



Francophones 2003  
Mini-Conférence

# SEDATION EN ENDOSCOPIE ŒSO-GASTRO-DUODENALE : L'EXPERIENCE NORD-AMERICAINE

Docteur Neena Abraham, Houston, Texas, Etats-Unis

# Préambule (1)

- Gastroskopie : 1/8.600 individus
- Conférence de consensus canadienne et enquête américaine : en Amérique du Nord, une majorité de Gastro-Entérologues utilise la sédation consciente en routine
- Sédation consciente :
  - +/- anesthésie pharyngée locale
  - benzodiazépine +/- narcotique I.V.

## Préambule (2)

- Effets secondaires : rares
  - CPR : 5,4/1.000 examens
  - décès : 0,3/1.000 examens
- Nécessité d'une période de récupération en milieu surveillé : oxymètre de pouls et pression artérielle
- Des données non contrôlées suggèrent que des sous-groupes de patients peuvent bénéficier confortablement d'une endoscopie haute sans sédation consciente



# Endoscopie Oeso-Gastro-Duodénale

## Types d'anesthésie pratiquée

(enquête 2 jours d'Endoscopie en France 2003)

	2001	2002-2003	Evolution 2001-2002-2003
Anesthésie générale par un Anesthésiste	55,5 %	57,9 %	+ 1,05 %
Sédation I.V. par un Gastro-Entérologue	2,9 %	3,1 %	+ 4,5 %
Pas d'anesthésie, ni de sédation	41,6 %	39 %	- 9,3 %

# Hypothèse clinique

Il est possible de définir quels patients peuvent bénéficier d'une gastroscopie **avec et sans sédation** pour améliorer :

- la satisfaction du patient
- la qualité des soins
- l'utilisation des ressources

# Méthodes (sur la période 1999-2003) (1)

- 1) Etude d'observation :  
identification des facteurs prédictifs  
d'une endoscopie efficace sans sédation
- 2) Evaluation de l'efficacité
- 3) Recherche de biais :  
comparaison des patients refusant et acceptant  
de participer
- 4) Evaluation du rapport coût-efficacité :  
comparaison des coûts induits par les 2 stratégies

# Méthodes : succès de l'endoscopie

- **Qualité technique de l'exploration**  
(évaluée par l'endoscopiste)



1 = Insuffisant

4 = Satisfaisant : les principaux repères sont bien tous vus (œsophage, fundus, corps gastrique et duodénum)

- **Satisfaction du patient et niveau de confort**



1 = Acceptable

5 = Inacceptable

# Mesure des objectifs secondaires

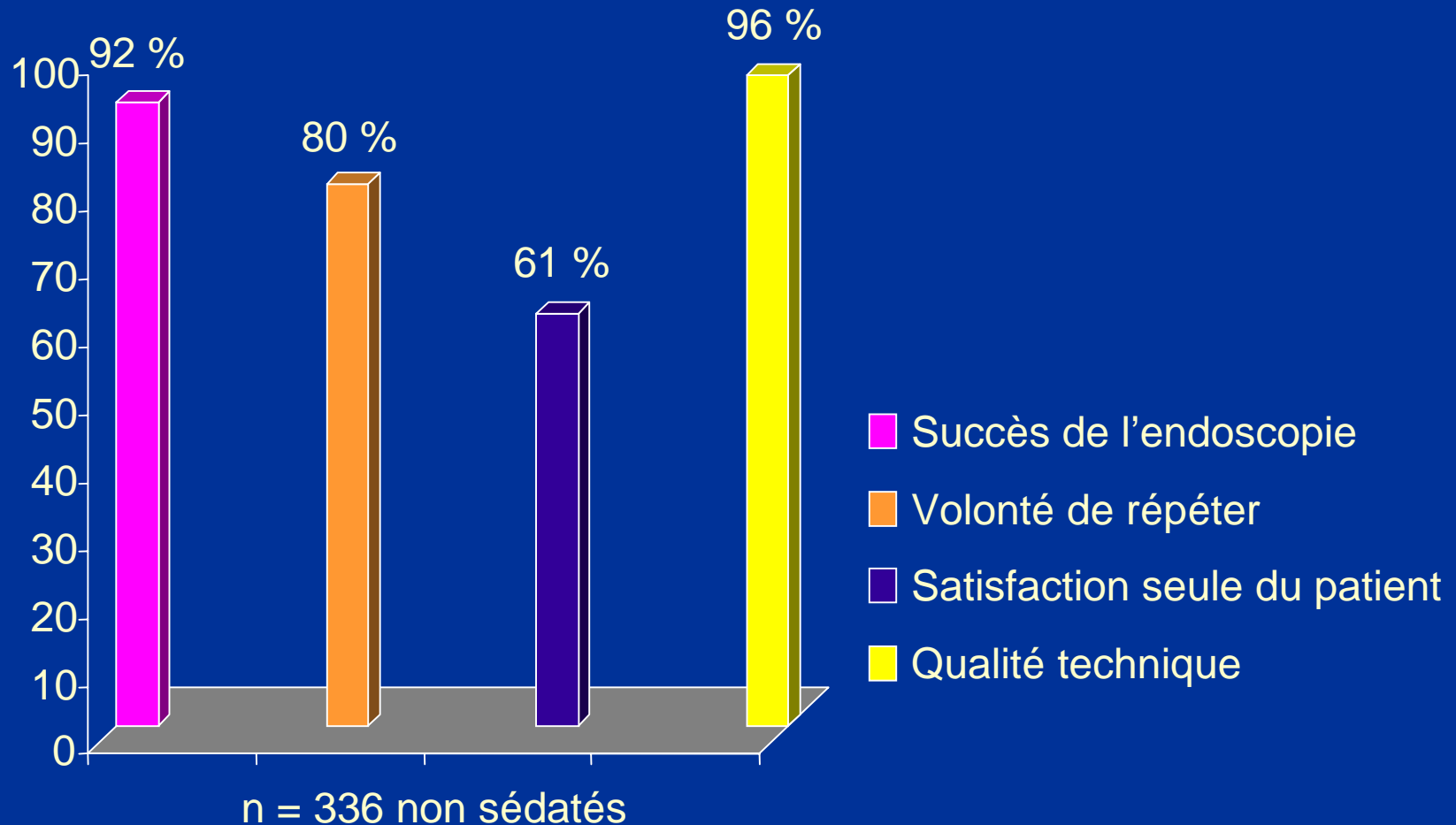
- Volonté de répéter (oui/non)
- Satisfaction de l'endoscopiste



