Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie
Société Suisse de Gastroentérologie
Società Svizzera di Gastroenterologia

Guide pour la gastroscopie SSG / SGG

Version 1.2 du septembre 2021

Préambule

Ce guide a été élaboré selon les meilleures pratiques et après consultation de la littérature (état 2020), d'entente avec des endoscopistes expérimentés, et a valeur de standard dans la gastroentérologie suisse, tant pour le domaine ambulatoire qu'hospitalier. Le but en est d'obtenir la meilleure qualité possible dans les examens. Le cursus suisse de formation postgraduée pour le titre de spécialiste en gastroentérologie et l'attestation de formation complémentaire en gastroscopie pour les médecins porteurs du titre de spécialiste en médecine interne (voir sous www.sggssg.ch) coïncide avec les exigences de ce guide.

1. Définition

On appelle gastroscopie (ou œsophago-gastro-duodénoscopie) l'examen de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum effectué à l'aide d'un endoscope flexible après une préparation adéquate. L'examinateur dispose d'une formation structurée et d'une expérience définie. La gastroscopie est assistée par au moins une personne formée. Il est possible de recourir à la sédation, qui est prescrite par l'examinateur et fait l'objet d'une surveillance directe. La formation continue en sédation, y compris la gestion des complications, est structurée et définie.

Les autres paramètres de qualité suivants sont définis: l'hygiène (y compris le nettoyage des appareils), la sédation, la conduite à tenir chez des patients avec des médicaments inhibant la coagulation, la durée de l'examen, la documentation photographique des points de repère (œsophage, ligne Z, fundus, corps et antre de l'estomac, bulbe duodénal et 2e duodénum II si possible avec papille principale [*Park JM, Endoscopy 2019*]), la documentation écrite, photographique et biopsique des résultats pathologiques, la communication avant la gastroscopie (déclaration de consentement) et après celle-ci (information sur les résultats et les conséquences).

2. Indication et contre-indication

Une gastroscopie est indiquée pour élucider des symptômes (par ex. troubles du reflux, selles goudronneuses, anémie, douleurs abdominales, etc.) et pour surveiller des lésions précancéreuses (œsophage de Barrett, atrophie gastrique et métaplasie intestinale, par ex. dans le cadre d'une gastrite chronique atrophique). La gastroscopie permet de réaliser des biopsies et des interventions thérapeutiques (polypectomie, dilatation, pose de stents, etc.).
Pour chaque patient, la décision pour ou contre une gastroscopie doit être évaluée individuellement dans un contexte global.

Les contre-indications sont le refus du patient et les comorbidités graves. L'âge lui-même n'est pas une contre-indication.

3. Examinateur

3.1. Formation du médecin

3.1.1. Certification

L'examinateur est un médecin diplômé.

3.1.2. Recertification et obligation de formation continue
Durant la totalité de son activité professionnelle, le médecin doit continuellement se former. Le nombre de congrès auxquels assister et de formations continues sur le plan national et international ainsi que l'étude de la littérature sont prescrits.

3.2 Formation postgraduée en endoscopie
L'examinateur doit satisfaire aux 3 critères suivants:

a. L'examinateur dispose d'un titre fédéral ou étranger reconnu de spécialiste en gastroentérologie ou d'une attestation de formation complémentaire en gastroscopie pour les médecins porteurs du titre de spécialiste en médecine interne.
b. L'examinateur a accompli une formation postgraduée structurée de 3 ans dans un établissement de formation reconnu et a effectué lui-même dans ce cadre au moins 400 gastroscopies.
c. Le médecin pratique lui-même au moins 25 (idéalement 100) gastroscopies par année.

3.3 Formation postgraduée en sédation
Dans le cadre de la formation postgraduée et continue, l'examinateur est formé aux diverses techniques de sédation. Il maîtrise la gestion des complications. Il a appris de façon structurée la réanimation cardiovasculaire et la ventilation au masque. En outre, il suit des formations définies dans la technique de sédation, notamment pour l'utilisation du propofol. Pour la formation à la sédation au propofol et son utilisation en gastroentérologie, nous renvoyons au concept de formation intitulé « Sédation au propofol en gastroentérologie » ainsi qu'au document consensuel sur « L'utilisation pratique de la sédation au propofol en gastroentérologie ». On peut consulter ces deux recommandations sur le site de la SSG (www.sggssg.ch).

