

Conseil de pratique

Techniques et indication de l'entéroscopie

Rédacteur : Gabriel Rahmi

Documents de référence :

Di Caro S, May A, Heine DG et al; DBE-European Study Group. The European experience with double-balloon enteroscopy: indications, methodology, safety, and clinical impact. *Gastrointest Endosc.* 2005; 62: 545-50.

Samaha E, Rahmi G, Landi B et al. Long-term outcome of patients treated with double balloon enteroscopy for small bowel vascular lesions. *Am J Gastroenterol.* 2012; 107: 240-6.

Date: février 2014

1. Technique (Figure 1)

Entéroscopie double BALLON

Matériel

- Entéroscope (Fujifilm Inc.) avec un ballon en latex jetable qui doit être fixé à l'extrémité distale de l'endoscope avant la procédure :
 - *EN-450P5 standard (utilisé en pédiatrie): diamètre = 8,5 mm, longueur = 230cm, diamètre canal opérateur = 2,2 mm*
 - *EN-450T5 thérapeutique : diamètre = 9,5 mm, longueur = 230cm, diamètre canal opérateur = 2,8 mm*
- Surtube souple (diamètre externe = 12,2mm, longueur = 140 cm) avec un ballon en latex pré monté à l'extrémité distale.
- Pompe péristaltique permettant le gonflement et le dégonflement des deux ballons; elle en contrôle la pression de manière continue selon le principe du barostat.

Progression

Les retraits successifs de l'entéroscope et du surtube avec leurs ballons gonflés dans un segment intestinal permettent d' « empiler » l'intestin grêle sur le surtube.

Entéroscopie simple BALLON

Matériel

- Entéroscope (SIF-Q180, Olympus) : diamètre = 9,2 mm, longueur : 230 cm, diamètre du canal operateur : 2,8 mm.
- Surtube souple : longueur = 140 cm, diamètre extérieur = 13,2 mm, un ballon distal pré-monté à l'extrémité distale.
- Pompe péristaltique permettant de gonfler le ballon du surtube.

Progression

Les retraits successifs de l'entéroscope avec le bout distal béquillé et du surtube avec le ballon gonflé permettent d' « empiler » l'intestin grêle sur le surtube.

Entéroscopie spiralée

Matériel

- Surtube (Endo-Ease Discovery SB[®], Spirus Medical) entouré d'une spire : longueur = 118 cm, diamètre externe = 16 mm, diamètre interne = 9,8 mm. Il existe pour la voie basse un surtube avec un diamètre plus important (Endo-Ease VISTA[®] Retrograde).
- Utilisable avec un entéroscope adulte Fujifilm ou Olympus.

Progression

L'introduction de l'entéroscope, sur lequel est fixé le surtube, se fait sous contrôle de la vue avec des mouvements de rotation horaire du surtube.

Autres entéroscopies

L'entéroscopie poussée est rarement réalisée en raison de sa mauvaise rentabilité diagnostique ; elle peut être utile pour des lésions très proximales, juste après l'angle de Treitz, en utilisant un coloscope par exemple.

L'entéroscopie per-opératoire est rarement réalisée en raison de sa morbidité élevée.

En pratique

- Vidéocapsule endoscopique avant l'entéroscopie pour aider à choisir la voie d'abord (Rapport temps (min) lésion / temps (min) caecum ; <0,75 = voie orale à privilégier).
- Par voie haute et basse : à jeun depuis la veille; par voie basse : préparation orale type colique.
- Sous anesthésie générale en décubitus latéral gauche si possible.
- Durée de plage endoscopique: 1 heure ± 30 à 45 minutes

- Radioscopie non systématique (plus utile pour la voie basse).
- Insufflation minimale durant la progression.
- Insufflation des ballons à limiter dans le duodénum en raison du risque de pancréatite aiguë.
- Examen minutieux de la muqueuse au retrait en insufflant.
- Insufflateur à CO² fortement recommandé.
- Tatouage (injection sous muqueuse de particules de carbone ou d'encre de chine) : lorsque la lésion n'est pas atteinte par la première voie choisie, en prévision d'une entéroscopie passant par l'autre voie.

