

# PATHOLOGIE OBSTRUCTIVE DES VOIES BILIAIRES ET ENDOSCOPIE INTERVENTIONNELLE

SERVICE HGE HÔPITAUX PRIVÉS DE METZ



- endoscope à vision latérale à gros canal opérateur
- « petit » matériel à usage unique performant
- difficulté d'abord chirurgical
- la CWR avec sphinctérotomie et/ou endoprothèse est devenue la technique de référence
- information bénéfique/risque du patient et consentement éclairé



# Technique

- installation radioscopique de qualité
- vidéoendoscope à vision latérale
- anesthésie générale avec IOT
- décubitus latéral gauche 2/3 ventral
- franchissement du pharynx, de l'œsophage et du duodénum à l'aveugle :  
→ douceur et prudence




# Technique

- analyse et examen attentifs de la papille et du duodénum
- canulation sélective du cholédoque
- utilisation d'un fil guide
- injection progressive du produit de contraste iodé en évitant d'opacifier la vésicule
- éviter l'opacification du canal de Wirsung sauf indication



# Indications

- CWR diagnostique : 
- CWR et geste thérapeutique :
  - sphinctérotomie
    - lithiases cholédociennes
    - pancréatites aiguës sévères ou ictériques (72 heures)
    - fuite biliaire cystique
    - parasitose



# Indications

- CWR et geste thérapeutique :
  - ampullectomie
    - petite tumeur T<sub>1</sub> (échoendoscopie préalable)
  - prothèse biliaire
    - sténose bénigne
    - fuite cystique
    - sténose tumorale
      - voie biliaire (cholangiocarcinome)
      - pancréas
      - papille duodénale



# Indications

- prothèse biliaire
  - plastique
  - métallique couverte ou non couverte



# Complications

- pancréatite aiguë
  - imprévisible dans son apparition et sa gravité
  - plus souvent :
    - patient jeune
    - surpoids ou obésité
    - femme > homme
    - cathétérisation intempestive du Wirsung
    - geste compliqué et long
  - traitement préventif : AINS





# Complications

- angiocholite aiguë
- perforation
- hémorragie



# Surveillance

- hospitalisation 48 à 72 heures
- surveillance clinique, biologique et radiologique



x: Age:  
O. Birth:  
5/05/2012  
: 14:30  
/P: A1/4  
F:  
2 Gr: N



Physician:  
Comment:



# L'importance du binôme médecin I.B.O.D.E.

# L'équipe présente en salle d'examen

- Médecin endoscopiste
- Médecin anesthésiste réanimateur
- I.A.D.E
- I.B.O.D.E. (ou I.D.E. d'endoscopie) assurant la fonction d'instrumentiste
- I.D.E. d'endoscopie assurant la fonction de circulant



# Rôle pré-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

1. Préparer la salle d'examen :
  - Check-list d'ouverture de salle
  - Colonne de vidéo endoscopie et vidéo duodéno-scopie placée à la gauche du patient à hauteur de la tête
  - Amplificateur de brillance avec matériel de radioprotection
  - Bistouri électrique
  - Brancard radio transparent
  - DMS : sphinctérotome, ballonnet de dilatation...
  - DMI : endoprothèses



# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

## 2. Accueil du patient :

- Interrogatoire pré interventionnel identique à l'interrogatoire pré opératoire
- Renseigner la check-list de l'HAS spécifique à l'endoscopie

**CHECK-LIST**  
« SÉCURITÉ DU PATIENT  
EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Identifiant du patient : .....  
Date de naissance : .....  
N° de dossier : .....  
N° de chambre : .....

Le présent document (check list) est un outil de travail, le plus sécurisé, en partenariat avec les professionnels de santé et les patients. Il est à compléter avec le questionnaire spécifique de l'endoscopie.

| AVANT L'ENDOSCOPIE (avec un assistant)  |   | APRÈS L'ENDOSCOPIE   |   |
|---|---|--|---|
| 1. Identité du patient :<br>a. Il s'agit de M. ou de Mme, tel que mentionné sur la feuille de transfert de l'endoscopie ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 4. Patient à jeun ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Le type de l'endoscopie est conforme à la prescription de l'ordonnance ?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 5. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 6. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 7. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 8. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 9. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 10. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 11. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 12. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?                                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 13. Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Le patient a-t-il été informé de l'existence de l'endoscopie et de ses risques ?