4. Personnel d'assistance
Le personnel d'assistance est un personnel médical qui a été formé pour l'assistance en endoscopie et pour la sédation (cf. recommandations séparées sur le site internet de la SSG).

5. Infrastructure
5.1. Locaux
5.1.1. Salle d'examen
La salle d'endoscopie dispose d'une alimentation en oxygène et d'un endroit pour un lit d'examen avec suffisamment de place pour l'examinateur, les assistants, le matériel, l'équipement d'urgence et les manipulations d'urgence (réanimation). La salle est régulièrement nettoyée de façon adéquate. L'accès doit être possible avec un lit portable. La possibilité de demander de l'aide doit être garantie (téléphone, interphone, etc.). L'éclairage est ajustable. Les lits pour patients doivent offrir une protection suffisante contre les chutes.

5.1.2. Salle de réveil
Après l'examen, le patient doit avoir suffisamment de temps pour se réveiller dans la salle d'examen ou une autre salle avec possibilité de surveillance.

5.2. Appareils
Les appareils flexibles usuels sont certifiés CE et autorisés sur le marché suisse. Ces endoscopes doivent pouvoir être préparés de manière standard, entreposés au sec et transmis proprement. Pour les accessoires, on se sert soit de matériel certifié CE à usage unique ou réutilisable et correctement préparé. Les dispositifs techniques (par exemple, dispositif d'aspiration) remplissent les mêmes exigences.

5.3. Equipement d'urgence
Une réanimation cardiovasculaire est possible en tout temps. Un défibrillateur et un masque avec ballon auto-gonflable (Ambu) sont à portée de main. Des aides à la ventilation telles que canule de Wendel sont sur place. Les médicaments pour la réanimation sont disponibles dans la salle et contrôlés régulièrement. Il y a une arrivée d'oxygène fixe ou une quantité d'oxygène suffisante dans un conteneur mobile.

6. Hygiène

6.1. Techniques de désinfection des endoscopes

Les appareils peuvent être nettoyés manuellement, de façon semi-automatique ou à l'aide d'un automate de lavage. Aucune méthode n'est supérieure aux autres, à condition qu'elle soit effectuée correctement. Les instruments sont préparés selon les « Directives suisses pour le retraitement des endoscopes flexibles » (voir sous www.sggssg.ch) et contrôlés périodiquement sur le plan microbiologique.

6.2. Contrôle de qualité

6.2.1. Mode d'exécution

Au moins une fois par année, les appareils sont contrôlés pour vérifier l'absence de germes. Les liquides de rinçage de chaque appareil sont placés dans des milieux distincts et analysés l'un après l'autre pour voir s'il y a contamination. La Société suisse de gastroentérologie propose au moins deux fois par année à ses membres un test d'hygiène en collaboration avec un laboratoire accrédité. Il est obligatoire d'effectuer les tests d'hygiène 1 x par année.

6.2.2. Mesures en cas de défauts

Les appareils contaminés font l'objet d'une analyse ciblée. La SGGSSG propose de l'aide par le biais de son responsable de l'hygiène et, le cas échéant, un service d'infectiologie reconnu est impliqué. Les appareils contaminés ne sont plus utilisés jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'ils ne contiennent plus de germes.

6.2.3. Publication

Les noms des gastroentérologues avec des appareils dépourvus de germes sont publiés dans une « Liste blanche » sur l'internet (www.sggssg.ch).

7. Information et consentement

7.1. Information avant la gastroscopie

Avant l'examen, on donne au patient la possibilité d'avoir un entretien avec une discussion portant sur le consentement éclairé.

7.2. Consentement éclairé

Sauf dans les cas d'urgence, il doit toujours y avoir un consentement donné par écrit ou par oral. En cas de consentement oral, l'examinateur documente rapidement celui-ci par une note manuscrite dans le dossier médical. Un consentement écrit est signé par le patient, de sa propre main, ou par son représentant légal.