2. Indications (Figure 2)

Saignement digestif obscur (SDO)

- Indication principale
- Rentabilité diagnostique entre 60 et 80%.
- La lésion la plus fréquemment mise en évidence est l'angiodysplasie (50-80%), essentiellement située dans le jéjunum proximal et dont le traitement se fait par électrocoagulation au plasma argon, associée à une sclérose par injection de sclérosant si la lésion est large ou épaisse. Les facteurs prédictifs d'une bonne rentabilité diagnostic sont : la présence de lésions typiques à la VCE, l'âge avancé, la réalisation de transfusions sanguines récentes et la prise d'antiagrégants plaquettaires.
- Le taux de récurrence à un an est de 30-50% malgré un traitement endoscopique.
- L'efficacité du traitement est meilleure pour les patients qui ont une lésion de forte imputabilité (lésion typique et/ou présence de sang) lors de la capsule réalisée avant l'entéroscopie.

Polyposes familiales, polypes (syndrome de Peutz-Jeghers, Polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch)

- Alternative à la chirurgie grâce à la polypectomie ou la mucosectomie
- Tumeur du grêle
- Réalisation de biopsies

Suspicion clinique ou biologique de maladie de Crohn

- Réalisation de biopsies pour documenter une atteinte isolée du grêle.
- Dilatation de sténoses du grêle au ballonnet hydrostatique.

Bilan de maladie cœliaque

- Diagnostic des complications comme la jéjunite ulcéreuse ou la sprue réfractaire.
- Syndromes de malabsorption et les entéropathies (SIDA, Whipple, lymphome).
- Réalisation de biopsies.

Ulcères après prise d'AINS.

- Hémorragie : hémostase par injection d'adrénaline diluée.
- Sténose : dilatation au ballonnet hydrostatique.

Plus rares : Ablation de corps étrangers, sténoses du grêle, accès aux voies biliaires et pancréatiques si anastomose gastro-jéjunale de type Roux-en-Y, examen de l'estomac après chirurgie bariatrique avec bypass gastrique.

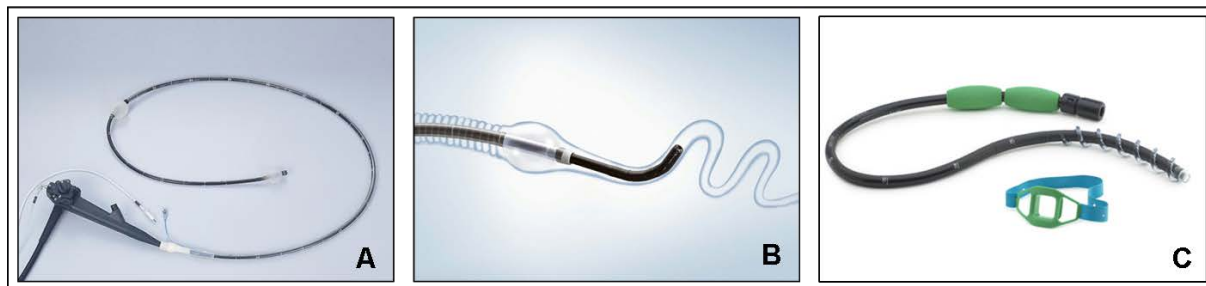


Figure 1 : Entéroscope double (A) ou simple ballon (B) et overtube spiralé.

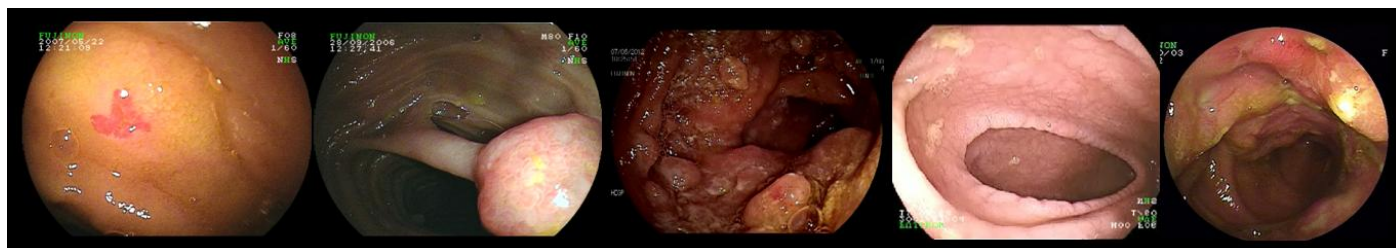


Figure 2 : De gauche à droite : angiodysplasie jéjunale typique, polype pédiculé (Syndrome de Peutz-Jeghers), Maladie de Crohn grêlique, atrophie villositaire (Maladie Coeliaque) et lymphome du Grêle.