

## Recommandations 2014-2015 en endoscopie digestive

### 2014-2015 Recommendations in Digestive Endoscopy

**D. Heresbach**

© Lavoisier SAS 2015

Comme les années passées, la SFED crédite les recommandations publiées par l'ESGE et l'ASGE et, à ce titre, vous a régulièrement proposé dans sa revue les traductions des textes courts.

Les incontournables des années 2014 et 2015 méritent le passage de messages qui doivent être recommandés et intégrés dans notre pratique quotidienne. La classification des recommandations est faite selon le mode « GRADE » mais, par souci de clarté, n'est pas précisé dans le texte ; soulignons qu'une conduite est recommandée si son impact est élevé, et suggérée ou proposée si son impact est faible.

### Œsophage, estomac

**Hwang JH, Shergill AK, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2014;80:221-7. [1]**

#### Recommandations pour le dépistage des varices œsophagiennes

Tout patient avec cirrhose doit avoir une œsgastroduodénoscopie (OGD) pour recherche de varices œsophagiennes (VO) ou gastriques (VG).

S'il n'y a pas de VO et que la cirrhose est non décompensée, un contrôle tous les 2-3 ans, et si présence de VO de petite taille, un contrôle tous les 1-2 ans est recommandé.

Si la cirrhose est décompensée ou alcoolique, une OGD tous les ans est recommandée.

#### Recommandations pour la prophylaxie primaire par ligature de varices œsophagiennes

La ligature de varices œsophagiennes (LVO) est recommandée si VO de grande taille et contre-indication ou intolérance au bêtabloquant non sélectif.

La LVO prophylactique est recommandée si VO de grande taille ou VO avec signe rouge ou sur cirrhose Child B-C.

La LVO itérative toutes les 1 à 8 semaines jusqu'à éradication des VO est recommandée.

Possible surveillance entre 1 à 3 mois après éradication des VO et ensuite tous les 6 à 12 mois.

#### Recommandations pour le traitement des ruptures de varices œsophagiennes

Antibioprophylaxie de sept jours est recommandée si hémorragie par rupture de varices œsophagiennes (RVO) chez le cirrhotique.

Octréotide si une RVO est suspectée pour une durée de 3 à 5 jours si la RVO est confirmée.

OGD dans les 12 heures si une RVO est suspectée.

Possible intubation en particulier si encéphalopathie et RVO.

LVO si RVO active ou stigmate d'hémorragie récente.

SVO réservée aux cas où LVO techniquement impossible.

TIPS recommandé en cas d'échec de SVO, LVO et octréotide

LVO itérative pour éradication des VO est recommandée après RVO.

Prophylaxie secondaire par LVO toutes les 1-8 semaines est recommandée après RVO.

Surveillance par OGD tous les 3-6 mois après RVO.

#### Recommandations pour le traitement des ruptures de varices gastriques

La rupture de varice gastrique (RVG) est traitée par injection de cyanoacrylate et si impossible, une LVG peut être proposée.

**ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Lightdale JR, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1305-10. [2]**

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie et de consultation digestive,  
centre hospitalier de Redon, 8, rue Étienne Gascon,  
F-35603 Redon  
e-mail : denis.heresbach@ch-redon.fr

1. Le diagnostic de reflux gastro-œsophagien (RGO) est clinique sans recours à des examens complémentaires et sans recours à l'OGD.

2. L'OGD est recommandée en cas de symptôme de RGO compliqué ou avec signe d'alarme.

3. Les lésions d'œsophagite doivent être décrites selon classification en vigueur (Los Angeles ou Savary Miller).

4. L'OGD de routine et isolée pour le diagnostic de manifestation extra-œsophagienne du RGO n'est pas recommandée.

5. La surveillance par OGD est proposée pour l'œsophagite érosive sévère après huit semaines d'inhibiteur de la pompe à proton afin d'éliminer un œsophage de Barrett ou une dysplasie sous-jacente.

6. Recommandation contre les biopsies systématiques pour éliminer un RGO.

7. Une OGD est proposée aux patients avec multiples facteurs de risque d'œsophage de Barrett et les biopsies recommandées pour confirmer l'œsophage de Barrett devant un endobranchyœsophage.