- Satisfaction du patient



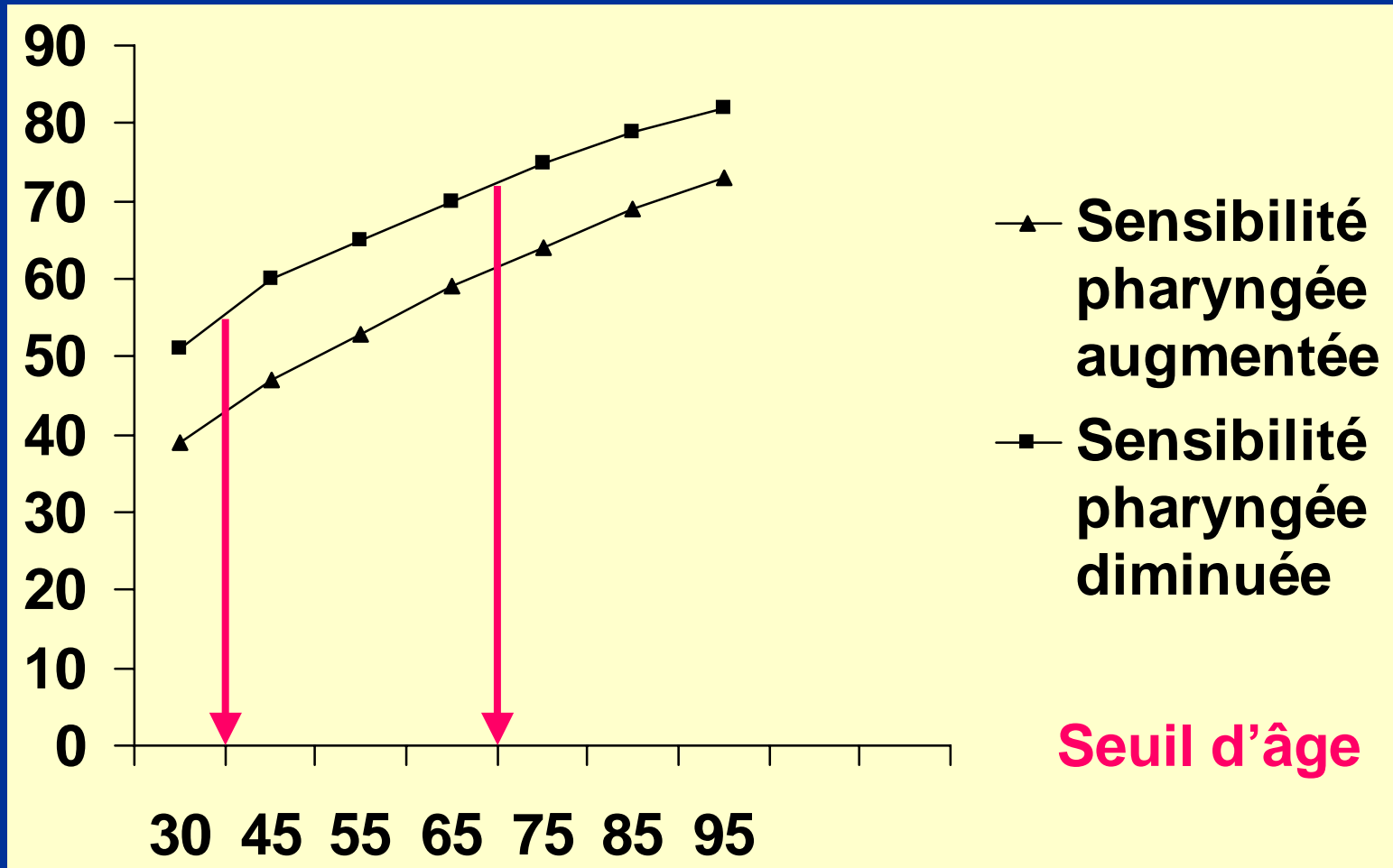
# Première étude : mesure des objectifs



# Résultats : modèle prédictif

Variable clinique	n	Multivarié OR	95 % CI
Age > 50 ans	336	1,3	1,1-1,4
Sensibilité pharyngée	336	0,5	0,28-0,90

# Prédiction d'une endoscopie réussie



# Conclusion (1)

*Abraham et al. Gastrointest. Endosc. 2002; 56(2): 180-9*

- Etude d'observation prospective
- Les patients de plus de 55 ans avec une sensibilité pharyngée abaissée tolèrent mieux l'endoscopie haute sans sédation

