

La coloscopie et ses critères de qualité

**3 ND ENDOSCOPY MASTERCLASS -
MINDAR**

Blida : 11 mai 2023

M. BOUCHENE

Alger

I. Introduction:

La coloscopie est un examen visuel du colon par l'intermédiaire d'une sonde appelée le coloscope.

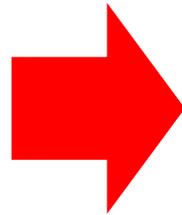
C'est l'examen le plus performant pour:



Diagnostic

+

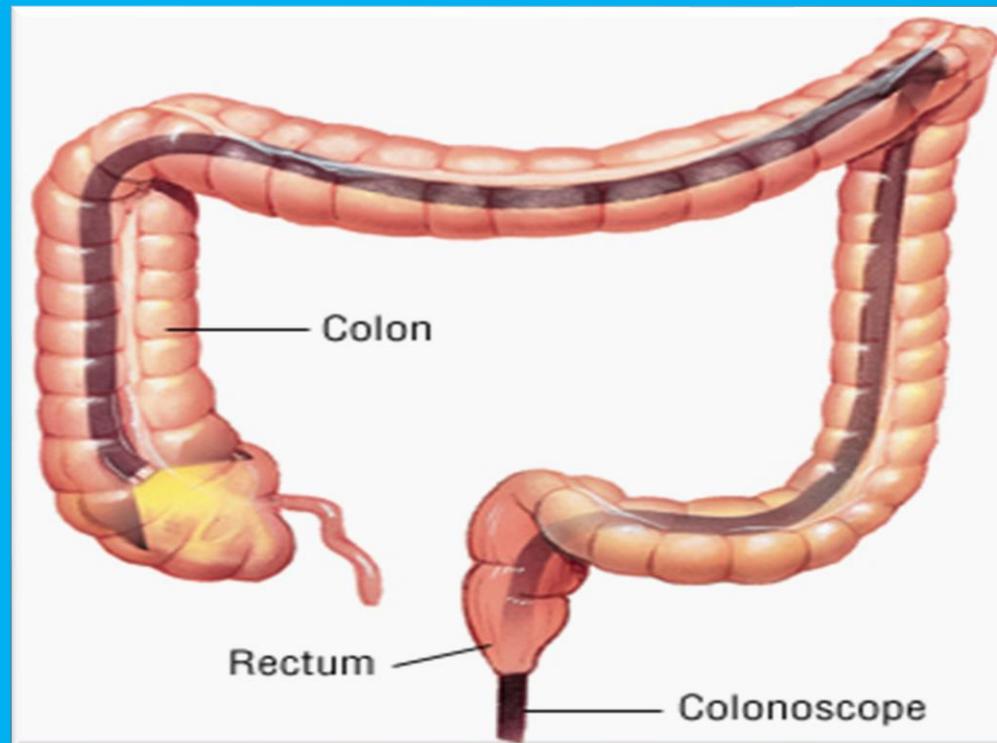
Traitement



Des lésions colorectales

SITE D'EXPLORATION ?

Rectum - Colon jusqu'au bas fond caecal +++



- Méthode invasive
- Peu confortable ,nécessitant le plus souvent :
une anesthésie générale
- Examen le plus fiable du colon (**Gold standard**)
- Examen opérateur dépendant (**expérience+++**)

***Pourquoi est-ce une question
d'actualité ?***

➤ Enjeu majeur → Cancer colo rectal (CCR) +++

La coloscopie est considérée à juste titre comme l'examen le plus performant pour la :

Prevention

Dépistage

Diagnostic



Des lésions
colorectales

Nul n'est parfait !!!

-Ce n'est pas l'arme absolue contre le CCR

-Car la coloscopie peut..... MANQUER des polypes.

-Entre les endoscopistes : Existence de variation du taux de détections des adénomes (TDA).

-Cancers d'intervalles (CCRi) après coloscopie : (2 à 5% des CCR)

CCRi = Principal risque de la coloscopie

-La coloscopie de qualité diminue l'incidence et la mortalité du CCR

Comment y remédier ?



Amélioration de la qualité de la coloscopie
(**Mère des batailles**)



Vrai Challenge de l'endoscopiste en 2023

Comment et ou réaliser la coloscopie?

- Au cabinet médical sans AG.
- En milieu hospitalier et cliniques sous AG +++
- Le colon doit être vidé complètement de ses matières fécales (Préparation colique).
- Opérateur debout ou assis.
- Assistante médicale **TOUJOURS** disponible à toutes éventualités.
- Patient en décubitus latéral gauche.

Matériel minimum dans une salle de coloscopie comprend:

- Source de lumière froide
- Un processeur
- Un ou plusieurs moniteurs TV
- Flacon de lavage rempli d'eau stérile déminéralisée (pour éviter la pipette de se boucher).
- Bocal d'aspiration: vérifier toujours l'intensité et l'efficacité de l'aspirateur+++
- Seringues de lavages 50cc pré remplies d'eau ou mieux une **pompe à eau (water jet) +++**
- Chariot d'examen antistatique.
- Table d'instrumentation équipée de tous les accessoires (les pinces à Bx , les anses, les cathéters, clipsetc).
- Pots pré remplis de formol pour les prélèvements.
- Gants, doigtiers et lubrifiant (**gelée hydrosoluble +++**....Xylocaine gel visqueux ou huile de paraffine
- Tout le nécessaire pour la désinfection des endoscopes .