8. Technique

8.1. Préparation

8.1.1. Gestion des médicaments anti-coagulants

On procède à une anamnèse hémorragique. Pour la façon concrète de procéder, se référer aux recommandations de la société de discipline médicale, qui sont publiées séparément sur le site internet de la SSG (www.sggssg.ch).

8.1.2. Préparation

La qualité de la préparation est consignée.

8.2. Examen

Le patient ne doit consommer aucun aliment solide ni liquide au moins pendant les 6 heures précédant la gastroscopie. Une petite quantité d'eau (200 ml) est toutefois éventuellement admise jusqu'à 3 heures avant l'examen chez les patients à faible risque; cela pourrait augmenter la tolérance à l'examen (Koeppe AT et al., BMC Gastroenterol 2013).
La gastroscopie a lieu en position latérale gauche après la mise en place d'un embout buccal. Il est également possible de réaliser la gastroscopie par voie transnasale à l'aide d'un gastroscope ultra-mince (pédiatrique), soit en position latérale, soit en position assise (par exemple chez les patients obèses non sédatés).
Le recours à une sédation n'est pas obligatoire et doit être discuté avec le patient. Cependant, la gastroscopie est généralement moins bien tolérée, en particulier chez les jeunes patients, ce qui pourrait nuire à la qualité et à la durée de l'examen. Si aucune sédation n'est pratiquée, le patient reçoit une anesthésie locale (pharynx, cavité nasale). L'association d'une anesthésie locale et d'une

sédation peut améliorer la tolérance de l'examen (Fröhlich F, Gastroenterology 1995), mais elle doit être évitée chez les patients présentant un risque d'aspiration (patients âgés, diabétiques).
La sédation au disoprivan (propofol) entraîne (par rapport au midazolam) un intervalle plus court entre le début de la sédation et le début de l'endoscopie, des durées d'endoscopie plus longues et donc peut-être une qualité d'examen plus élevée (Meining A, Endoscopy 2007).
La responsabilité de la gastroscopie revient à l'examinateur. Pour les examens sous sédation, l'endoscopiste est impérativement accompagné par un assistant en endoscopie dans la salle. Un autre auxiliaire (=personnel d'assistance médical) formé aux mesures BLS doit être joignable dans le service.

8.3. Recommandations spécifiques sur la qualité de la gastroscopie

8.3.1 Qualité de la préparation

La préparation (estomac vide, restes de nourriture, liquide, sang, mousse) est documentée par écrit. Les muqueuses sont nettoyées de manière adéquate (aquajet, aspiration) et soigneusement inspectées sous insufflation d'air ou de CO_2.

8.3.2 Durée de l'endoscopie

Pour la gastroscopie, contrairement à la coloscopie, on trouve peu de littérature scientifique traitant de la durée d'examen optimale. Plusieurs études japonaises et coréennes ont montré qu'une durée d'examen plus longue était associée à un taux de détection plus élevé des lésions de haut grade ou de carcinomes (Teh JL et al., Clin Gastroenterol Hepatol 2015; Park JM et al., Gastroenterology 2017; Kawamura T et al, Dig Endosc 2017). Une durée d'examen d'au moins 7 minutes est souhaitable. Les durées d'examen en cas de surveillance de l'œsophage de Barrett (au moins 1 min par cm de muqueuse de Barrett est recommandée) et de gastrite chronique atrophique devraient être mentionnées dans le rapport d'endoscopie.

8.3.3 Biopsies

L'efficacité (adéquation et économicité) des biopsies de routine n'a pas encore été étudiée de manière systématique. Une seule étude démontre que les endoscopistes ayant un taux de biopsie élevé ont un taux de cancers d'intervalle plus faible sur une période de 3 ans après la dernière gastroscopie (Januszewicz W et al., Gastrointest Endoscopy 2019). Les gastroscopies ne sont généralement réalisées que chez les patients symptomatiques ou pour la surveillance de lésions à risque (Barrett, atrophie gastrique, métaplasie intestinale), des biopsies étant prélevées dans la grande majorité des cas.
Recommandations spécifiques concernant les biopsies:

a) Pour la surveillance de l'œsophage de Barrett, il est recommandé de réaliser 4 biopsies par quadrant tous les 2 centimètres (protocole de Seattle).