**HAS** Haute Autorité de Santé

Le présent document (check list) est un outil de travail, le plus sécurisé, en partenariat avec les professionnels de santé et les patients. Il est à compléter avec le questionnaire spécifique de l'endoscopie.

© HAS - Haute Autorité de Santé

# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

## 3. Installation du patient :

- Brancard ou table radiotransparente,
- Décubitus latéral gauche après induction (intubation oro-trachéale)
- Vérifier les points de compression (examen potentiellement long)
- Vérifier l'absence de câbles électriques ou d'électrodes au niveau de l'abdomen (image Rx)
- Mise en place de la plaque de bistouri





# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

## 4. Le positionnement de l'équipe :

- Médecin endoscopiste à la gauche du patient face à la colonne de vidéo endoscopie
- I.B.O.D.E. instrumentiste à la droite du médecin
- I.D.E. circulante assure la radioscopie, « sert » le binôme médecin-instrumentiste



# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

## 5. La fonction « instrumentiste » durant l'examen :

- Pour un travail en collaboration, la communication avec l'opérateur est primordiale !
  - Reformuler si besoin
  - Confirmer le choix d'un instrument ou le diamètre d'un ballon ou d'une prothèse
  - Dire ce que l'on fait : « je pousse le guide », « le ballonnet est gonflé », « j'ouvre la pince »...
  - Dire ce que l'on ressent : résistance du fil guide...

**FAITES CE QUE LE MEDECIN VOUS DIT ET DITES CE  
QUE VOUS FAITES !**



# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

## 5. La fonction « instrumentiste » durant l'examen :

- Purger les dispositifs médicaux : le médecin endoscopiste n'aime pas les bulles d'air !
- Humidifier le fil guide hydrophile avant introduction (le produit de contraste augmente les frottements), les essuyer après le retrait
- Proposer un autre matériel en cas de difficultés opératoires



# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

5. La fonction « instrumentiste » durant l'examen :
- Aider le médecin lors de l'introduction et la manipulation des différents dispositifs



# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

5. La fonction « instrumentiste » durant l'examen :
- Une bonne gestuelle assure une instrumentation et une aide opératoire efficaces permettant de limiter le stress de chacun et contribue à la réussite de l'examen
  - Il est important pour l'instrumentiste d'allier anticipation et rapidité
  - L'I.B.O.D.E. ne doit pas être le maillon faible



# Rôle per-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

- Pour pouvoir anticiper la préparation du matériel nécessaire à l'endoscopie interventionnelle, l'I.B.O.D.E. doit connaître parfaitement le déroulement des actes thérapeutiques



# Rôle post-interventionnel de l'I.B.O.D.E.

- Réinstallation du patient
- Accompagnement du patient en S.S.P.I. et Transmissions
- Elimination des D.A.S.R.I.
- Traitement des dispositifs médicaux thermosensibles
- Traçabilité des DMI utilisés
- Rangement des équipements
- Réapprovisionnement des DMS et DMI utilisés



## En résumé :



La pratique I.B.O.D.E. en endoscopie interventionnelle des voies biliaires demande une bonne connaissance de la technique, du geste, du matériel ainsi que des qualités d'écoute afin que l'opérateur puisse travailler en étroite collaboration et en confiance.





## En résumé :

- 4 mains et deux paires d'yeux sont indispensables à la réussite d'une endoscopie interventionnelle
- Car fermer une pince, monter un fil guide, gonfler un ballonnet, manipuler un sphinctérotome, larguer une prothèse au bon moment tout en manipulant un vidéoendoscope est impossible pour un médecin seul



## En résumé :

- **La clé de la réussite** est une pratique régulière, une parfaite connaissance du matériel, de la technique ainsi que du déroulement du geste pour des **actions d'anticipation**





**Merci pour votre  
attention**