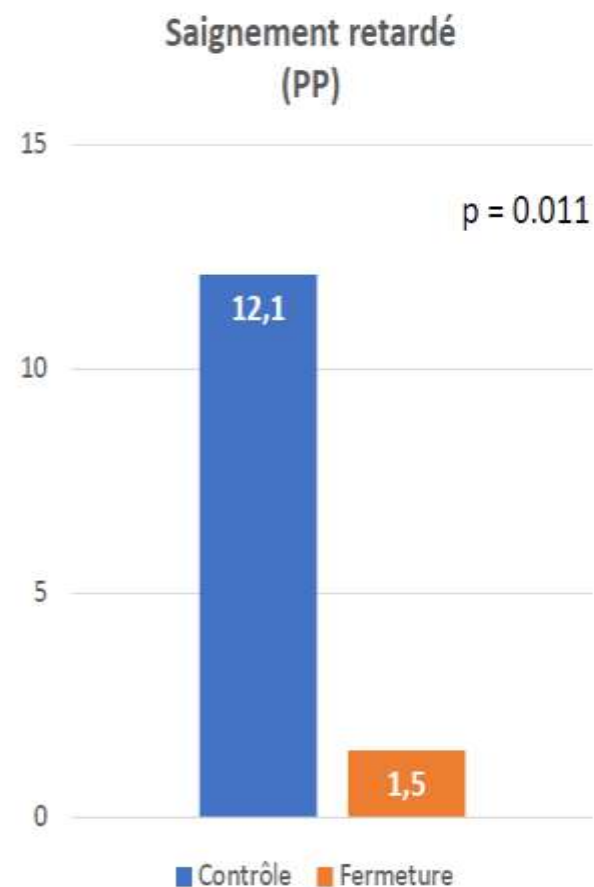
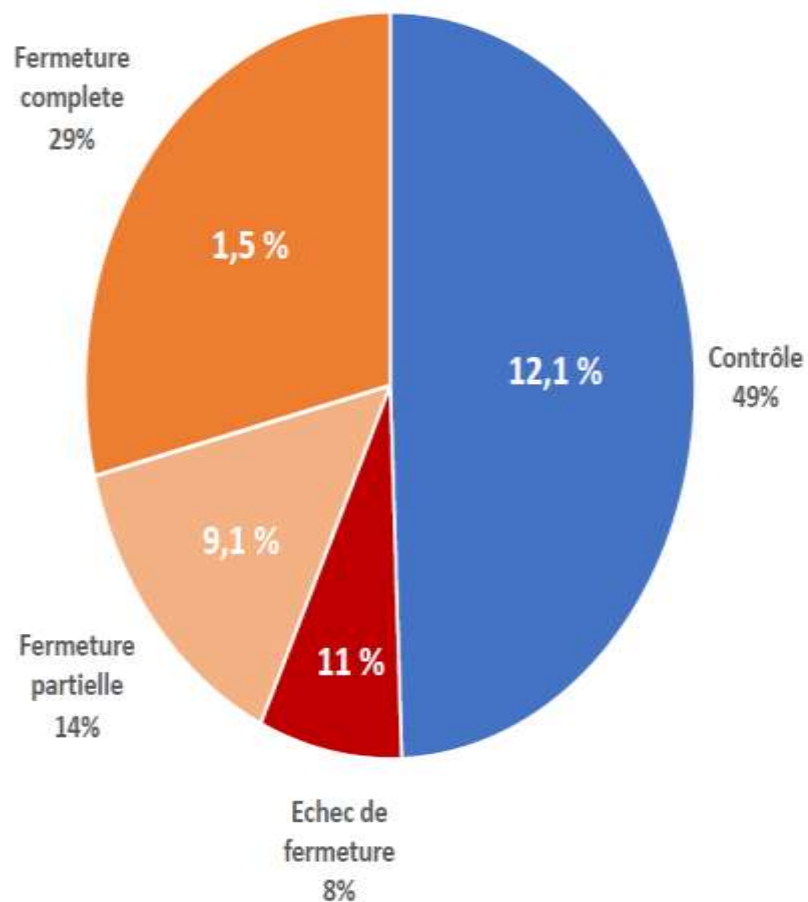
Sd post polypectomie
Douleur
Fievre