# Deuxième étude : analyse de l'efficacité

*Abraham et al. Am. J. Gastro. 2004*

Quelle est l'efficacité de l'endoscopie diagnostique haute avec et sans sédation parentérale standard dans une population canadienne ambulatoire typique ?



# Endoscopie Oeso-Gastro-Duodénale

(enquête 2 jours d'Endoscopie en France 2003)

- Echec de l'examen complet :  
0,6 % (n = 7.375)
- Mauvaise tolérance :
  - 73,2 % du total des échecs
  - sous anesthésie : 20,9 %
  - absence d'anesthésie : 79,1 %

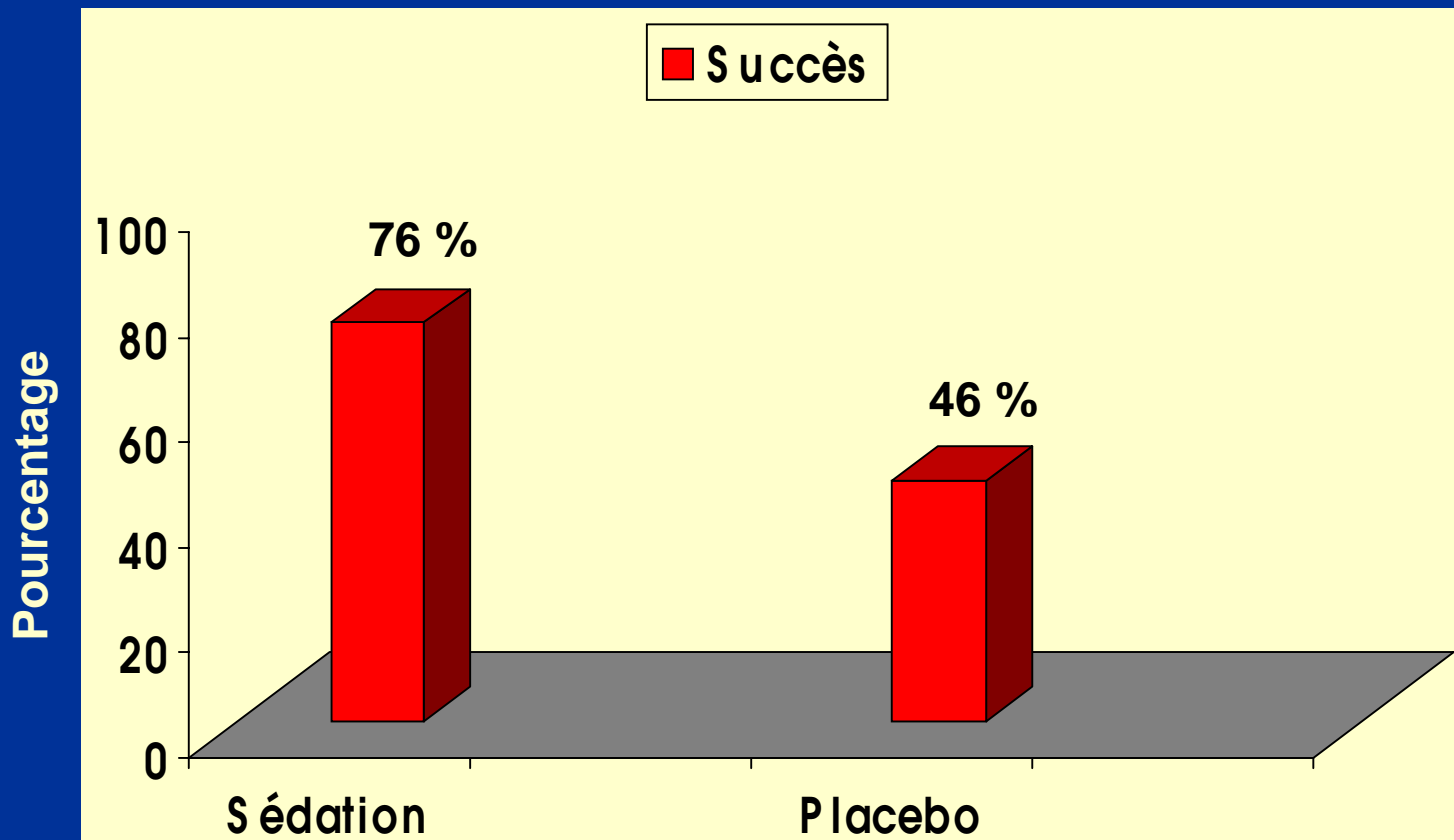
## Méthodes (2)

