

Critères de Qualité de la Coloscopie

Basée sur les recommandations
SFED–CNP–HGE–ESGE
AGA/ASGE/ACG 2024

Dr HASSEN KHODJA

Introduction générale

- La coloscopie est un acte central du dépistage et du diagnostic des pathologies colorectales.
- La qualité de l'examen est essentielle pour prévenir les **CCR d'intervalle**.

Cancer colo rectal d'intervalle

- Diagnostiqué après une coloscopie « normale » dans un délai de 6 a 36 mois
- Problème qualité de la colo
 - Préparation
 - Polypes manqués
 - Erreur de diagnostic

Cancer colo rectal d'intervalle

- Taux global 2 à 9 %
- 10 à 11 % chez les patients avec ATCD familiaux de MICI
- Taux plus élevé au niveau du **colon droit**

Objectifs des recommandations 2024

- Améliorer le taux de détection des lésions
- Réduire le CCR post-coloscopie
- Standardiser les pratiques
- Améliorer l'expérience et la sécurité des patients

Les 7 domaines de qualité selon la SFED

- 1. Pré-procédure
- 2. Complétude de l'examen
- 3. Identification des lésions
- 4. Prise en charge
- 5. Complications
- 6. Ressenti du patient
- 7. Post-procédure

1. Pré-procédure

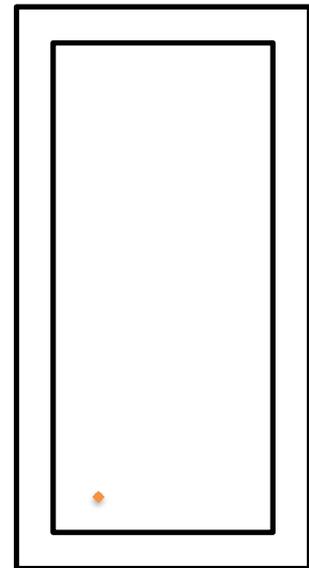
- -Validation de l'indication
 - Indication claire et documentée
 - adhésion aux guidelines de dépistage
 - Revue des antécédents médicaux

1. Pré-procédure

- Consultation pré-endoscopique
 - Obligatoire dans ≥ 90 % des cas
 - Comorbidités, traitements
 - Consentement éclairé signé
 - Organisation de la préparation / sédation

1. Pré-procédure

- Consentement éclairé
 - Obtenu et signé avant l'examen
 - Compréhension des risques/bénéfices
 - Documenté dans le dossier



1. Pré-procédure

- Préparation colique : éléments clés
 - Score de Boston ≥ 7 (≥ 90 % des cas)
 - Prise fractionnée (split-dose) recommandée
- La **première moitié** est prise **la veille** de la coloscopie, généralement en fin de journée.
- La **deuxième moitié** est prise **le matin même** de l'examen, **4 à 5 heures avant l'heure prévue** de la coloscopie, en finissant **au moins 2 heures avant** le début de l'examen.

Avant la coloscopie quel bilan ?

- Aucun bilan sanguin systématique n'est recommandé
- Recherche **troubles de la crase sanguine**
- Bilan sanguin minimal : TP, TCK, plaquettes...?
- Traitements antithrombotiques (AVK, AAP...)

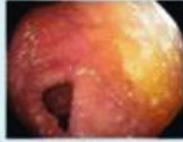
Préparations recommandées

- - PEG 4L ou 2L (avec ou sans adjuvants)
- - Éviter phosphate de sodium (risques rénaux et électrolytiques)
- Régime sans résidu :– Intérêt non prouvé [?] populations à risque d'échec

Score de Boston

Score	Description
0	Côlon non préparé. Muqueuse non visualisée à cause de matières solides qui ne peuvent pas être aspirées
1	Des portions de muqueuse sont vues tandis que d'autres ne sont pas vues à cause de matières solides ou de liquide teinté
2	Résidus minimes de selles ou de liquide teinté, mais le segment est globalement bien vu
3	Muqueuse parfaitement bien vue, sans aucun résidu

Le score de 0 à 3 s'applique à chaque segment colique : côlon droit, côlon transverse, côlon gauche. Le score global, somme des scores des trois segments, varie de 0 à 9.