8. Les traitements endoscopiques anti-RGO (Streta ou *Transoral incisionless fundoplication*) chez des patients sélectionnés peut être proposée après informations des risques/bénéfices et considération des autres traitements.

**ASGE Standards of Practice Committee, Evans JA, Muthusamy VR, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the bariatric surgery patient. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1063-72. [3]**

1. L'OGD préopératoire est suggérée en fonction du type de chirurgie bariatrique envisagée par le chirurgien.

2. Le transit œsogastroduodénal (TOGD) est recommandé plutôt que l'OGD si suspicion postopératoire de fistule après chirurgie bariatrique.

3. L'OGD de première ligne est recommandée en cas de nausée, vomissement ou douleur abdominale après chirurgie bariatrique.

4. Le traitement endoscopique des fistules après chirurgie bariatrique est suggéré mais de concert avec son chirurgien.

5. Recommandation de dilatation des anastomose sténosée et limitée au maximum à 15 mm mais à éviter après anneau par gastroplastie verticale ou implantable par laparoscopie.

**ASGE Standards of Practice Committee, Evans JA, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. *Gastrointest Endosc* 2015;82:1-8. [4]**

1. Les polypes gastriques isolés doivent être biopsiés ou résectionnés lorsque cela est possible.

2. La polypectomie est proposée pour les polypes glandulo-kystiques de plus de 1 cm, ceux hyperplasiques de plus de 0,5 cm et tous les adénomes si cela est possible.

3. Une endoscopie de surveillance est proposée un an après résection des polypes adénomateux gastriques.

4. En cas de polypes gastriques multiples, une biopsie des plus volumineux est recommandée.

5. En cas de polypes gastriques multiples hyperplasiques ou adénomateux, des biopsies gastriques doivent être réalisées à la recherche d'*H. pylori* et d'une gastrite atrophique ou de métaplasie.

6. En cas de polypes gastriques au cours d'une polypose adénomateuse familiale une biopsie et si possible une résection des polypes volumineux est proposée pour confirmer leur nature histologique et le degré de dysplasie.

7. Une surveillance gastrique en cas de métaplasie de l'estomac est proposée en fonction du contexte familial mais dont le rythme ne peut être précisé.

8. En cas de métaplasie intestinale avec dysplasie de haut grade une résection endoscopique est recommandée.

9. Une fibroscopie œsogastrique est proposée en cas d'anémie ferriprive ou de dyspepsie évoluant depuis six mois.

10. Une échoendoscopie est recommandée pour le diagnostic d'extension des tumeurs carcinoïdes gastriques.

11. Une résection des tumeurs carcinoïdes gastriques de petite taille est recommandée en cas de type 1 ou 2 (multifocale bien différenciée avec respectivement gastrite atrophique ou SZE) de taille de moins d'1 cm sans invasion vasculaire ou de la musculature et sans fort index de prolifération suivi d'une surveillance tous les 1 à 2 ans.

Pour les tumeurs de type 3 (solitaire bien différenciée) ou 4 (solitaire peu différencié) de moins d'1 cm sans invasion vasculaire ou de la musculature et sans fort index de prolifération, une résection endoscopique peut être proposée mais l'attitude prioritaire est chirurgicale.

12. La réalisation de sept biopsies est recommandée sur les berges des ulcérations suspectes d'adénocarcinome.

13. Une échoendoscopie gastrique avec si besoin ponction est recommandée pour le bilan d'extension locorégional de cancers gastriques.

14. La pose de prothèse endoscopique est recommandée pour les cancers gastriques obstructifs inopérables.

15. Une échoendoscopie avec ou sans ponction est recommandée dans le bilan des tumeurs sous-muqueuses.

16. Une surveillance par échoendoscopie tous les ans est proposée pour les GIST de moins de 2 cm.

## Côlon

**Kamiński MF, Hassan C, Bisschops R, et al. Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2014;46:435-49. [5]**

1. L'ESGE propose l'utilisation en routine de l'endoscopie en lumière blanche à haute définition<sup>1</sup> pour la détection des néoplasies colorectales chez les sujets à risque moyen de cancer colorectal. L'ESGE ne recommande pas le recours à la chromoendoscopie virtuelle, l'autofluorescence ou à d'autres artifices (cap ou troisième œil) pour la détection des néoplasies coliques chez les sujets à risque moyen.

