

Diagnostic et prise en charge des perforations iatrogènes : recommandations de la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE) Mise à jour 2020

Gregorios A. Paspatis, Marianna Arvanitakis, Jean-Marc Dumonceau, Marc Barthet, Brian Saunders, Stine Ydegaard Turino, Angad Dhillon, Maria Fragaki, Jean-Michel Gonzalez, Alessandro Repici, Roy L.J. van Wanrooij, Jeanin E. van Hooft

Traduction : David Karsenti

Ces recommandations officielles sont celles de la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE). Il s'agit d'une révision des recommandations de 2014 sur les perforations iatrogènes survenant au cours de l'endoscopie.

Principales recommandations

- 1- L'ESGE recommande à chaque centre de mettre en œuvre des règles de prise en charge des perforations iatrogènes, ainsi que définir les procédures à risque élevé de perforation. Cette politique de prise en charge devrait être partagée avec les radiologues et les chirurgiens de chaque centre.
- 2- L'ESGE recommande que, dans le cas d'une perforation identifiée lors de l'endoscopie, l'endoscopiste rapporte sa taille et son emplacement, avec une photo, et décrive le traitement appliqué.
- 3- L'ESGE recommande que les symptômes ou les signes évocateurs de perforation iatrogène post-procédure endoscopique soient rapidement et soigneusement évalués et documentés par tomodensitométrie (CT).
- 4- L'ESGE recommande que la fermeture endoscopique soit considérée en fonction du type de perforation iatrogène, de sa taille, et de l'expertise endoscopique disponible dans le centre. Il est également nécessaire de passer à l'insufflation au dioxyde de carbone (CO₂), d'assurer le détournement du contenu luminal digestif et la décompression du pneumopéritoine sous tension ou du pneumothorax.
- 5- L'ESGE recommande, qu'après la fermeture endoscopique d'une perforation iatrogène, une prise en charge complémentaire doit être basée sur le succès estimé de la fermeture endoscopique et sur l'état clinique général du patient. En cas d'absence ou d'échec de fermeture endoscopique d'une perforation iatrogène, et chez les patients dont l'état clinique se détériore, l'hospitalisation et un avis chirurgical sont conseillés.

Considérations générales

L'ESGE recommande à chaque centre de mettre en œuvre des règles de prise en charge des perforations iatrogènes, ainsi que définir les procédures à risque élevé de perforation. Cette politique de prise en charge devrait être partagée avec les radiologues et les chirurgiens de chaque centre.

Rapport : l'ESGE recommande que dans le cas d'une perforation identifiée lors de l'endoscopie, l'endoscopiste rapporte sa taille et son emplacement, avec une photo, et décrive le traitement appliqué.

L'ESGE recommande que les symptômes ou les signes évocateurs de perforation iatrogène post-procédure endoscopique soient rapidement et soigneusement évalués et documentés par tomographie assistée par ordinateur (CT).

Traitement : considérations générales

L'ESGE recommande que la fermeture endoscopique soit considérée en fonction du type de perforation iatrogène, de sa taille, et de l'expertise endoscopique disponible dans le centre. Il est également nécessaire de passer à l'insufflation au dioxyde de carbone (CO₂), d'assurer le détournement du contenu luminal digestif et la décompression du pneumopéritoine sous tension ou du pneumothorax.

L'ESGE recommande qu'après la fermeture endoscopique d'une perforation iatrogène, une prise en charge complémentaire doit être basée sur le succès estimé de la fermeture endoscopique et sur l'état clinique général du patient. En cas d'absence ou d'échec de fermeture endoscopique d'une perforation iatrogène, et chez les patients dont l'état clinique se détériore, l'hospitalisation et un avis chirurgical sont conseillés.

Perforations œsophagiennes

L'ESGE suggère que les dilatations endoscopiques, les résections muqueuses et dissections sous-muqueuses, les septotomies pour diverticule de Zenker, et l'extraction des corps étrangers doivent être considérés comme des procédures endoscopiques ayant un risque accru de perforation iatrogène œsophagienne.

L'ESGE suggère de diagnostiquer toute perforation iatrogène œsophagienne retardée sur les antécédents du patient, l'examen physique, les tests sanguins et l'imagerie par tomographie assistée par ordinateur avec injection de produit de contraste hydrosoluble. Le diagnostic et le traitement retardés de plus de 24 heures peuvent entraîner une augmentation de la morbidité et de la mortalité.