b) Pour diagnostiquer une gastrite, au moins 5 biopsies (2 dans l'antre, 1 au niveau de l'angulus, 2 dans le fundus) sont prélevées (protocole de Sydney), les biopsies de l'antre et du fundus étant collectées dans des récipients à biopsie séparés. Ces 5 biopsies constituent le standard minimal pour l'évaluation pathologique selon la classification OLGA/OLGIM.

c) En cas d'ulcère gastrique et d'œsophagite de haut grade (grade D), des échantillons de tissus doivent être prélevés sur les bords de l'ulcère. S'il y a suspicion de carcinome, on collecte au moins 6 biopsies. Une gastroscopie de contrôle avec biopsies est indiquée dans les deux cas après 6 à 8 semaines de traitement aux IPP à haute dose.

d) Pour diagnostiquer une maladie cœliaque, il faut prélever au moins 4 biopsies, dont une dans le bulbe duodénal.

e) Pour diagnostiquer une œsophagite à éosinophiles, il est recommandé de prélever au moins 6 biopsies dans deux régions différentes de l'œsophage (tiers inférieur, moyen et supérieur).

8.3.4 L'endoscopie assistée par ordinateur et l'endoscopie avec grossissement, seules ou combinées

peuvent augmenter le taux de détection des lésions prémalignes, mais dépendent de l'opérateur.

8.3.5 Les résultats pathologiques
sont décrits au moyen de classifications reconnues sur le plan international.

8.4. Surveillance
Le patient est sous surveillance constante sur le plan clinique. Lors d'une sédation, une pulsoxymétrie est effectuée en continu avec une bonne qualité. Selon la situation, le capteur doit être déplacé (du doigt à l'oreille) ou le vernis doit être enlevé. Durant la phase de réveil et jusqu'à la restauration complète des fonctions cognitives normales, une personne est présente dans la salle et est responsable du patient.

8.5. Communication des résultats et sortie
Les résultats de l'endoscopie, y compris la sédation, le prélèvement d'éventuelles biopsies et les interventions éventuelles, sont documentés et communiqués au patient après son réveil. Les complications sont également communiquées et documentées. En outre, les résultats et les conséquences de la coloscopie/de l'histologie sont communiqués au médecin traitant et/ou au patient.

9. Documentation

9.1. Documentation de l'examen lui-même
9.1.1. Avant l'examen
Médecin traitant, indication, nature de la préparation, risques d'hémorragie, médecin examinateur, assistants.

9.1.2. Durant l'examen
Pouls/saturation en oxygène lors de la sédation, heures (début de la sédation, début de l'endoscopie, fin de l'endoscopie). Documentation photographique des régions anatomiques importantes (« landmarks »): œsophage / ligne Z, fundus gastrique en rétroflexion, antre / angulus, bulbe duodénal, duodénum II (si possible avec la papille principale) ainsi que des éventuels résultats.

9.1.3. Après l'examen
Les résultats y compris la qualité du nettoyage, l'exhaustivité de l'examen, les biopsies (localisation), les complications, le dosage des médicaments pour la sédation, le nombre et la localisation des lésions et les données relatives aux colorations ou à l'imagerie électronique, sont documentés dans la mesure du possible au moyen de classifications standardisées reconnues au niveau international.

9.2. Communication des résultats et marche à suivre
Les résultats sont communiqués au patient après son réveil et la marche à suivre provisoire est établie. A son départ, le patient sait qui est responsable de lui et à qui il peut s'adresser en cas de question ou de complications.

9.3. Obligation de conservation
Les documents sont conservés **20 ans**.

10. Suivi et système de rappel

D'entente avec le médecin traitant et/ou le médecin de famille, le patient est informé, le cas échéant, qu'une nouvelle gastroscopie est indiquée. Les examens incomplets ou insuffisamment préparés doivent être répétés. En cas de résidus alimentaires dans l'estomac, la gastroscopie peut être répétée après l'administration en iv de 250mg d'érythromycine (pendant 30').
Si une gastroscopie de suivi est indiquée, l'intervalle recommandé doit être communiqué par écrit.