2. L'ESGE recommande l'utilisation en routine de la chromoendoscopie pan-colique classique ou virtuelle (NBI, I Scan) chez les patients suspects ou atteints de syndrome de Lynch ou atteints de syndrome de polypose festonnée.

3. L'ESGE recommande l'utilisation en routine de la chromoendoscopie pan-colique classique par bleu de méthylène à 0,1 % ou indigo-carmin à 0,1-0,5 % avec biopsies ciblées chez les sujets atteints de colites évoluées.

4. L'ESGE propose l'utilisation de l'endoscopie avec de la chromoendoscopie virtuelle (NBI, FICE, I-Scan) ou classique dans des conditions strictes pour la caractérisation des polypes  $\leq 5$  mm à la place de l'analyse histologique. Cette conduite doit être basée sur des classifications validées, et documentée par photographie et par des endoscopistes experts avec évaluation régulière.

**Spada C, Stoker J, Alarcon O, et al. Clinical indications for computed tomographic colonography (CTC): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) Guideline. Endoscopy 2014;46:897-915. [6]**

1. La coloscopie virtuelle par scanner (CTC) est recommandée en cas de coloscopie incomplète et à réaliser le jour même ou le lendemain de la coloscopie incomplète.

2. Si la coloscopie est contre-indiquée ou impossible, la CTC est recommandée comme moyen alternatif acceptable et aussi sensible chez les patients symptomatiques suspects de cancer colorectal.

3. Après la CTC, il est recommandé d'adresser les patients pour polypectomie endoscopique en cas de présence d'au moins un polype  $\geq 6$  mm détecté en CTC. Une surveillance par CTC est indiquée si le patient ne peut bénéficier de la polypectomie.

4. La CTC n'est pas recommandée comme test de dépistage ou chez les sujets avec antécédent familial de cancer colorectal. Cependant, au cas par cas, elle peut être proposée si le sujet est convenablement informé des caractéristiques de la CTC et de ses risques.

**van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal**

**Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2014;46:990-1053. [7]**

1. Ces recommandations pour la pose de prothèse colique ne peuvent être utilisées qu'après réalisation d'un TDM abdominal avec injection (CTscan).

2. Une pose de prothèse colique prophylactique n'est pas recommandée. La prothèse colique n'est réservée qu'aux patients symptomatiques avec obstruction colique maligne sans signe de perforation.

3. La pose de prothèse colique métallique expansible posée dans l'attente d'une chirurgie programmée pour un cancer du côlon gauche obstructif n'est pas recommandée.

4. Les prothèses métalliques expansibles sont un traitement recommandé pour le traitement palliatif des cancers coliques obstructifs sauf si un traitement anti-angiogénique est indiqué (bévécizumab).

**ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointest Endosc 2014;79:875-85 [8]**

1. La coloscopie est recommandée en cas d'hémorragie basse occulte.

2. La coloscopie est recommandée en cas de rectorragie chronique intermittente et d'âge  $> 50$  ans ou si anémie par déficit en fer ou avec perte de poids ou modification du transit.

3. Si rectorragie chronique intermittente et sujet jeune sans signe d'alarme, la rectosigmoidoscopie souple est recommandée.

4. L'OGD est recommandée devant un mélena, et si l'OGD est négative, la coloscopie est recommandée.

5. L'OGD est recommandée en cas de rectorragie sévère avec modification hémodynamique et si l'OGD est négative, la coloscopie est recommandée.

6. La coloscopie est recommandée dans les 24 heures après préparation haute en cas de rectorragie aiguë.

7. Une injection d'adrénaline avec méthode thermique ou clip est recommandée pour une rectorragie d'origine diverticulaire.

8. Une méthode thermique par plasma argon est recommandée pour les rectorragies d'origine angiectasique.

**ASGE Standards of Practice Committee, Cash BD, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al. The role of endoscopy in the management of constipation. Gastrointest Endosc 2014;80:563-5. [9]**

1. Pas d'exploration endoscopique systématique si constipation sans signes d'alarme.

2. Coloscopie recommandée pour exclure une cause organique ou si rectorragie, anémie, déficit en fer, perte de poids ou avant chirurgie pour constipation.

