

RÉDACTEURS EN CHEF/EDITORS

P. MAINGUET (Bruxelles), F. VICARI (Nancy)
Ch. FLORENT (Paris)

RÉDACTEURS/COEDITORS

Allemagne : M. CLASSEN (Münich), M. JUNG (Francfort), B. MANEGOLD (Mannheim), A. PFEIFFER (Münich).
Angleterre : A.T.R. AXON (Leeds), Ch. WILLIAMS (Londres).
Belgique : M. CREMER (Bruxelles), A. ELEWAUT (Bruxelles), A. GULBIS (Bruxelles), Y. VAN MAERCKE (Anvers), G. VANTRAPPEN (Bruxelles).
Espagne : J.R. ARMENGOL MIRO (Barcelone), J. BOIX I VALVERDE (Barcelone), J.M. BORDAS (Barcelone), J.M. POU FERNANDEZ (Barcelone), J.A. RAMIREZ ARMENGOL (Madrid), J.L. VASQUEZ IGLESIAS (La Corogne).
France : J. BOYER (Angers), J. FAIVRE (Dijon), B. MOULINIER (Lyon), R. GIULI (Paris), J.F. REY (Saint-Laurent-du-Var).
Hollande : K. HUIJBREGTSE (Amsterdam), G. TYTGAT (Amsterdam).
Hongrie : L. SIMON (Szekszard).
Italie : G. CALETTI (Bologne), R. CHELI (Gènes), G. COSTAMAGNA (Rome), A. MONTORI (Rome), F. ROSSINI (Turin), A. RUSSO (Catane).
Portugal : J.M. CARRILHO RIBEIRO (Lisbonne), DINIZ DE FREITAS (Lisbonne), GINESTAL DA CRUZ (Lisbonne), LOMBA VIANA (Lisbonne), MASCARENHAS SARAIVA (Lisbonne).
Roumanie : Simona VALEAN (Cluj).
Suisse : Ph. MONNIER (Lausanne).
Tchécoslovaquie : Z. MARATKA (Prague).

CORRESPONDANTS

Canada : N.E. MARCON (Toronto).
Colombie : S. FASSLER (Bogota), A. PENALOZA (Bogota).
Israël : M. BEER GABEL (Jérusalem), P. ROZEN (Tel Aviv).
Japon : K. KAWAI (Kyoto), T. KIDOKORO (Nagoya), T. NAGAYO (Nagoya).
USA : J. WAYE (New York).

RUBRIQUES

SFED : Ph. HOUCKE (Lille), J. LAPUELLE (Toulouse).
Image : J.S. DELMOTTE (Lille), J. LAURENT (Nancy).
Proctologie : P. DIETERLING (Nancy).
Europe : M. GREFF (Saint-Laurent-du-Var), V. LAMY (Charleroi).
Gynécologie : H. Ch. VERHOEVEN (Düsseldorf).
Radiologie : R. DONDELINGER (Liège).
Echo-endoscopie : H. GRIMM (Kiehl).
Anapath. : Anne JOURET (Bruxelles), Claire LEGENDRE (Versailles).
Multi-média : T. LEBER (Vienne-Pans).
Organisation des Cours Européens d'Endoscopie Digestive : J. Ch. AUDIGIER (Saint-Etienne), F. COSENTINO (Milan), D. COUMAROS (Strasbourg).

RÉDACTION

ENDOSCOPICA BRUXELLES

Bât. Les Arches, Site U.C.L., rue Martin V, 40,
Boîte n° 4, B 1200 BRUXELLES.
Tél. : 19 (32) 2762.79.68.

ÉDITION ADMINISTRATION

ENDOSCOPICA NANCY

127, rue Saint-Dizier, 54000 NANCY.
Tél. : 83.37.44.38 - Fax : 83.35.34.53.
Direction : F. VICARI.
Secrétariat-Publicité : L. DEVRED.
Photographie : M. MERLE.
Bancs d'essai : B. WATRIN.
Relations : G. GAY.
Conseil Juridique : Ch. DEMOYEN (Paris).

ABONNEMENTS 1994

(5 numéros par an + 2 numéros spéciaux)

Pour la France, port inclus :
Le numéro 195 FF
Abonnement :
Tarif normal 710 FF
Etudiants 450 FF
Pour l'étranger :
Le numéro 226 FF
Abonnement (port inclus) :
Europe 910 FF
Autres pays 950 FF

Les commandes et règlements sont à adresser à
Orders and payments must be sent to :
ENDOSCOPICA, 127, rue Saint-Dizier,
F-54000 NANCY

Banque : Crédit Agricole - 6, rue des Michottes,
F-54000 NANCY - Compte n° 700 5314 6140

Accidents... ou Complications

Il y a vingt ans déjà, la SFED organisait à Nancy une réunion consacrée aux accidents de l'endoscopie digestive (1). Les rapports étaient présentés par Chabanon, Hancy, Jeanpierre et Paolaggi. Un tel travail fut difficile, voire délicat, à réaliser. Et il l'est toujours. Car la frontière entre l'accident et la complication est bien floue. Pourtant cette frontière c'est la faute (erreur, négligence, incompétence...). En 1990, Peter Cotton rappelait que la complication n'est pas fautive par nature. Dans les faits journalistiques et peut-être dans le cerveau de l'endoscopiste, il n'en est pas toujours de même. Cette confusion largement exploitée par les avocats et les médias rend toute enquête problématique. Reconnaître l'accident, c'est déjà avouer la faute, ou tout au moins la maladresse. En 1974, les enquêteurs s'étaient adressés aux assureurs et aux chirurgiens tout autant qu'aux endoscopistes.

Quoi de nouveau en 1994 ?