BBPS		3	2	1	0
3=Excellent 2=Good 1=Poor 0=Inadequate					
					
LC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BBPS= <input type="checkbox"/>					

Les conséquences d'une mauvaise préparation

- Des lésions méconnues
- concerne lésions < 1 cm
- examen à reprogrammer... pas de recommandation ...
- L'impact économique est important : jusqu'à 22% de mauvaises préparations

Facteurs prédictifs de mauvaise préparation

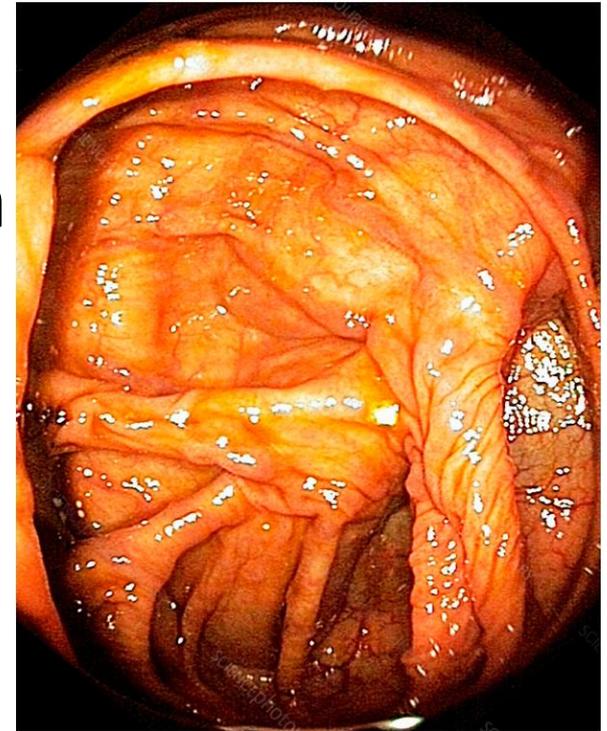
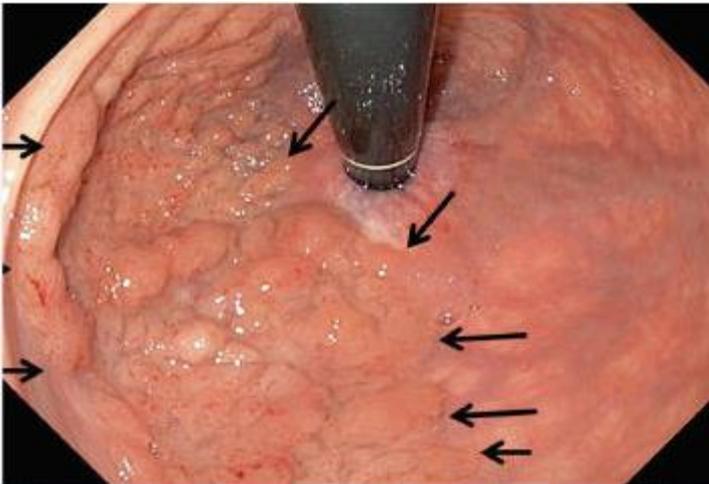
- Constipation
- Chirurgies abdominales
- Traitements psychotropes
- Âge, comorbidités (diabète, Parkinson)

Pendant la coloscopie sédation?

- Rien ? • AG indispensable ?...discussion théorique...
- – Étude européenne multicentrique
 - taux succès intubation caecale id AG, sédation ou rien
 - Important : taux de succès, adhésion du patient

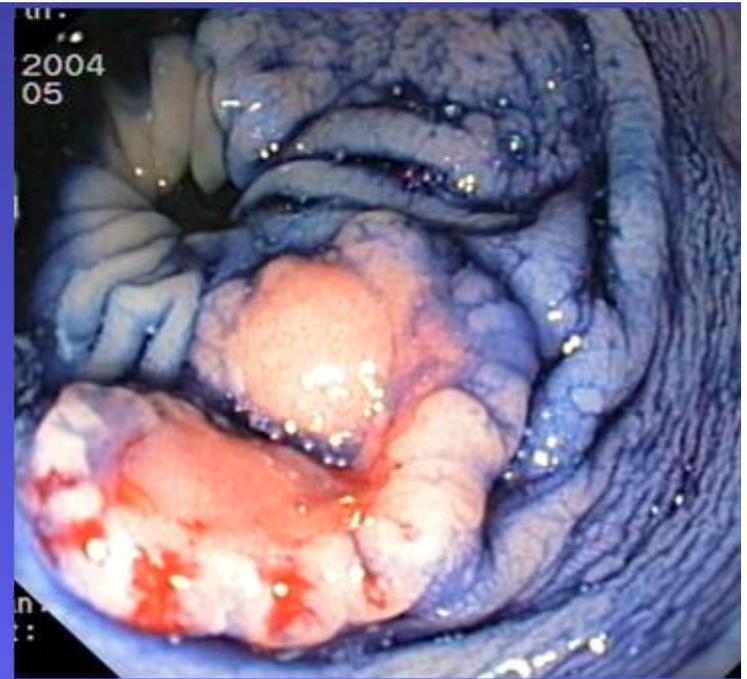
Complétude de la coloscopie

- Visualisation du caecum confirmée par photos
- Taux cible ≥ 95 %
- Inspection terminale du rectum



