

Endoscopie gastro-intestinale pédiatrique

Paediatric Gastrointestinal Endoscopy

Traduction : D. Heresbach

Relecteurs : X. Dray · E. Bories

© Lavoisier SAS 2017

La SFED a décidé, après accord de l'ESGE, de vous faire partager les recommandations de l'ESGE en publiant les traductions de leurs résumés, le texte intégral étant disponible sur <http://www.esge.com/esge-guidelines.html>. Ces recommandations sont relayées et adoptées par la SFED.

Ce document est le résumé traduit des recommandations sur l'endoscopie digestive en pédiatrie, rédigé conjointement par la Société européenne d'hépatogastroentérologie et de nutrition pédiatrique (ESPGHAN) et la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE). Le but de ces recommandations, fondées sur l'*evidence-based medicine* et sur le consensus, est de fournir une revue des indications cliniques et du moment de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique en pédiatrie.

Endoscopie œsogastroduodénale

1. L'ESGE et l'ESPGHAN ne recommandent pas l'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) en cas de reflux gastro-œsophagien, de trouble fonctionnel digestif ou de perforation digestive (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser systématiquement des biopsies, même en l'absence d'anomalie visible, chez tout enfant (de 0 à 18 ans) ayant une EOGD (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser l'EOGD chez l'enfant sous anesthésie générale, ou à défaut de

recourir à la sédation profonde avec monitoring strict (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

4. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser l'EOGD dans un environnement accueillant pour l'enfant, avec un matériel adapté à la pédiatrie, et par un endoscopiste formé à l'endoscopie pédiatrique (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
5. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que lorsque des endoscopistes de médecine d'adulte réalisent des procédures pédiatriques la collaboration entre gastroentérologues d'adultes et pédiatres soit toujours garantie (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
6. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que le choix du gastroscope dépende du poids et de l'âge de l'enfant (*recommandation faible, niveau de preuve bas*) [matériel adulte si > 1 an et > 10 kg).

Iléocoloscopie

1. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de ne pas réaliser d'iléocoloscopie diagnostique ou thérapeutique en cas de mégacôlon toxique, de perforation colique récente (< 28 jours), de résection intestinale récente (< 7 jours) ou de troubles digestifs fonctionnels (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser l'iléocoloscopie chez l'enfant sous anesthésie générale, ou à défaut de recourir à la sédation profonde avec monitoring strict (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser l'iléocoloscopie dans un environnement accueillant pour l'enfant, avec un matériel adapté à la pédiatrie et par un

D. Heresbach (✉)
e-mail : denis.heresbach@ch-centre-bretagne.fr

endoscopiste formé à l'endoscopie pédiatrique (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

4. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que lorsque des endoscopistes de médecine d'adulte réalisent des procédures chez les enfants les plus âgés, la collaboration entre gastroentérologues d'adultes et pédiatres soit toujours garantie (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
5. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que le choix du coloscope dépende du poids et de l'âge de l'enfant (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
6. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent chez l'enfant une préparation par polyéthylène glycol (PEG) de faible volume avec acide ascorbique ou par picosulfate de sodium et citrate de magnésium/séné (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*).
7. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent de ne pas utiliser chez l'enfant une préparation par phosphate de sodium (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*).
8. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser systématiquement des biopsies lors de l'iléocoloscopie chez l'enfant en cas de suspicion de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), même en l'absence de lésion visible (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
9. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de suivre les recommandations de l'ESPGHAN pour la rectocolite hémorragique et les critères révisés de Porto pour les indications précises et les sites de biopsies dans les MICI (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
10. L'ESGE et l'ESPGHAN n'ont pas d'argument suffisant pour indiquer ou contre-indiquer l'insufflation systématique de CO₂ lors de l'iléocoloscopie chez l'enfant. La douleur après iléocoloscopie apparaît rare et modérée chez l'enfant (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
11. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de tenter systématiquement l'intubation iléale chez l'enfant avec douleur abdominale, saignement, diarrhée ou suspicion de MICI (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
12. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de retirer les polypes de moins de 3 mm à la pince à biopsie, et ceux de 3 à 8 mm à l'anse froide ou chaude : l'anse froide est conseillée dans le côlon droit où le risque de perforation est plus élevé. Pour les polypes de plus de 8 mm, l'utilisation de l'anse diathermique est recommandée (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

