

RECOMMANDATIONS DE LA



L'ENTÉROSCOPIE

**Gérard GAY, Jean-Christophe LETARD,
Michel DELVAUX, René LAUGIER,**
Jean-Pierre ARPURT, Christian BOUSTIÈRE,
Jean BOYER, Jean-Marc CANARD,
Jean CASSIGNEUL, Pierre-Adrien DALBIÈS,
Jean ESCOURROU, Bertrand NAPOLÉON,
Laurent PALAZZO, Thierry PONCHON,
Bruno RICHARD-MOLARD,
Denis SAUTEREAU, Gilbert TUCAT,
Bruno VÉDRENNE

Mise à jour de la recommandation parue en décembre 1997

Ces recommandations restent indicatives et temporaires, susceptibles d'évoluer avec les connaissances scientifiques à venir.

Les limites de l'exploration radiologique, qu'il s'agisse des procédés les plus modernes (scanner et IRM avec entérocluse), sont bien connues, en particulier lorsqu'il s'agit de rechercher des lésions muqueuses. On conçoit dans ces conditions la nécessité d'un développement de l'exploration endoscopique de l'intestin grêle.

Historiquement, 4 procédures sont envisagées : l'entéroscopie peropératoire (EPO), la vidéoentéroscopie poussée (VEP), la vidéocapsule endoscopique (VCE) et, la plus récente, l'entéroscopie double ballon (EDB).

I. L'ENTÉROSCOPIE CHIRURGICALE [1,2]

Son rôle est maintenant réduit avec l'introduction de l'entéroscopie double ballon. Elle est limitée aux urgences hémorragiques mettant en jeu le pronostic vital et aux thérapeutiques endoscopiques peropératoires en cas d'échec de l'entéroscopie poussée et/ou de l'entéroscopie double ballon.

Elle est réalisée par voie orale, anale et surtout par entérotomie avec la technique du « manchonnage ». Elle nécessite une bonne coopération médicochirurgicale avec des objectifs clairement définis au préalable.

On se méfiera des adhérences postopératoires, en particulier chez les sujets porteurs de polyadénomatoase familiale.

Les lésions seront repérées au cours de l'exploration antérograde s'il s'agit de malformations artérioveineuses de façon à éviter la confusion avec des lésions traumatiques.

II. LA VIDÉOENTÉROSCOPIE POUSSÉE (VEP) [3,5]

Elle n'est utile que par voie haute. La double voie est abandonnée car elle n'est pas plus efficace que l'iléocoloscopie traditionnelle.

a) Les vidéoentéroscopes :

- diagnostiques et thérapeutiques ;
- semi longs : de 2,30 à 2,80 m en moyenne ;
- électroniques, munis de CDD ;
- à flexibilité et rigidité différenciées ;
- à champ de vision augmenté ;
- immergeables : ils permettent une technique rigoureuse de nettoyage, de décontamination et de désinfection du matériel.

b) Les surtubes : munis de « protège-bouche » avec aspiration latérale – ils sont nécessaires pour une exploration qui essaye de dépasser les deux premières anses grêles – quelle que soit la technique utilisée par voie haute, seules les 3 ou 4 premières anses grêles au maximum sont explorées en fonction des conditions anatomiques dans lesquelles l'examen est réalisé.

1. Les indications validées

– *saignements digestifs chroniques obscurs* à endoscopies hautes et basses négatives pour des lésions grêles situées sur les premières anses intestinales.

– Les lésions ont été, au mieux, préalablement repérées par VCE. En cas de syndrome obstructif chronique : après mise en œuvre du scanner qui démontre le caractère proximal des lésions.

– *le plus souvent, les lésions retrouvées sont :*

- ulcérations liées aux AINS ;
- malformations artérioveineuses ;
- tumeurs.

Par ailleurs, la VEP est mise en œuvre en cas de :

- syndrome de malabsorption ;
- contrôle des anomalies jéjunales ;
- diarrhée inexplicée chez les patients immuno-déprimés.