3. Coloscopie recommandée si constipation récente survenant chez le sujet âgé de plus de 50 ans.

<sup>1</sup>Une endoscopie à haute définition utilise un système avec jusqu'à un million de pixels et un écran comprenant 1080 lignes de résolution verticale.

4. Coloscopie recommandée pour dilatation de sténose ou création de caecostomie quand indiquée et réalisable.

**ASGE Standards of Practice Committee, Shergill AK, Lightdale JR, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1101-21. [10]**

1. La coloscopie avec iléoscopie est recommandée pour évaluation initiale des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI).

2. De multiples biopsies sont recommandées lors de la coloscopie initiale pour MICI.

3. La rectosigmoïdoscopie est recommandée si contre-indication à la coloscopie ou pour MICI réfractaire avant escalade thérapeutique.

4. L'OGD est recommandée lors de l'iléocoloscopie chez l'enfant suspect de MICI.

5. La capsule du grêle (VCE) est recommandée si suspicion de maladie de Crohn (MC) sans signe d'obstruction et avec iléocoloscopie négative.

6. L'entéroscanner ou entéro-IRM est recommandé(e) en cas d'atteinte connue de l'intestin grêle au cours d'une maladie de Crohn (MC).

7. La VCE est recommandée en cas de maladie de Crohn et de symptômes inexplicables dont les résultats modifient la prise en charge.

8. L'entéroscopie est suggérée si anomalie sur la vidéocapsule en cas de MICI pour preuve histologique et préciser le traitement.

9. L'échoendoscopie rectale est suggérée en complément des autres modalités d'imagerie en cas de fistule anale.

10. La classification de Montréal est recommandée pour décrire le type et l'extension de la MICI.

11. L'iléocoloscopie est recommandée pour évaluer l'iléon néoterminal 6-12 mois après la chirurgie de MC pour traiter les patients à risque de récurrence.

12. La coloscopie est recommandée huit ans après le début de la MICI pour évaluer l'extension et débiter le dépistage de survenue de néoplasie.

13. La coloscopie de surveillance est recommandée tous les 1 à 3 ans après 8 ans d'évolution de la MICI en cas de RCH atteignant le sigmoïde ou au-delà ou de MC atteignant plus d'un tiers du côlon.

14. La chromoendoscopie avec biopsies ciblées est recommandée pour optimiser la détection de dysplasie.

15. La chromoendoscopie avec biopsie ciblée est suffisante pour la détection de dysplasie mais deux biopsies de chaque segment sont à envisager pour le diagnostic d'extension de la MICI.

16. Une coloscopie dans les 6 à 12 mois, puis annuelle, est recommandée en cas d'ablation complète d'un polype dysplasique.

**ASGE Standards of Practice Committee, Saltzman JR, Cash BD, Pasha SF, et al. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:781-94. [11]**

1. La préparation colique doit être individualisée et basée sur l'efficacité, la sécurité, les comorbidités et préférences.

2. Une explication orale et écrite compréhensible doit être fournie au patient.

3. Une préparation à la carte et renforcée doit être recommandée en cas de facteurs prédictifs de préparation colique inadéquate.

4. Un régime sans résidus doit être associé aux purges coliques approuvées.

5. Une préparation splittée sur deux jours est recommandée pour tous les patients et/ou le jour de l'examen pour les coloscopies de l'après-midi avec une préparation prise dans les 3 à 8 heures précédant l'examen.

6. Une préparation à base de phosphate de sodium ou citrate de magnésium n'est pas recommandée chez les sujets âgés avec maladie rénale ou traitement altérant le flux rénal.

7. L'association de la préparation per os au métoclopramide n'est pas recommandée.

8. La qualité de préparation colique doit être renseignée dans le compte-rendu de coloscopie.

9. En cas de préparation colique inadéquate, une nouvelle coloscopie doit être proposée dans un délai d'un an.

## Intestin grêle

**Pennazio M, Spada C, Eliakim R, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2015;47:352-76 [12]**

1. Il est recommandé que la vidéocapsule de l'intestin grêle (VCG) soit l'exploration de première ligne chez les sujets avec saignement gastrointestinal de cause obscure.