Maniements du coloscope :

Apprentissage +++



Colo Ecole

- Opérateur en position confortable afin de maintenir le tube le plus droit possible .
- L'endoscopiste manipule lui-même les commandes de la main gauche (insufflation, aspiration, lavage et béquillage).
- La main droite sert à faire progresser ou à retirer l'appareil et aussi à introduire les instruments par le canal opérateur.
- La main droite peu servir parfois à orienter l'endoscope à droite ou à gauche
- Au cours de la progression le tube lubrifié est tenu entre le pouce et l'index.

Comment faire Progresser le tube dans le colon:

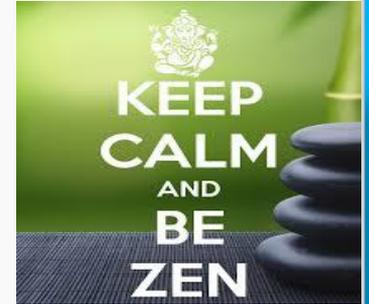
6 principes de bases

- 1) Insufflation du minimum d'air . Intérêt du co2
- 2) Réduction **systematique de boucles** pour être le plus court possible = meilleure attitude à adopter.
- 3) Aspiration à l'air = moyen de progression si proche d'une angulation non franchissable en poussée (les angles) .
Récemment **coloscopie d'immersion** à l'eau à la montée .
- 1) Mobilisation du patient +++
- 2) Compression de l'abdomen par l'assistante pour aider à progresser dans certaines situations en difficultés.
- 3) Repérage de la lumière rouge à travers la paroi abdominale pour savoir où on est ? = **Pas toujours évident** .

Les situations difficiles .



Restez calme et serein !!!



- ✓ - Chirurgie sur le petit bassin : Sigmoidé fixé.
- ✓ - **Diverticulose sigmoïdienne**: Attention risque de perforation.
- ✓ - Anomalies anatomiques : Méso long et défaut d'accolement du colon gauche.
- ✓ - Sujets petits et maigres: Boucles difficiles à réduire.
- ✓ - Sujets obèses: Palpation abdominale parfois inefficace.
- ✓ - **Endométriose +++**

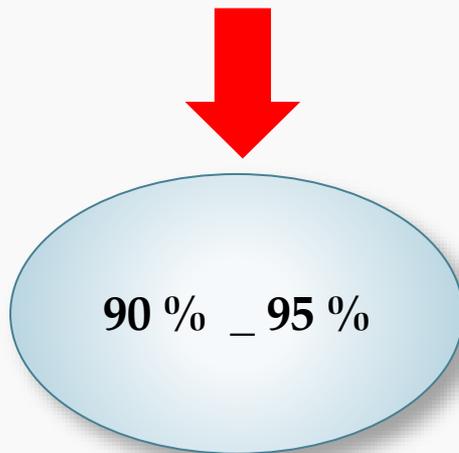
!!! Pas d'acharnement, Savoir décrocher au bon timing !!!



1^{er} challenge de l'endoscopiste débutant = Arrivée au bas fond caecal .

Coloscopie complète = Embrasser la fossette appendiculaire

Taux de coloscopies complètes :



Attentes du patient .

- Examen **justifié** : parfois difficulté à convaincre le patient .
- Examen réalisé selon des standards validés : l' idéal.
La bonne indication !!
- Lésions correctement diagnostiquées : Mais en revanche **MEA CULPA** pour les lésions ratées .
- Connaitre ses limites , et savoir orienter au moment opportun le patient aux **centres experts** pour l' intérêt de tous .

A qui réaliser la coloscopie



Patients symptomatiques

Coloscopie diagnostique :

Rectorragies +++ Arrêtons ces rectoscopies à minima.

Anémies isolées : Arrêtons ces ordonnances de fer foldine systématiques

Douleurs abdominales et/ou constipation et/ou diarrhée :

- Age > 50 ans.

- Age < 50 ans en absence de réponse au trt symptomatique.

Hémocult (FIT) : positif +++ dans le cadre du dépistage organisé

Autres symptômes : cas de ballonnement pouvant faire évoquer des accès subocclusifs

Patients asymptomatiques

Coloscopie de surveillance :

- Atcd personnels de CCR opéré ou d'adénomes .
- Porteurs de MICI vieilles : Recherche de dysplasie
- **Colo à 3 /6 mois** après résection d'un adénome transformé .

Coloscopie de dépistage :

- Sujets à risque **moyen** : **Age ≥ 45 ans** (USA . Allemagne)
- Sujets à risque **élevé** : Atcd familiaux de CCR ou adénomes :
- Sujets à risque **très élevé** : Hnpcc , PAF .

A qui ne pas réaliser la coloscopie ?