- Etude prospective randomisée en double aveugle :  
objectif = succès de l'endoscopie
- Randomisation : sédation standard (groupe A)  
vs. placebo (groupe B)
- Anesthésie pharyngée dans les 2 groupes
- Analyse uni- et multi-variée

# Résultats : caractéristiques initiales

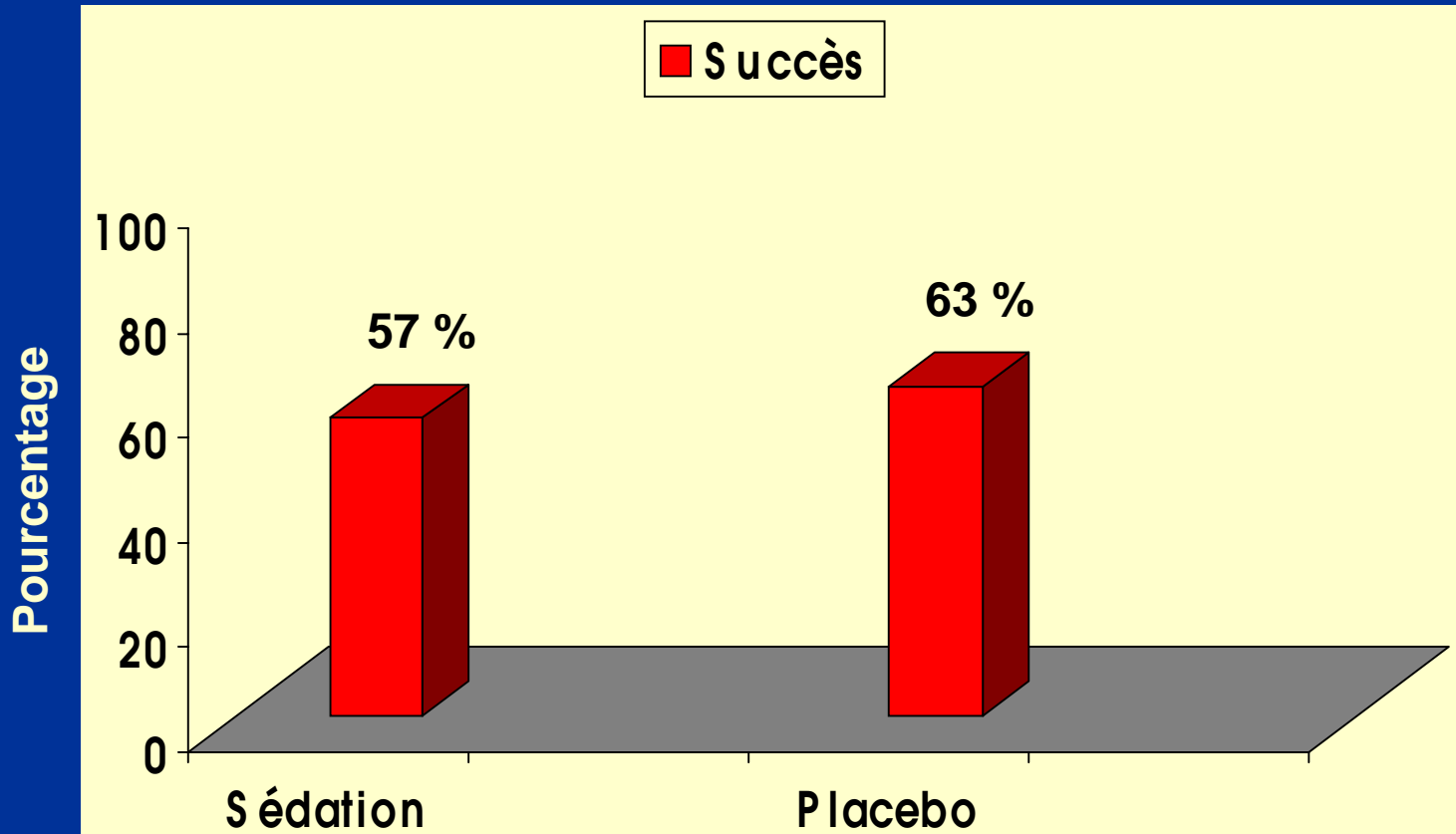
	Sédaté (n = 210)	Non sédaté (n = 209)
Femmes	109 (52 %)	107 (51 %)
Caucasien	179 (86 %)	174 (84 %)
Etudes universitaires	67 (32 %)	66 (32 %)
Fumeurs	37 (17 %)	28 (14 %)
Anxiété	87 (42 %)	98 (47 %)
Troubles de l'anxiété	23 (9 %)	21 (10 %)
Indication : dyspepsie	55 (26 %)	58 (28 %)
Indication : RGO	30 (14 %)	44 (21 %)
Antécédents de RGO	98 (47 %)	106 (51 %)
Attentes positives	154 (74 %)	151 (74 %)
Pharynx sensible	45 (22 %)	53 (26 %)
Endoscope standard de 9,8 mm	197 (97 %)	191 (94 %)
Biopsies	168 (81 %)	166 (79 %)