2. Il est recommandé chez les patients avec saignement macroscopique (extériorisé) de cause obscure, de réaliser une VCG aussi précocement que possible après le saignement, idéalement dans les 14 jours suivants ; elle ne recommande pas l'entéroscopie en première intention chez les patients avec saignement gastrointestinal de cause obscure car son rendement est inférieur à celui de la VCG, et recommande la VCG avant discussion d'une entéroscopie chez les patients avec saignement gastrointestinal de cause obscure ou avant discussion d'une exploration radiologique du grêle ou artériographie mésentérique. L'entéro-TDM peut être complémentaire à la VCG chez certains patients : l'ESGE suggère le recours à l'entéroscopie en cas d'indisponibilité de la VCG étant donné le spectre de lésions en cas de saignement gastrointestinal de cause obscure et aussi rapidement que possible après l'épisode hémorragique : elle

suggère que la VCG en urgence peut être envisagée en cas de saignement macroscopique obscur non résolutif : chez ces patients, l'entéroscopie de première intention peut être proposée étant donné son caractère diagnostique et thérapeutique.

3. Il n'est pas recommandé de refaire « systématiquement » les examens endoscopiques initiaux avant la réalisation d'une VCG chez les sujets avec saignement digestif de cause obscure ou déficit en fer mais une discussion de « second look » au cas par cas peut être envisagée ; l'ESGE recommande une prise en charge observationnelle après VCG négative et saignement gastrointestinal de cause obscure en l'absence de saignement macroscopique extériorisé ou nécessitant la poursuite des transfusions car leur pronostic est excellent et le risque de récurrence faible : en cas de saignement de cause obscure persistant, soit extériorisé ou requérant des transfusions, l'ESGE recommande de renouveler la VCG ou une entéro-TDM.

4. Il est recommandé chez les patients avec saignement gastrointestinal de cause obscure et un diagnostic obtenu par VCG de réaliser une entéroscopie pour confirmer et possiblement traiter la lésion identifiée.

5. Il est recommandé chez les patients avec anémie ferriprive et avant réalisation d'une VCG que soient réalisées une enquête médicale complète, une œsogastroduodénoscopie avec biopsies duodénale et gastrique, et iléocoloscopie ; l'ESGE recommande chez ces patients une VCG en première ligne après endoscopie digestive haute et basse négative.

6. Il est recommandé l'exploration par iléocoloscopie en première intention chez les patients suspects de MC.

En cas de négativité de l'iléocoloscopie, l'ESGE recommande la réalisation d'une VCG pour explorer l'intestin grêle en l'absence de symptômes évocateurs ou de sténose connue du grêle. Chez ces patients, l'ESGE ne recommande pas la réalisation préalable d'une autre imagerie ou d'une capsule « patency » du grêle. Elle recommande dans ce cas une sélection prudente des patients (clinique, sérologie, marqueurs fécaux) pour augmenter la précision de la VCG ; dans ce cas, elle recommande l'arrêt des AINS un mois avant la VCG car il peuvent induire des lésions similaires à celles de MC. Chez les autres patients avec symptômes évocateurs ou sténose connue du grêle, l'ESGE recommande une imagerie du grêle en coupe en première intention par entéro-IRM ou entéro-TDM :

7. Il est recommandé chez les patients avec signes de MC sur l'iléocoloscopie, une imagerie du grêle en coupe en première intention par entéro-IRM ou entéro-TDM pour déterminer l'extension des lésions ou identifier une sténose.

Chez ces patients avec une imagerie transversale normale, l'ESGE recommande de réaliser ensuite une VCG si les résultats sont susceptibles de modifier la prise en charge. Dans ce cas, l'ESGE recommande de réaliser préalablement une capsule « patency ». Elle suggère le recours aux scores

d'activité pour faciliter un suivi longitudinal et la réponse au traitement. Chez ces patients, en cas de rétention de la VCG, l'ESGE recommande une attitude conservatrice et un retrait par entéroscopie seulement en cas d'échec du traitement médical.

8. Il est recommandé de réaliser une entéroscopie avec biopsies chez les patients avec iléocoloscopie non contributive et suspicion de maladie de Crohn sur l'imagerie en coupe ou sur la VC ; elle recommande le recours à l'entéroscopie pour traitement incluant dilatation de sténose, retrait de corps étranger et traitement de saignement digestif.