Temps de retrait (TDR)

- - ≥ 6 minutes recommandé
- - Corrélié au TDA
- - Analyse régulière par opérateur



Taux de détection des adénomes (TDA)

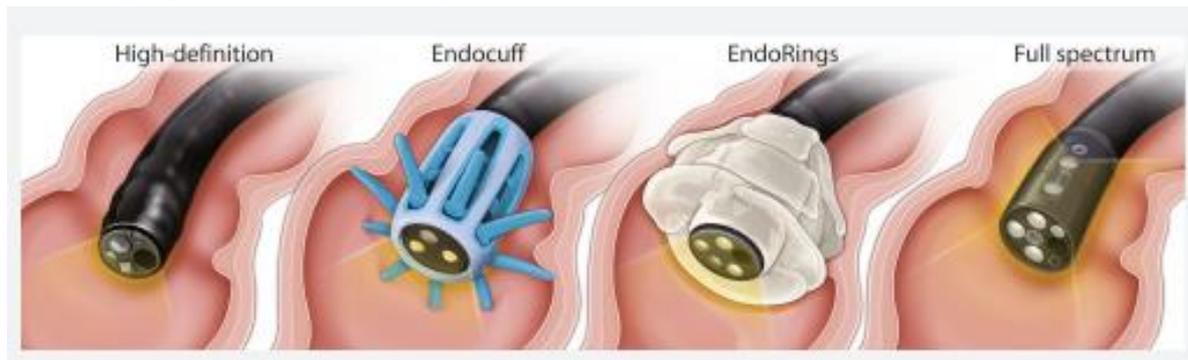
- - Objectif ≥ 30 % globalement
- - ≥ 45 % après FIT chez les hommes
« Fecal Immunochemical Test »
- Amélioration possible via formation, rétrovision, HD

Détection des polypes festonnés

- - Objectif ≥ 1 %
- - Plus fréquents dans le côlon droit
- - Risque élevé de progression vers CCR

Amélioration du TDA : aides technologiques

- Endoscopie HD
- Capuchons (Endocuff[®], EndoRings[®])
- Chromoendoscopie (colorant ou virtuelle)
- Logiciels de détection assistée (IA en développement)



Pendant la coloscopie

- Que faire en cas de doute (coloration, relief) ?
 - Utiliser largement l'indigo carmin :
- Simple : ampoule 10 cc à 1% (à diluer)
- Rapide : par cathéter spray
- Lève le doute sur la présence d'une lésion plane ou déprimée
- Oriente les biopsies ou précise les limites d'exérèse

Pendant la coloscopie

- L'endoscopie avec grossissement
- Basée sur la classification des pit-pattern
- différencier un polype hyperplasique d'un adénomateux ?
 - • pas 100% pas d'impact
- Peut-on différencier DHG, ADK in situ, ADK avancé ?

Techniques de coloscopie – rappels

- Aspiration / lavage fréquents
- Changement de position du patient
- Avancer sous contrôle visuel
- technique de push et tract

Polypectomie : principes

- - Objectif : résection complète, sans résidu
- - Choix de technique selon taille/type du polype

Techniques de polypectomie recommandées

- <3 mm : pince froide
- 4–9 mm : anse froide
- ≥ 10 mm : anse diathermique ou mucosectomie

Taux de récupération des polypes

- - ≥ 90 % pour polypes >5 mm
- - Importance de l'analyse histologique
- - Gestion post-polypectomie adaptée

Complications : à surveiller

- - Perforations
- - Saignements post-polypectomie
- - Réadmission à J7 < 0,5 %, J30 < 1 %

Revue de morbi-mortalité (RMM)

- - Revue annuelle recommandée
- - Permet suivi des complications
- - Amélioration continue des pratiques

Compte-rendu de coloscopie : éléments clés

- Indication
- Préparation (score Boston)
- Complétude
- Description lésionnelle détaillée
- Technique utilisée
- Iconographie

Surveillance post-polypectomie

- Selon nombre, taille, histologie des polypes
- Recommandations HAS et ESGE applicables

Tableau synthétique des seuils clés

- TDA : $\geq 30-45$ %
- TDR : ≥ 6 min
- Préparation : score Boston ≥ 7
- Complétude caecale : ≥ 95 %

Conclusion clinique

- Suivi des indicateurs clés : TDA, caecum, préparation
- Respect des techniques validées
- Prise en compte du confort patient

Conclusion stratégique

- Qualité = sécurité + performance
- Standardisation = amélioration continue
- Chaque gastro-entérologue est acteur du progrès

Références clés

- - SFED–CNP-HGE 2019
- - ESGE Guidelines 2019
- - ASGE Quality Indicators 2015

Merci de votre attention

- Des questions ?
- Présentation disponible sur demande.