1) Une nouvelle conception de la responsabilité, avec la notion d'obligation d'organisation des soins, de choix de stratégie, de compétence d'équipe et la sacro-sainte obligation d'information.

2) La diminution des accidents d'endoscopie haute due au progrès du matériel ; il reste pourtant à évaluer la fréquence réelle des perforations par écho-endoscopes et autres incidents liés au caractère spécifique de ce matériel (en infectiologie par exemple). Le dogme de l'innocuité obligatoire de l'échographie paraît avoir occulté le sens critique de certains.

3) La persistance des accidents de type anesthésique avec ici encore une certaine désinformation ou un certain aveuglement. En 1974 les accidents mortels étaient dus à l'absence d'anesthésiste, voire à l'absence d'anesthésie : anoxie, troubles du rythme cardiaque, inondation bronchique, etc. En 1994, nous sommes quelques-uns à penser que la situation n'est peut-être pas si différente.

4) La prise de conscience (et peut être la surévaluation) du risque infectieux... qui n'empêche pas certains, là où l'on ne le croit guère possible, de ne respecter que de très loin les règles élémentaires de prudence. Par ailleurs, le risque provoqué par les méthodes de désinfection vis-à-vis du personnel, voire des patients, reste à ce jour assez peu pris en compte. Je me permettrai de ne pas insister sur le risque écologique, mais, quand même, savez vous ce que devient le liquide décontaminant de votre propre unité d'endoscopie ?

5) La persistance du risque perforatif de ce qui est peut être à ce jour l'endoscopie numéro 1 en fréquence : la coloscopie.

6) La persistance des risques de l'endoscopie thérapeutique. Mais là, cette persistance ne peut masquer les immenses progrès. Il y a toujours des accidents, mais de moins en moins en valeur relative. L'endoscopie interventionnelle, balbutiante il y a vingt ans est devenue aujourd'hui en routine, la cholécystectomie sous cœlioscopie, la pose de prothèse biliaire ou le traitement par laser de tumeurs malignes. En 1974, Robert Jeanpierre présentait des chiffres d'accidents de la CPRE diagnostique qui sont souvent supérieurs à ceux de l'interventionnel biliaire par duodéno-scopie d'aujourd'hui. C'est dire le chemin parcouru.

J. LAURENT

(1) 30 novembre 1974.

Editorial

Accidents... or Complications

*T*wenty years ago already, S.F.E.D. organized in Nancy, a meeting concerning accidents in digestive endoscopy (1). The reports were presented by Chabanon, Hancy, Jeanpierre and Paolaggi. Such a work was difficult even delicate to carry out. It still is. For the frontier between accident and complication is very vague. Yet this frontier is **guilt** (mistake, negligence, incompetence...). In 1990, Peter Cotton reminded us that complication is not guilty in its nature. When reported in the newspapers, perhaps in the mind of the endoscopist however, that is not always the case. This confusion greatly exploited by the lawyers and the media makes any inquiry problematical. To recognize an accident is assimilated to confess the guilt or at least a blunder. In 1974, the authors addressed themselves to insurers and to surgeons as much as to endoscopists.

What's new in 1994 ?

1) a new conception of responsibility with the following notions : the obligation to organize care, the choice of the strategy, the competence of the team and the sacro-saint obligation to inform.

2) The decrease in the number of accidents in upper endoscopy is due to the progress in equipment. However, the real frequency remains to be evaluated concerning perforation by echo-endoscopes and other incidents linked to the specific character of this equipment (in infectiology for example). The dogma of the necessary harmlessness of sonographs appear to have stunted the critical sense of certain people.

3) The persistence of anesthetic accidents again with a certain lack of information or a certain blindness. In 1974, the lethal accidents were due to the absence of an anesthetist even to the absence of anesthetics : anoxia, problems of cardiac rhythm, bronchial inondation, etc. In 1994, some of us think that the situation has not changed very much.

4) The awareness, (perhaps the overevaluation) of the risk of infection... which does not stop some people unbelievably, from only distantly respecting elementary rules of carefulness. On the other hand, the risk caused by methods of disinfection regarding the staff, even the patients, is still only rarely taken into account. Allow me not to insist on the ecological risk but even so, do you know where the decontaminating solution from you own endoscopy unit goes ?

5) The persistence of risk of perforation in what is still perhaps the most frequent endoscopy : coloscopy.

6) The persistence of risk in therapeutic endoscopy. But in this case, the persistence must not hide the huge progress. There are still accidents but relatively fewer and fewer. Surgical endoscopy taking its first steps twenty years ago has now become a routine technique : coelioscopic cholecystectomy, biliary prosthesis setting or laser treatment of malignant tumours. In 1974, Robert Jeanpierre presented figures for accidents in diagnostic ERCP which were often higher than those for biliary surgery by duodenoscopy today. That shows how far we have come.

J. LAURENT

ACTA ENDOSCOPICA assure la publication :

- d'articles originaux se rapportant à l'endoscopie dans ses applications médicales et chirurgicales ;
- de bancs d'essai de matériel endoscopique ;
- d'analyses bibliographiques.

ACTA ENDOSCOPICA intéresse :

les Gastroentérologues, Gynécologues, O.R.L., Pneumologues, Urologues, Anatomopathologistes, Chirurgiens, Echographistes, Radiologues et tout Médecin ou Technicien curieux de l'endoscopie.

ACTA ENDOSCOPICA publishes :

- original articles concerning endoscopy in its medical and surgical applications ;
- experimental studies of endoscopic instrumentations ;
- bibliographical analysis.

ACTA ENDOSCOPICA is published for :

Gastroenterologists, Gynecologists, E.N.T., Pneumologists, Urologists, Anatomopathologists, Surgeons, Echographists, Radiologists and all Physicians interested by endoscopy.

(1) November 30th, 1974.