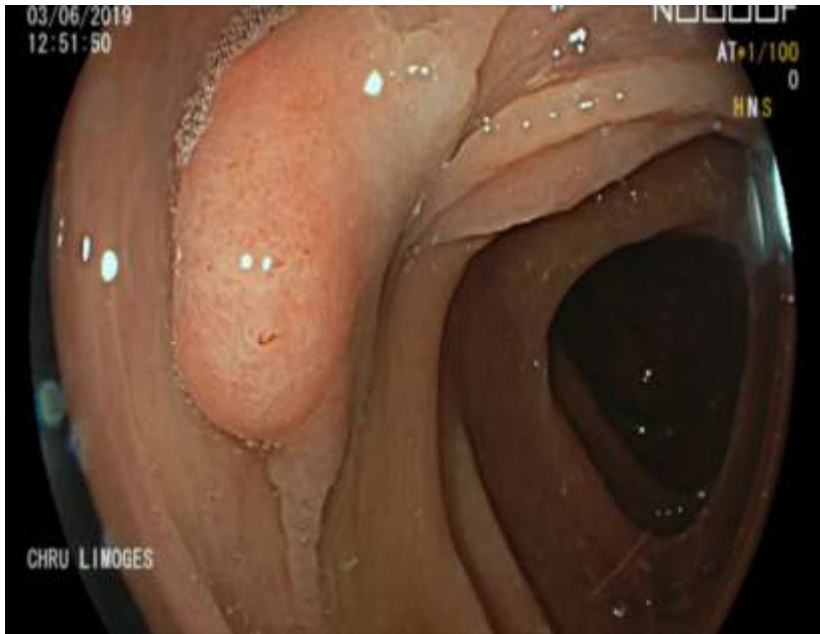


FAUT IL FERMER LES CICATRICES DE MUCOSECTIONNIE ?



FAUT IL FERMER LES CICATRICES DE MUCOSECTOMIE ?





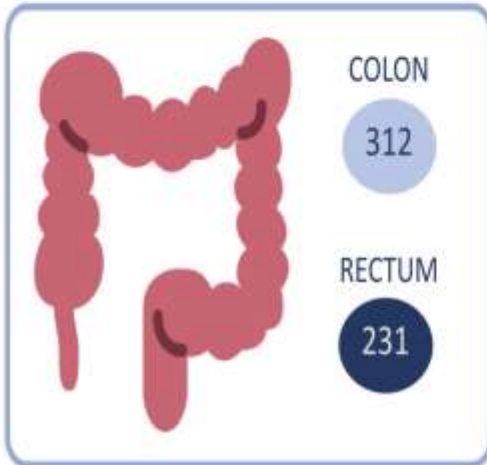
Changement de position

Underwater / injection / clips / coagrasper



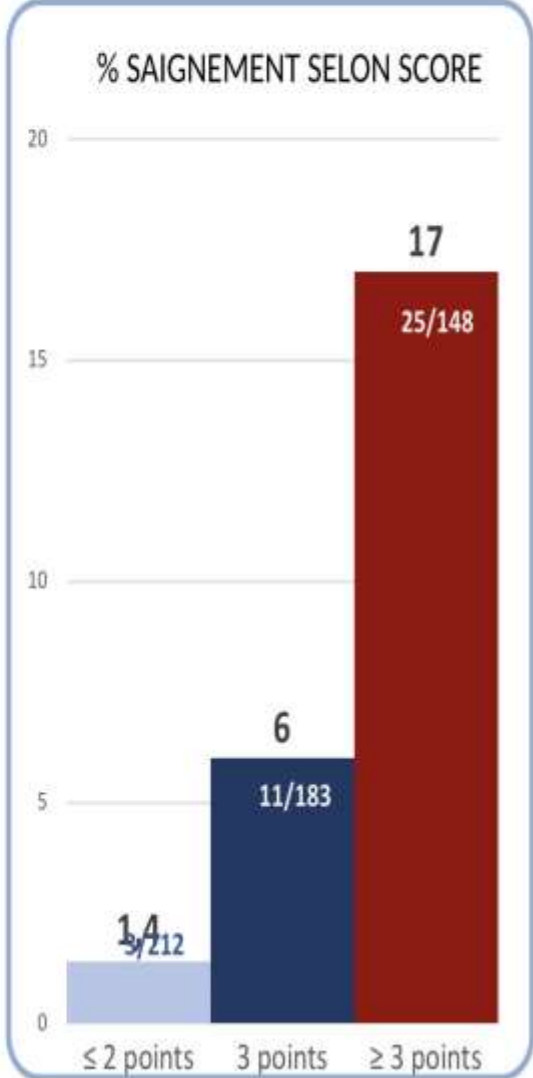
ESD : PEUT-ON PREVOIR LES SAIGNEMENTS RETARDES ?