# Succès de l'endoscopie



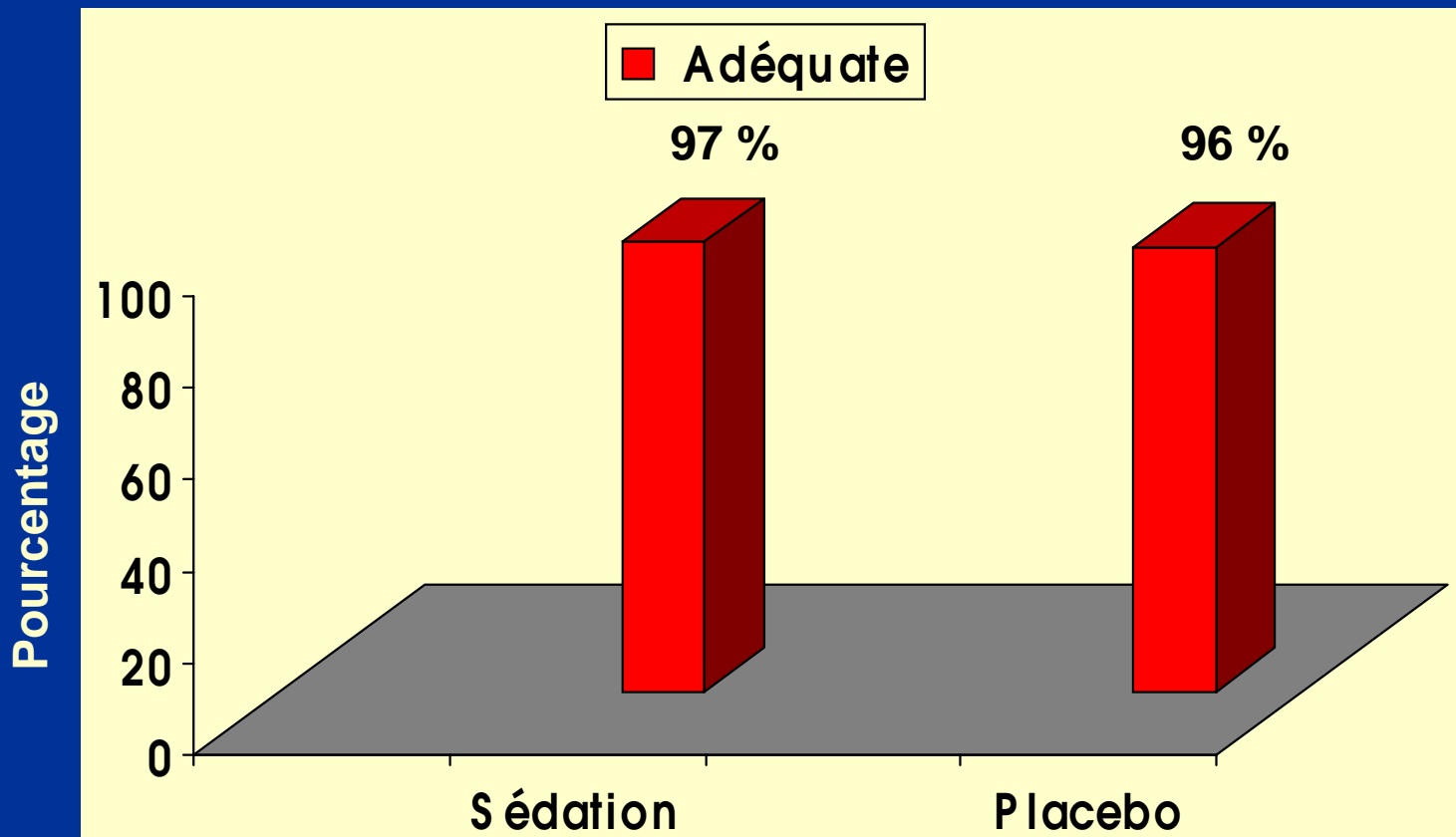
OR = 3,77 ; 95 % CI : 2,5-5,7 (10 % de cross-over)