Ingestion de corps étrangers

1. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent le recours précoce aux urgences et une évaluation radiographique en cas de suspicion d'ingestion de corps étranger, même chez un patient asymptomatique. Des radiographies de face et de profil doivent être obtenues au niveau du cou, du thorax, de l'abdomen et du pelvis, lorsque indiqué. Une tomодensitométrie peut être envisagée en cas de corps étranger radiotransparent (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser une EOGD précoce si le corps étranger est dans l'œsophage (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent le retrait de corps étrangers non contondants (ni pointus ni tranchants), de pièce de monnaie ou d'impaction alimentaire, dans l'œsophage, rapidement (< 24 heures), même chez l'enfant asymptomatique. Si l'enfant est symptomatique, un retrait urgent (< 2 heures) est recommandé, surtout pour les piles boutons (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
4. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent le retrait de l'estomac ou du duodénum de corps étrangers non contondants (ni pointus ni tranchants) chez les patients symptomatiques ou si l'objet fait plus de 2,5 cm de diamètre ou plus de 6 cm de long. Dans les autres cas, un corps étranger gastrique peut être surveillé et retiré seulement s'il est à l'origine de symptômes ou ne progresse pas spontanément après quatre semaines (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
5. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent le retrait urgent (< 2 heures) de tout corps étranger acéré œsophagien (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
6. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent le retrait urgent (< 2 heures) de tout corps étranger acéré gastrique ou duodénal proximal, même si asymptomatique (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
7. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent le retrait urgent (< 2 heures) de toute pile bouton impactée dans l'œsophage (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).
8. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent le retrait urgent (< 2 heures) de toute pile bouton gastrique si l'enfant est symptomatique ou est suspect d'une anatomie modifiée (par exemple un diverticule de Meckel) ou s'il a simultanément ingéré un aimant (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
9. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que les piles boutons de plus de 20 mm en site gastrique fassent l'objet d'une surveillance radiologique et soient retirées si encore présentes après 48 heures (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
10. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent un retrait rapide (< 24 heures) en cas d'ingestion d'une seule pile cylindrique impactée en site œsophagien et aussi rapidement que possible au-delà dans le tube digestif lorsque l'enfant est symptomatique (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

11. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que l'ingestion d'une seule pile cylindrique dans l'estomac fasse l'objet d'une surveillance radiologique ambulatoire après 7 et 14 jours et d'un retrait en l'absence d'évacuation spontanée dans les selles (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
12. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent l'extraction rapide (< 24 heures) de tout aimant accessible à l'endoscopie, en cas d'inaccessibilité endoscopique, une surveillance étroite et un avis chirurgical en cas de stagnation dans le tractus digestif (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
13. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent l'extraction d'une impaction alimentaire œsophagienne, en urgence, inférieure à deux heures après l'admission (idéalement à partir de l'heure de l'ingestion), en cas de symptômes (incontinence salivaire, douleur cervicale). Si l'enfant est asymptomatique, une extraction rapide (< 24 heures) est indiquée (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*). L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent la recherche d'une pathologie œsophagienne sous-jacente après tout épisode d'impaction alimentaire (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
14. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent de ne pas extraire endoscopiquement de boulettes de drogues (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).
15. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que l'endoscopie souple est une intervention efficace et sûre pour l'extraction de corps étrangers digestifs, avec un taux de succès élevé, utilisant des anses à filet, anses à polypectomie et pinces à dents de rat (*recommandation faible, niveau de preuve très bas*).

Ingestion de caustiques

1. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que tout enfant ayant ingéré un produit caustique doit avoir un suivi rigoureux, avec une indication d'endoscopie fondée sur les symptômes seuls, et que selon les symptômes l'endoscopie est à réaliser dans les 24 heures (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent que tout enfant chez lequel une ingestion de caustique est suspectée et ayant des symptômes (lésions buccales, vomissements, incontinence salivaire, dysphagie, hématomèse, dyspnée, douleur abdominale, etc.) ait une EOGD pour identifier toute lésion digestive de nature caustique (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que chez tout enfant chez lequel une ingestion de caustique est suspectée, en l'absence de symptômes (incontinence salivaire ou

autre, absence de lésion buccale), l'EOGD soit différée et qu'un suivi adapté soit assuré (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).

4. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent le même niveau de vigilance pour les ingestions d'acide ou de base au regard des lésions muqueuses potentielles qu'ils peuvent réaliser (les bases, et en particulier la soude caustique, sont associées à des lésions œsophagiennes plus sévères, et des lésions gastriques sévères peuvent survenir après ingestion d'acide). La survenue de sténoses est décrite tant avec les acides qu'avec les bases (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*).
5. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent l'administration intraveineuse de forte dose de dexaméthasone (1 g/1,73 m² par jour) pendant une courte période (trois jours) pour les œsophagites caustiques de grade IIB, afin de prévenir la survenue de sténose œsophagienne. L'administration de corticostéroïdes n'a pas d'intérêt démontré dans les autres grades (I, IIa, III) d'œsophagite caustique (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

Sténoses œsophagiennes bénignes

1. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent la dilatation au ballonnet ou aux bougies des sténoses œsophagiennes bénignes uniquement lorsqu'elles sont symptomatiques (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent les définitions suivantes des sténoses bénignes réfractaires et récidivantes : « une diminution du calibre anatomique qui résulte d'une cicatrisation ou d'une fibrose, aboutissant à une dysphagie en l'absence de signe endoscopique d'inflammation ». Cela peut être la conséquence soit (sténose réfractaire) d'une impossibilité de remédier au problème anatomique qui permettrait une alimentation orale suffisante pour l'âge, après un maximum de cinq dilatations avec des intervalles (au plus) de quatre semaines, soit (sténose récidivante) d'une impossibilité de maintenir plus de quatre semaines un calibre endoluminal satisfaisant pour une alimentation orale suffisante pour l'âge (*recommandation faible, niveau de preuve très bas*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent la pose d'une prothèse œsophagienne extractible ou l'application locale de mitomycine C après dilatation de sténose œsophagienne réfractaire chez l'enfant. L'ESGE et l'ESPGHAN ne suggèrent pas la pratique systématique d'injection intralésionnelle de corticostéroïdes pour sténose œsophagienne réfractaire chez l'enfant (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

Chez les enfants opérés d'une atrésie de l'œsophage, l'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent une surveillance endoscopique à long terme de survenue d'œsophage de Barrett ou de cancer. Le rythme de la surveillance sera dicté par la présence ou l'absence de dysplasie et devra suivre des recommandations déjà publiées dans la littérature (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

Hémorragies digestives hautes et basses

1. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent qu'après une prise en charge médicale standardisée optimale une EOGD soit réalisée très rapidement (< 12 heures) en cas d'hémorragie digestive haute (HDH) nécessitant une assistance hémodynamique ou lorsque des hématémèses ou mélénas abondants sont présents (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent qu'après une prise en charge médicale standardisée optimale une EOGD soit réalisée très rapidement (< 12 heures) en cas d'HDH avec varices œsophagiennes connues (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent qu'après une prise en charge médicale standardisée optimale une EOGD soit réalisée dans les 24 heures en cas d'HDH nécessitant une transfusion pour hémoglobine inférieure à 8 g/dl, avec une perte d'hémoglobine de 2 g/dl, et chez les patients stables présentant un score au-dessus d'un seuil pronostique validé, indiquant une probable nécessité d'intervention endoscopique (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).
4. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent qu'une EOGD soit réalisée avant la sortie de l'hôpital chez l'enfant pris en charge pour HDH, en cas de maladie hépatique ou d'hypertension portale connue (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
5. L'ESGE et l'ESPGHAN ne suggèrent pas le recours systématique à la vidéocapsule endoscopique ou à l'entérocopie en cas d'HDH chez l'enfant (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).
6. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que l'iléocoloscopie thérapeutique rapide (24 heures) n'est habituellement pas nécessaire au cours des hémorragies digestives basses, sauf en cas de retentissement hémodynamique, mais que l'iléocoloscopie à visée diagnostique doit être réalisée dès qu'elle devient possible et sûre (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).
7. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent de réaliser l'hémostase des varices œsophagiennes hémorragiques chez l'enfant, par ligature élastique en première intention, sinon par sclérothérapie (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
8. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser l'hémostase des ulcères peptiques ou des ulcérations de Dieulafoy non pas par injection d'adrénaline diluée seule, mais en l'associant à une technique thermique ou mécanique (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
9. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent, chez l'enfant, de pratiquer sous anesthésie générale les endoscopies pour les hémorragies digestives. L'anesthésie générale est recommandée pour les hémorragies d'origine variqueuse. La sédation profonde peut être utilisée chez l'enfant plus âgé pour les hémorragies les moins sévères (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
10. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser une vidéocapsule endoscopique chez l'enfant en cas de suspicion d'hémorragie de l'intestin grêle et également une entérocopie au(x) ballon(s) en cas d'indication thérapeutique (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).

Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)

1. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent chez l'enfant de plus d'un an de pratiquer la CPRE à visée thérapeutique, après exploration diagnostique par des moyens non invasifs comme la cholangiopancréato-IRM (CPRM). La CPRE diagnostique peut être envisagée chez des patients sélectionnés pour lesquels des explorations d'imagerie non invasive poussées ne permettent pas de conclure (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que la CPRE diagnostique chez le nouveau-né et l'enfant de moins d'un an atteint de maladies hépatobiliaires cholestatiques soit envisagée lorsque les explorations d'imagerie non invasive ne permettent pas de conclure, afin d'orienter le patient en chirurgie dans un délai raisonnable, en cas de suspicion d'atrésie des voies biliaires ou pour éviter une chirurgie inutile si une atrésie biliaire est exclue (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent que la CPRE soit réalisée chez l'enfant par un endoscopiste expérimenté et impliqué en pédiatrie, dans un centre tertiaire ayant un gros volume d'activité (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).
4. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de réaliser la CPRE chez l'enfant sous anesthésie générale. La sédation consciente profonde peut être envisagée chez l'adolescent (12–17 ans), bien que l'anesthésie générale soit la méthode de choix (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

5. La prévention de la pancréatite post-CPRE par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (suppositoire de diclofénac ou d'indométacine) est recommandée chez l'enfant âgé de plus de 14 ans (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*).
6. La protection des organes radiosensibles chez l'enfant (thyroïde, seins, gonades, yeux) est recommandée ainsi que l'utilisation d'une collimation adaptée à la taille de l'enfant (*recommandation forte, niveau de preuve forte*).
7. L'ESGE et l'ESPGHAN recommandent l'utilisation d'un duodéscope pédiatrique de 7,5 mm pour les enfants pesant moins de 10 kg et l'utilisation d'un duodéscope thérapeutique de 7,5 mm pour ceux pesant plus de 10 kg (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).
4. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent la réalisation d'une EE pour les maladies pancréatobiliaires de l'enfant pour lesquelles des modalités d'imagerie non invasive (échographie, CPRM) ne permettent pas de conclure (*recommandation faible, niveau de preuve très bas*).
5. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que le drainage des pseudokystes pancréatiques, guidé par EE, soit réalisé dans des centres avec une expérience et une expertise spécifiques (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

Échoendoscopie

1. L'échoendoscope (EE) bronchique peut être utilisé pour l'EE digestive chez l'enfant de moins de 15 kg. Un échoendoscope linéaire standard ne devrait être utilisé que sous anesthésie générale chez l'enfant, compte tenu du risque traumatique lié à la rigidité de son extrémité distale (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
2. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent que l'EE soit réalisée chez l'enfant dans des centres tertiaires ayant une forte expérience en endoscopie thérapeutique. Une collaboration étroite est requise entre gastroentérologues d'adultes et pédiatres en cas d'EE avec du matériel standard (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).
3. L'ESGE et l'ESPGHAN suggèrent de pratiquer l'EE radiale avec une minisonde pour le diagnostic de sténose œsophagienne congénitale : sous-types avec résidu trachéobronchique et avec sténose fibromusculaire (*recommandation faible, niveau de preuve très bas*).

Liens d'intérêts : ESGE guidelines represent a consensus of best practice based on the available evidence at the time of preparation. They may not apply in all situations and should be interpreted in the light of specific clinical situations and resource availability. Further controlled clinical studies may be needed to clarify aspects of this statement, and revision may be necessary as new data appear. Clinical consideration may justify a course of action at variance to these recommendations. This guideline is intended to be an educational device to provide information that may assist endoscopists in providing care to patients. This guideline is not a rule and should not be construed as establishing a legal standard of care or as encouraging, advocating, requiring, or discouraging any particular treatment. This document was translated by the Société française d'Endoscopie Digestive and the translation accuracy is under the responsibility of SFED.

Bibliographie

Tringali A, Thomson M, Dumonceau JM, et al. Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Guideline Executive summary. *Endoscopy* 2017;49:83–91.