Février 2013 - Mai 2020



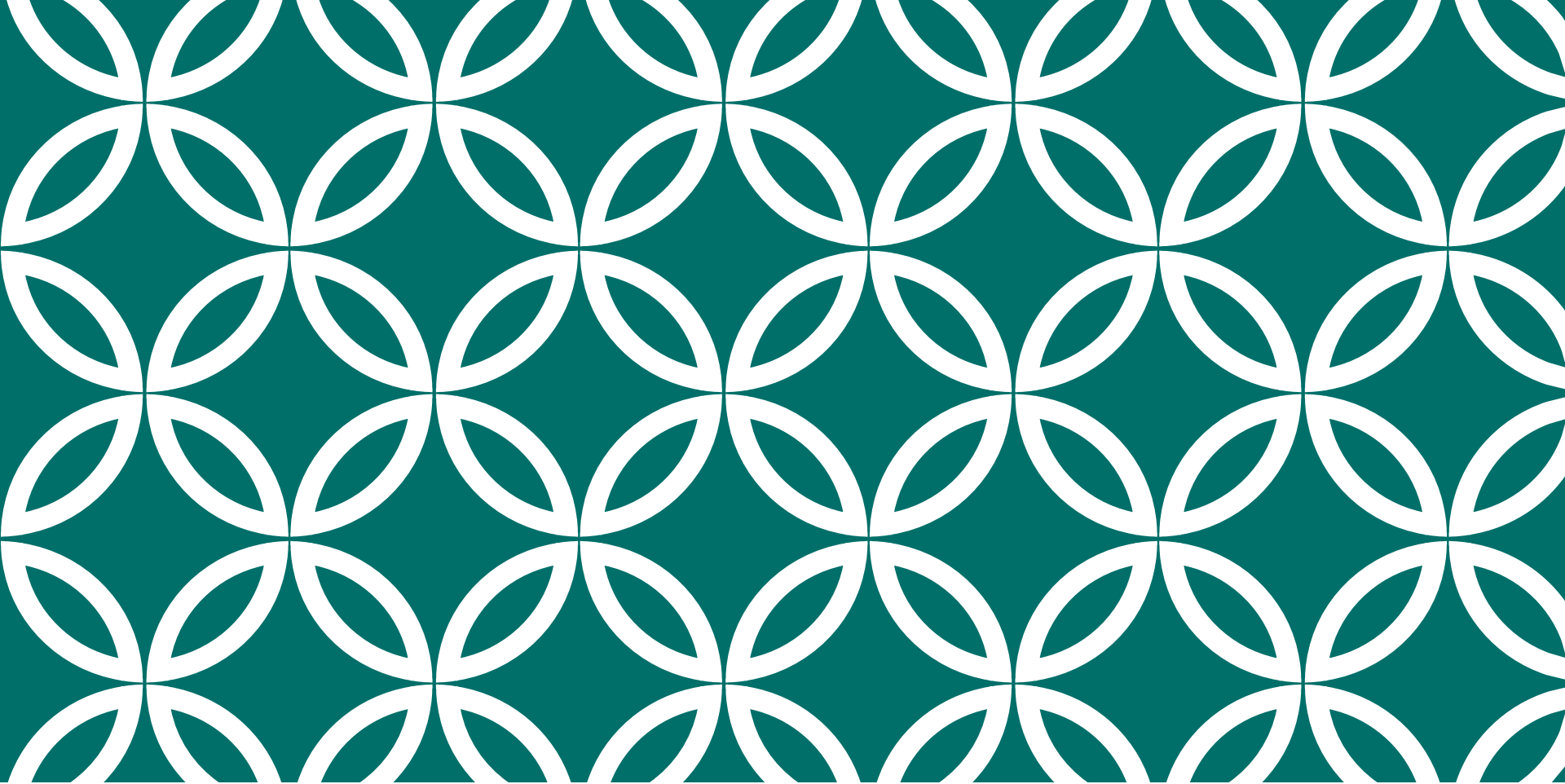
SAIGNEMENT Retardé
7.18%

Score de LIMOGES



COMMENT PREVENIR LES SAIGNEMENTS RETARDES ?

- ✓ Littérature récente démontre un bénéfice en faveur d'une hémostase préventive
- ✓ Cet avantage est majoré chez les patients à haut risque de saignement
- ✓ Quid de la fermeture des mucosectomie > 20 mm
 - Fermeture complète difficile
 - Coût => Etude médico économique ?
 - Chronophage
- ✓ L'hémostase thermique ? (Cf résultats d'ESD)
- ✓ Quid des poudres hémostatiques et des gels ?



|