# Age > 75 ans (n = 53)



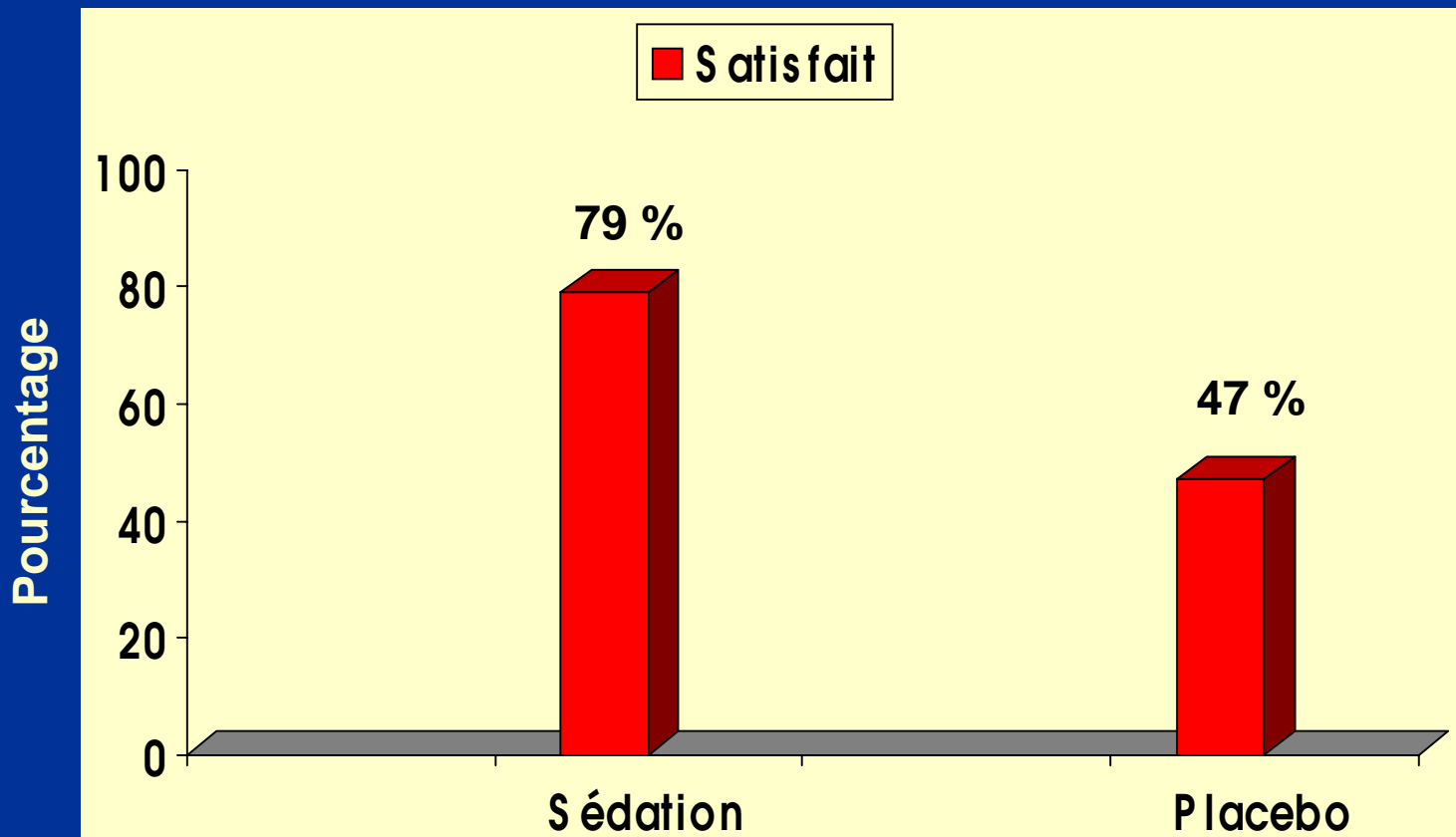
OR = 0,75 ; 95 % CI : 0,25-2,3

# Qualité technique



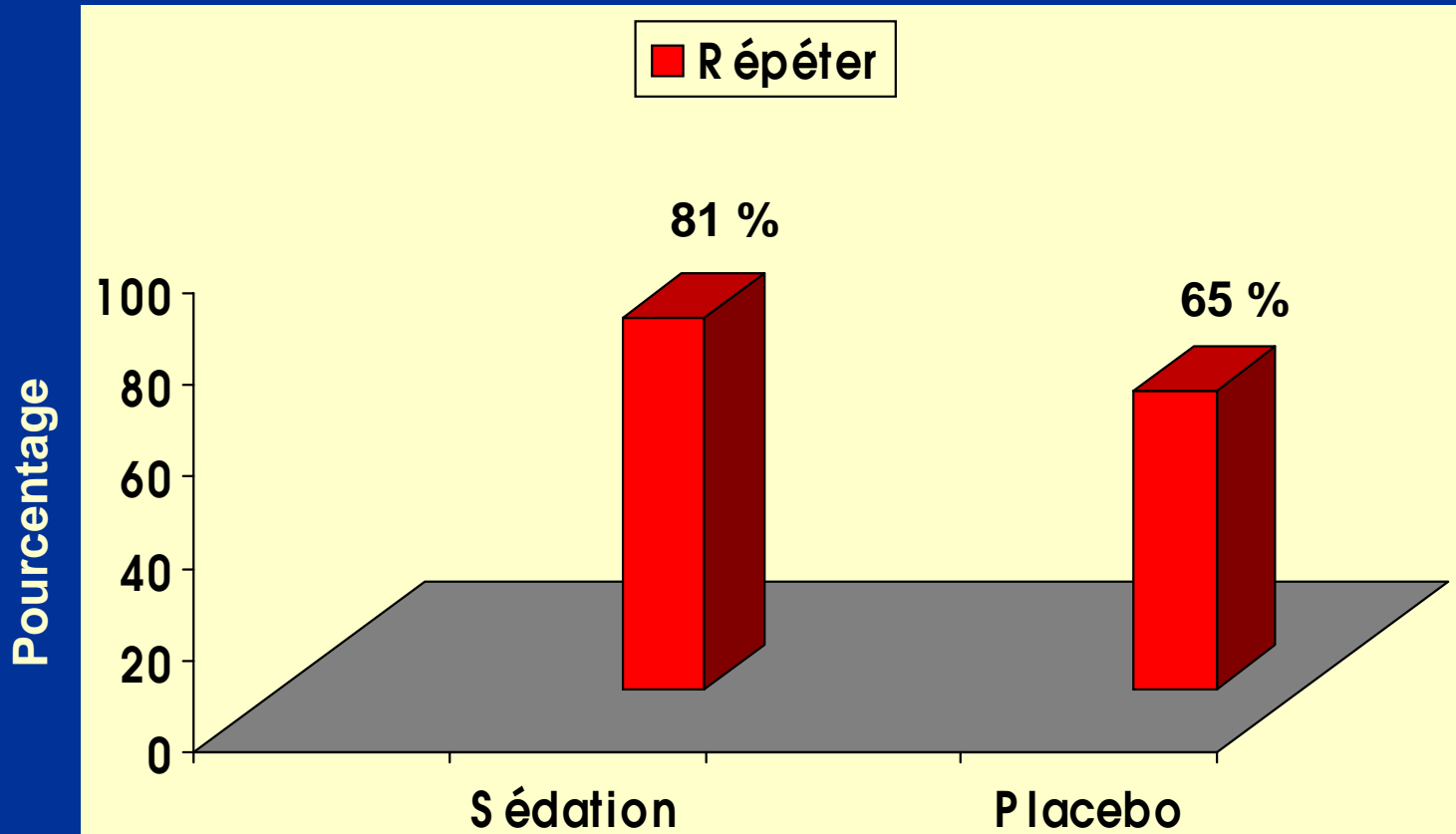
OR = 1,4 ; 95 % CI : 0,4-4,6

# Satisfaction seule du patient



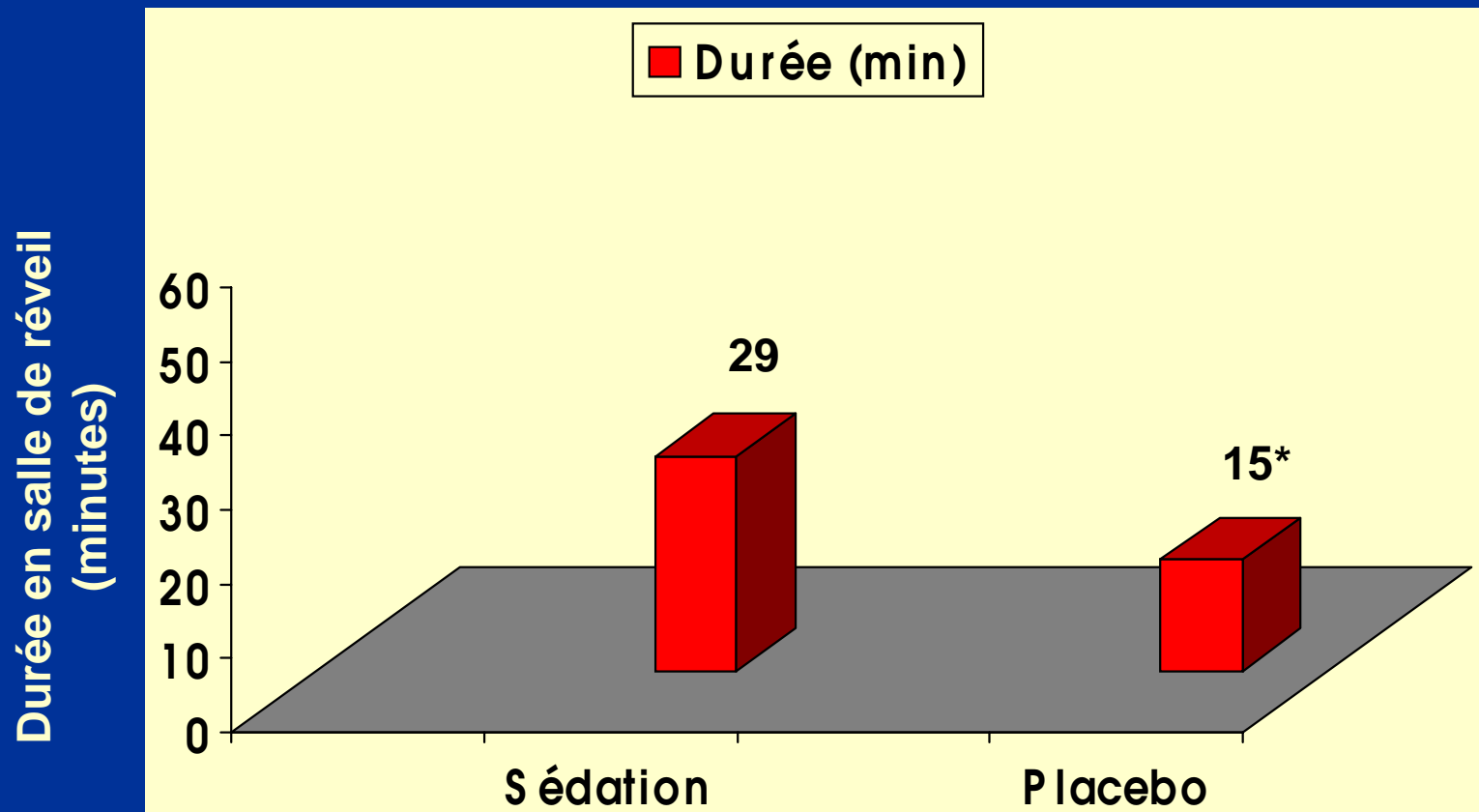
OR = 4,2 ; 95 % CI : 2,7-6,5

# Volonté de répéter



OR = 2,4 ; 95 % CI : 1,5-3,8

# Impact sur la durée en salle de réveil



\*p < 0.0001

# Analyse multivariée

Les plus puissants indices prédictifs d'endoscopie réussie ont été :

- **Le bras sédation :**  
OR = 6,69 ; 95 % CI : 2,8-15,3
- **Les attentes positives de l'exploration :**  
OR = 2,70 ; 95 % CI : 1,36-5,3
- **Le cross-over vers le bras sédaté :**  
OR = 0,32 ; 95 % CI : 0,15-0,67

## Conclusion (2)

- 80,9 % des patients non sédatisés ont pu avoir une endoscopie haute complète sans sédation
- L'utilisation de la sédation **n'améliore pas la qualité technique**