9. Il n'est pas recommandé le recours à la VCG en cas de suspicion de maladie cœliaque qui reste une option uniquement en cas de refus ou d'impossibilité de réaliser une œsogastroscopie : l'ESGE ne recommande pas la VCG pour évaluer l'extension de la maladie ou sa réponse au régime sans gluten.

L'ESGE recommande le recours à la VCG uniquement en cas de diagnostic équivoque de maladie cœliaque ; elle recommande le recours à la VCG et à l'entéroscopie en cas de maladie cœliaque qui ne répond pas ou réfractaire au régime sans gluten.

10. Il est recommandé, en cas de suspicion de tumeur du grêle, la réalisation d'une VCG en cas de révélation par un saignement gastrointestinal obscur ou une anémie ferriprive non expliquée sans examen préalable et en l'absence de symptômes de sténose du grêle. L'ESGE recommande l'entéroscopie plutôt que la VCG si des explorations par imagerie ont déjà diagnostiqué une suspicion de tumeur du grêle : elle recommande une imagerie transversale par coupe pour affirmer l'opérabilité si la VCG a permis le diagnostic de tumeur du grêle avec une haute probabilité ; en cas de diagnostic incertain à la VCG, une entéroscopie pour biopsie est requise ; elle ne recommande pas le suivi par des VCE des tumeurs du grêle non traitées.

11. Il est recommandé, en cas de masse sous-muqueuse à la VCG, d'obtenir une confirmation par entéroscopie, et en cas de forte suspicion mais d'entéroscopie négative, de recourir à une imagerie transversale par coupe.

12. Il est recommandé, en cas de polyposse adénomateuse familiale, un suivi du grêle proximal par endoscopie à vision axiale ; l'ESGE suggère, quand une exploration du grêle est indiquée, qu'une VCG ou imagerie en coupe transversale soit envisagée, mais la pertinence des résultats demande de futures démonstrations.

13. Il est recommandé, en cas de syndrome de Peutz-Jeghers, une surveillance du grêle par VCG ou par entéro-IRM en fonction des disponibilités et expertises locales ; elle recommande une entéroscopie programmée pour polypectomie des polypes >10–15 mm, diagnostiqués par VCG ou imagerie en coupe transversale

## CPRE

**Dumonceau JM, Andriulli A, Elmunzer BJ, et al. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Updated June 2014. Endoscopy 2014;46:799-815. [13]**

1. L'ESGE recommande l'administration de routine d'un suppositoire de 100 mg de diclofénac ou d'indométhacine immédiatement avant une CPRE chez tous les patients en l'absence de contre-indication. En outre, chez les sujets à haut risque de pancréatite post-CPRE, la pose d'une prothèse pancréatique de 5Fr doit être envisagée.

2. L'ESGE suggère de restreindre le recours à un fil guide pancréatique pour les cas de canulations multiples successives inadvertantes du canal pancréatique lors d'une CRPE biliaire ; dans ce cas, des tentatives guidées par un fil guide plutôt que par injection de produit de contraste doivent être utilisées et une prothèse pancréatique prophylactique doit être mise en place.

3. L'ESGE suggère que la fistulotomie au couteau est préférable à la technique de la pré-coupe chez les patients à voie biliaire dilatée. Si la pré-coupe est utilisée et la canulation pancréatique facile, une fine prothèse pancréatique de 3 ou 5Fr doit être mise en place, utilisée pour guider la coupe et laissée en place après la CPRE pendant 24 à 48 heures.

4. L'ESGE ne recommande pas une dilatation au ballonnet (sphinctéroclisie) comme alternative de routine à la sphinctérotomie mais elle est réservée à des cas particuliers ; dans ce cas, la dilation ne doit pas excéder une minute.

**ASGE Standards of Practice Committee, Chathadi KV, Chandrasekhara V, Acosta RD, et al. The role of ERCP in benign diseases of the biliary tract Gastrointest Endosc 2015;81:795-803. [14]**

1. Pas de cholangiopancréatographie rétrograde (CPRE) de routine avant cholécystectomie si pas de signe d'obstruction biliaire.