Traitement : œsophage

L'ESGE recommande un traitement endoscopique de première intention pour une perforation iatrogène œsophagienne liée à l'endoscopie. Les clips TTS peuvent être utilisés pour les perforations de moins de 10 mm, et les clips OTS sont recommandés pour les perforations de plus de 10 mm. Des prothèses peuvent être utilisées pour des défauts plus importants (plus de 20 mm).

Perforations gastriques

L'ESGE suggère que les dilatations endoscopiques, la mucosectomie et la dissection sous-muqueuse doivent être considérées comme à risque accru de perforation iatrogène gastrique.

L'ESGE recommande un traitement endoscopique des perforations iatrogènes, utilisant des clips TTS pour les perforations de taille inférieure ou égale à 10 mm, et des clips OTS ou patching péritonéal ou des techniques combinant l'endoloop et les clips TTS pour les perforations de plus de 10 mm.

Perforations péri-ampullaires et de la voie bilio-pancréatique

L'ESGE suggère que la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) dans le cadre d'une lésion papillaire, d'un canal cholédoque dilaté ou d'une dysfonction Oddienne, ou lorsque la CPRE comprend une sphinctérotomie, une pré-coupe ou une dilatation de la sténose biliaire doit être considérée comme présentant un risque accru de perforation iatrogène.

L'ESGE suggère une prise en charge non chirurgicale dans la majorité des perforations iatrogènes du canal péri-ampillaire ou bilio-pancréatique lié à la CPRE. Les indications de la chirurgie comprennent une fuite importante de produit de contraste, une septicémie sévère malgré prise en charge non chirurgicale, une péritonite sévère et des collections liquidiennes ou des problèmes non résolus (*e.g.* séquestre de matériel) qui ne peuvent être résolues par des moyens non chirurgicaux.

Perforation iatrogène duodénale et de l'intestin grêle

L'ESGE suggère que les facteurs de risque de perforation iatrogène duodénale non péri-ampillaire comprennent la CPRE chez les patients ayant un montage chirurgical Billroth II, la mucosectomie et surtout la dissection sous-muqueuse.

Les facteurs de risque de perforation iatrogène jéjunale liée à l'entéroscopie comprennent une dilatation sténose ou des patients ayant anatomie modifiée ou ayant une maladie inflammatoire de l'intestin sous corticoïdes.

Traitement : intestin grêle

L'ESGE recommande un traitement endoscopique perforations duodénales iatrogènes lorsqu'elle est diagnostiquée immédiatement ou précocément (moins de 12 heures) après la procédure. En cas d'échec du traitement endoscopique, le patient relève d'un traitement chirurgical. Si la perforation duodénale iatrogène est diagnostiquée tardivement (plus de 12 heures), la prise en charge doit être chirurgicale en cas de fuite de produit de contraste au CT scan et/ou de détérioration de l'état du patient. Si le patient va bien cliniquement, sans fuite de produit de contraste, le patient peut être traité de manière conservatrice.

L'ESGE suggère que les perforations jéjunales et iléales iatrogènes diagnostiquées immédiatement doivent être traitées par voie endoscopique, et chirurgicalement en cas d'échec de fermeture endoscopique ou en cas diagnostic post-procédure de la perforation avec fuite intra-péritonéale gazeuse et liquidienne.

Perforation iatrogène colo-rectale

L'ESGE suggère que les mucosectomies complexes, les dissections sous-muqueuse et les dilatations au ballonnet devraient être considérées comme des procédures à risque de perforation iatrogène colo-rectale. L'âge avancé, les co-morbidités, les maladies inflammatoires coliques et l'inexpérience de l'endoscopiste sont d'autres facteurs de risque importants de perforation iatrogène colo-rectale.

Traitement : colo-rectal

L'ESGE recommande l'utilisation de clips TTS pour toute perforation iatrogène de moins de 10 mm et conseille l'utilisation de clips OTS pour toute perforation de plus de 10 mm. Une préparation satisfaisante du côlon est un facteur important lors du temps nécessaire au traitement endoscopique de la perforation iatrogène. Tous les patients traités médicalement devraient bénéficier d'une surveillance rapprochée par une équipe multidisciplinaire pendant toute la période post-procédure. Les perforations iatrogènes de grande taille ou les échecs de fermeture ou les patients dont l'état clinique se détériore peuvent nécessiter une réparation chirurgicale immédiate.