2. L'examen

a) La préparation :

À jeun strict depuis plus de 6 heures.

b) L'anesthésie :

- cet examen se déroule sous anesthésie avec ou sans intubation ;
- nécessité d'une consultation pré-anesthésique au moins 48 heures avant l'examen ;
- requiert un environnement et un suivi post-anesthésique adéquats.

c) Déroulement de l'examen par voie haute :

- malade en décubitus latéral gauche ;
- progression du vidéoentéroscope jusqu'à la portion moyenne du deuxième duodénum (après exploration minutieuse œsogastrique) ;
- utilisation et positionnement du surtube après débouclage intragastrique de l'endoscope ;
- immersion éventuelle pour l'examen de la muqueuse ;
- l'utilisation de la radioscopie est conseillée pour la mise en place du surtube, sans être indispensable au fur et à mesure que s'accroît l'expérience.

3. Petit matériel

L'entéroscopie poussée par voie haute permet l'utilisation de tout le matériel diagnostique et thérapeutique utilisé pour une œsogastroduodénoscopie classique.

Il est particulièrement important, notamment dans l'utilisation des sondes d'électrocoagulation, de tester la puissance des sources électriques compte tenu de la faible épaisseur de la paroi du grêle.

4. Complications

Elles sont peu fréquentes.

a) Anesthésiques : elles sont les mêmes que pour une œsogastroduodénoscopie et une coloscopie.

b) Spécifiques de l'entéroscopie :

- une dizaine de perforations dues au surtube ont été rapportées dans la littérature mondiale depuis cinq ans pour l'entéroscopie poussée ;
- les lésions les plus fréquentes sont de petites ulcérations, des lacérations superficielles au niveau de la portion haute de l'estomac et de la portion haute de l'œsophage ;
- un épisode de pancréatite aiguë liée à la pression exercée par le surtube dans le duodénum sur la papille est rapporté, de même qu'un épisode transitoire d'augmentation de volume des glandes parotides et sous-maxillaires.

5. Conclusion

La vidéoentéroscopie poussée est maintenant réduite à la voie haute. Ses indications ont notablement diminué avec l'introduction de la capsule endoscopique et de l'entéroscopie double ballon.

III. LA VIDÉOCAPSULE ENDOSCOPIQUE (VCE)

Cf. fiche SFED mars 2006

IV. L'ENTÉROSCOPIE DOUBLE BALLON (EDB)

Cf. fiche SFED mars 2006

V. CONCLUSIONS GÉNÉRALES [6]

a) L'utilisation de l'entéroscopie poussée doit être réservée aux lésions facilement accessibles dans la première ou deuxième anse grêle pour les équipes qui bénéficient encore de ce matériel.

b) L'EDB est bien tolérée. Elle permet d'explorer la totalité de l'intestin grêle en combinant les voies haute et basse. Sa rentabilité diagnostique est élevée. Tous les gestes d'endoscopie thérapeutique actuellement réalisés dans les autres segments digestifs sont envisageables.

c) Cet examen n'est pas un examen de première intention, il s'inscrit dans une stratégie d'exploration de l'intestin grêle au sein d'une équipe multidisciplinaire capable de mettre en œuvre les différentes techniques d'exploration de l'intestin grêle : vidéocapsule, entéro-IRM, entéroscanner, entéroscopie double ballon.

d) Il est maintenant possible d'explorer la totalité de l'intestin grêle par entéroscopie (VCE, VEP, EDB), le choix de la technique étant fonction de l'indication et du matériel disponible. Leur regroupement sur un seul site est souhaitable de façon à être utilisé dans les meilleures conditions.

VI. RÉFÉRENCES

1. Lewis B.S., Waye J.D. Total small bowel enteroscopy. *Gastrointest Endosc* 1987; 33:435-8
2. Delmotte J.S., Gay G., Houcke Ph., Mesnard Y. Intraoperative enteroscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1999; 9:61-9
3. Rossini P., Arrigoni A., Pennazio M. Clinical Enteroscopy. *J Clin Gastroenterol* 1996; 22:231-6
4. Landi B., Tkoub M., Gaudric M., Guimbaud R., Cervoni J.P., Chaussade S., Couturier D., Barbier J.P., Cellier C. Diagnostic yield of push enteroscopy in relation to its indication. *Gut* 1998; 42:421-5
5. Gay G., Delmotte J.S. Enteroscopy in small inflammatory disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1999; 9:115-23
6. Gay G., Delvaux M., Fassler I. Outcome of capsule endoscopy in determining indication and route for "push and pull enteroscopy". *Endoscopy* 2006; 38:49-58

Cette fiche est parue dans *ACTA ENDOSCOPICA*
2007; 37(1):89-90

ISBN 978-2-914703-66-6
EAN 9782914703666

Editée avec le soutien de



24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.ipsen.com