2. La CPRE en cas de pancréatite aiguë n'est recommandée qu'en cas de cholangite associée ou signe d'obstruction biliaire.

3. La CRPE est recommandée pour dilatation et pose de prothèse pour sténose bénigne de la voie biliaire.

4. La CPRE est recommandée en première intention pour traitement des fistules ou fuite biliaire postopératoire.

5. La cholangioscopie est suggérée en cas de calcul de la VBP non enlevable par sphinctérotomie avec ou sans dilatation associée ou tithotripsie mécanique.

6. Cholangioscopie suggérée pour biopsie de sténose de la VBP.

7. CPRE et sphinctérotomie recommandées pour les patients avec dysfonctionnement du SO de type I (douleurs biliaires et anomalie des enzymes > 2N, VBP >8 mm).

8. CPRE et sphinctérotomie non recommandées pour les patients avec dysfonctionnement du SO de type III (douleur sans anomalie des enzymes ni dilatation de la VBP).

9. L'administration d'indométhacine par voie rectale avec ou sans prothèse pancréatique est recommandée en cas de CPRE pour suspicion de dysfonctionnement du sphincter d'Oddi.

## Environnement de l'endoscopie

**Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2014;46:693-711. [15]**

1. L'ESGE recommande que chaque centre possède une conduite à tenir écrite pour la prise en charge des perforations iatrogènes, y compris pour chaque acte endoscopique associé à un fort risque de perforation. Ces conduites doivent être partagées par les radiologues et chirurgiens de l'établissement.

2. L'ESGE recommande que les signes ou symptômes de perforation après endoscopie soient soigneusement répertoriés et documentés par un CT-scan pour éviter tout retard au diagnostic.

3. L'ESGE recommande que la fermeture endoscopique d'une perforation iatrogène soit envisagée en fonction de sa taille, localisation et expertise de l'endoscopiste. Un passage à l'insufflation au CO<sub>2</sub>, une vidange du contenu intraluminal et une décompression du pneumopéritoine et pneumothorax peuvent être réalisés.

4. Après fermeture d'une perforation iatrogène par une méthode endoscopique, l'ESGE recommande que la prise en charge découle de l'estimation du succès envisagé et de la condition clinique. En cas d'échec ou d'impossibilité de fermeture endoscopique ou si l'état clinique du patient se détériore, un avis chirurgical doit être pris.

**ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Acosta R, Chandrasekhara V, et al. Routine laboratory testing before endoscopic procedures. Gastrointest Endosc 2014;80:28-33. [16]**

1. L'indication des tests ou examens avant endoscopie est fondée sur les antécédents et facteurs de risque.

2. Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement de test de coagulation, radiopulmonaire, ECG, groupe ou dosage de l'hémoglobine.

3. Un test de grossesse est recommandé chez la femme en âge de procréer et fluoroscopie prévue lors de l'endoscopie.

4. Un test de coagulation et dosage de l'hémoglobine est à réaliser en cas d'histoire d'hémorragie, de maladie hémato-logique, de prise d'anticoagulant, de malnutrition, d'obstacle biliaire ou de traitement antibiotique au long cours.

5. Une radio pulmonaire est à réaliser si symptômes res-piratoire ou cardiaque.

6. Un dosage de l'hémoglobine, du groupage sanguin et recherche des RAI est recommandé en cas d'anémie ou hémorragie récente ou risque hémorragique du geste endoscopique.

**ASGE Standards of Practice Committee, Khashab MA, Chithadi KV, Acosta RD, et al. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:81-9. [17]**

1. L'ASGE recommande de ne pas recourir systématiquement à l'antibioprophylaxie pour la seule prévention de l'endocardite.

2. L'ASGE suggère que chez les sujets à risque, du fait de leur comorbidité cardiaque de type cardiopathie cyanogène non opérée ou opérée depuis moins de six mois ou avec défaut résiduel, prothèse de valve cardiaque quelle qu'elle soit avec antécédent d'endocardite, de transplanté cardiaque avec valvulopathie ou en cas d'une infection digestive dans laquelle l'entérocoque peut être impliqué, de recourir à une couverture du geste endoscopique par des antibiotiques.