- L'utilisation de la sédation contribue à **augmenter : le succès de l'endoscopie, la satisfaction du patient et la volonté de répéter l'exploration** chez tous les patients

# Troisième partie : étude des coûts

*Abraham et al. Am. J. Gastro. 2004*

But :

Comparer le rapport coût-efficacité  
de l'endoscopie haute avec et sans sédation  
dans une population canadienne ambulatoire

## Méthodes (3)

- Etude randomisée en double aveugle sédation vs. placebo
- **Objectif** : succès de l'endoscopie
- **Objectifs secondaires** :
  - durée du séjour en salle de réveil
  - satisfaction du patient
  - volonté de répéter
- **Analyse de coûts** : micro-coûts basés sur l'activité  
(Crott et al. *CJG* 2002; 16(7): 473-82)  
→ perspective : administration
- **Facteurs de confusion** : démographiques, endoscopie antérieure, attentes, cross-over

## Coût :

Sédation \$130.11

Placebo \$103.09

\$27.02

## Efficacité :

Sédation 76 %

Placebo 46 %

30 %

## Coût-efficacité (ICER) :

$27.02/0.30 = \$90.07$



Pour  
chaque endoscopie  
réussie  
supplémentaire  
**sous sédation,**  
**vous devez dépenser**  
**\$90.07 (CDN\$)**

## Coût :

Sédation \$130.11

Placebo \$103.09

\$27.02

## Efficacité :

Sédation 58 %

Placebo 63 %

- 5 %

## Coût-efficacité (ICER) :

-\$450.00

## Age > 75 ans

Pour  
chaque endoscopie  
réussie  
supplémentaire  
**sans sédation,**  
**vous économisez**  
**\$450.00 (CDN\$)**

# Conclusion générale (1) : sédation consciente

- Absence d'événements secondaires graves
- Amélioration de la satisfaction du patient
- Le sujet âgé est le meilleur candidat à l'endoscopie sans sédation
- Pas besoin d'anesthésiste ou d'anesthésie générale

## Conclusion générale (2)

L'utilisation de la **sédation consciente** au cours de l'endoscopie diagnostique haute est **plus coûteuse**, mais reste une stratégie efficace car elle augmente l'efficacité.