3. L'ASGE ne recommande pas une antibioprophylaxie avant CRPE quand une maladie obstructive biliaire (CSP, cholangiocarcinome) n'est pas suspectée ou si la levée totale de l'obstacle biliaire est anticipée.

4. L'ASGE recommande une antibioprophylaxie chez les transplantés hépatiques explorés par CPRE avec des antibiotiques qui couvrent le spectre des entérocoques et bacilles gram négatifs et continués après la CPRE en cas de drainage incomplet.

5. L'ASGE ne recommande pas d'antibioprophylaxie avant une échoendoscopie diagnostique ou la ponction d'une masse solide.

6. L'ASGE recommande une antibioprophylaxie avant la ponction sous échoendoscopie d'une masse kystique médiastinale.

7. L'ASGE suggère une antibioprophylaxie avant la ponction sous échoendoscopie d'une masse kystique pancréatique

8. L'ASGE recommande une antibioprophylaxie parentérale par cefazoline (ou antibiotique couvrant les SARM) avant GPE ou JPE.

9. L'ASGE recommande une antibioprophylaxie chez les patients cirrhotiques admis pour hémorragie digestive par ceftriaxone parentérale ou norfloxacine orale en cas d'allergie au ceftriaxone.

10. L'ASGE ne recommande pas d'antibioprophylaxie avant endoscopie chez les patients porteurs de prothèse vasculaire ou de matériel électronique cardiaque implantable.

11. L'ASGE ne recommande pas d'antibioprophylaxie avant endoscopie chez les patients porteurs de prothèse orthopédique implantée.

12. L'ASGE ne recommande pas une antibioprophylaxie avant endoscopie chez les patients en dialyse péritonéale continue.

## Live et démonstration

**Dinis-Ribeiro M, Hassan C, Meining A, et al. Live endoscopy events (LEEs): European Society of Gastrointestinal Endoscopy Position Statement – Update 2014. *Endoscopy* 2015;47:80-6. [18]**

1. Les patients doivent être informés que les soins standard et en l'état de l'art seront prodigués et leur anonymat préservé.

2. Les experts n'appartenant pas à l'établissement siège de la démonstration doivent être présentés au patient. Les indications cliniques des procédures endoscopiques lors de ces démonstrations et leurs objectifs éducatifs doivent être définis et partagés par les équipes de l'établissement et les experts invités

## Références

- Hwang JH, Shergill AK, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2014;80:221–7.
- ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Lightdale JR, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1305–10.
- ASGE Standards of Practice Committee, Evans JA, Muthusamy VR, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the bariatric surgery patient. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1063–72.
- ASGE Standards of Practice Committee, Evans JA, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. *Gastrointest Endosc* 2015;82:1–8.
- Kamiński MF, Hassan C, Bisschops R, et al. Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2014;46:435–49.
- Spada C, Stoker J, Alarcon O, et al. Clinical indications for computed tomographic colonography (CTC): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) Guideline. *Endoscopy* 2014;46:897–915.
- van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2014;46:990–1053.

8. ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2014;79:875–85.
9. ASGE Standards of Practice Committee, Cash BD, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al. The role of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc* 2014;80:563–5.
10. ASGE Standards of Practice Committee, Shergill AK, Lightdale JR, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1101–21.
11. ASGE Standards of Practice Committee, Saltzman JR, Cash BD, Pasha SF, et al. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:781–94.
12. Pennazio M, Spada C, Eliakim R, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2015;47:352–76.
13. Dumonceau JM, Andriulli A, Elmunzer BJ, et al. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Updated June 2014. *Endoscopy* 2014;46:799–815.
14. ASGE Standards of Practice Committee, Chathadi KV, Chandrasekhara V, Acosta RD, et al. The role of ERCP in benign diseases of the biliary tract. *Gastrointest Endosc* 2015;81:795–803.
15. Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2014;46:693–711.
16. ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Acosta R, Chandrasekhara V, et al. Routine laboratory testing before endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2014;80:28–33.
17. ASGE Standards of Practice Committee, Khashab MA, Chithadi KV, Acosta RD, et al. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:81–9.
18. Dinis-Ribeiro M, Hassan C, Meining A, et al. Live endoscopy events (LEEs): European Society of Gastrointestinal Endoscopy Position Statement – Update 2014. *Endoscopy*. 2015;47:80–6.