Contre indication à l' anesthésie générale : Refus !

Contre indication à la procédure d' insufflation : Refus !

- Suspicion de perforation colique.
- Syndrome occlusif complet.
- Tableau de sigmoïdite diverticulaire aigue .
- Colite grave aigue.

Prudence dans les cas suivants : Attention

- Anévrisme de l'aorte abdominale .
- IDM récent.
- Chirurgie colique récente < 06 mois .
- Grossesse 1^{er} trimestre.

La coloscopie et ses complications .

La perforation

=

La hantise de l'endoscopiste

Taux de perforation a notablement diminué



1 perforation pour 1000 - 1400 examens : (séries récentes)



Mais la principale hantise
c'est le : **CCR i**

CCR i : Cancer colorectal d'intervalle est
découvert dans les **03 ans** suivant
une **coloscopie** dite « normale »

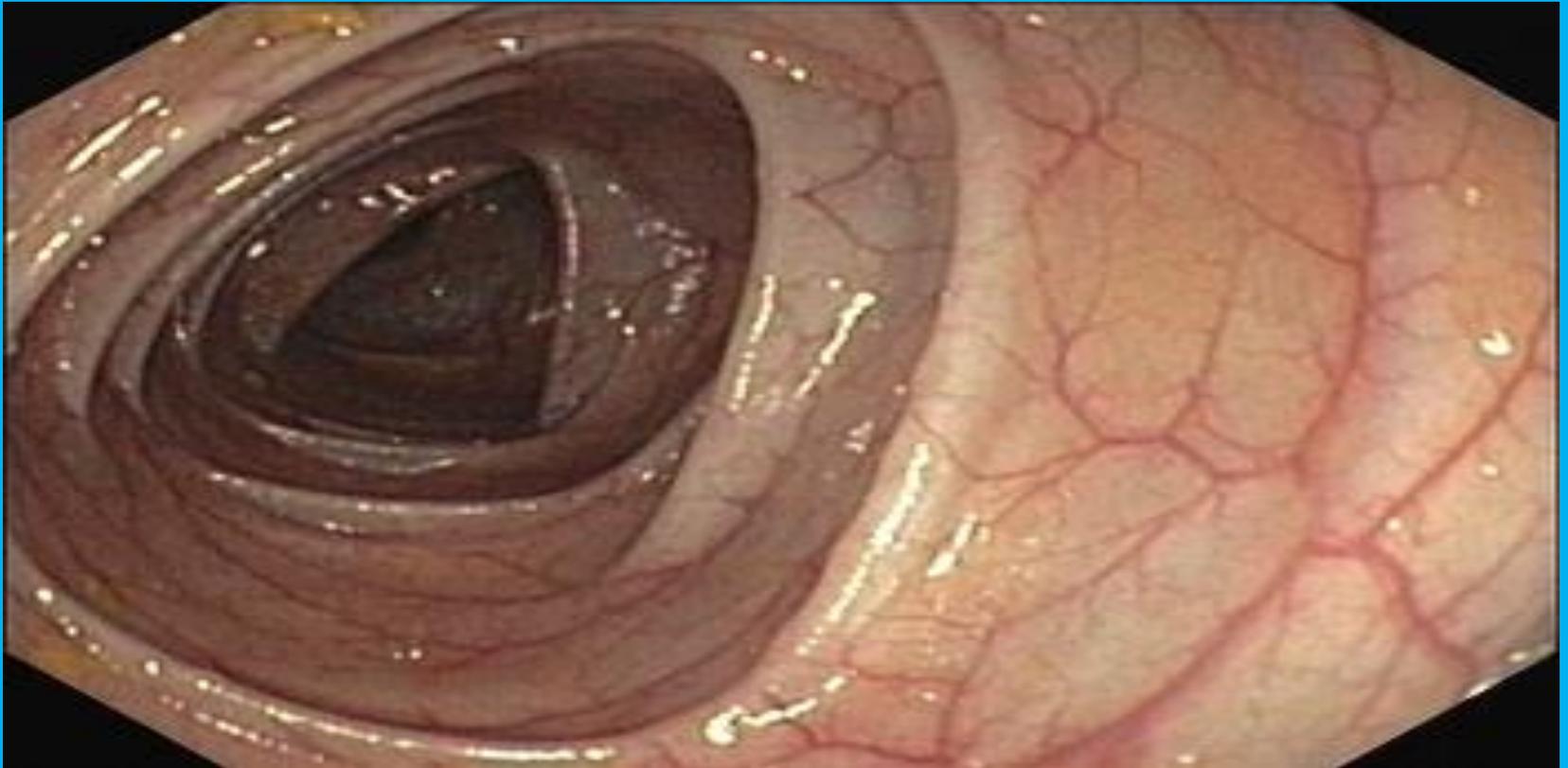
Facteurs de risques de la perforation :

- Age .
- Sexe féminin.
- Diverticulose.
- Carcinose péritonéale +++.
- Mauvaises manipulations .

Facteurs de risques du CCRi :

- TDA bas de l'endoscopiste !!!

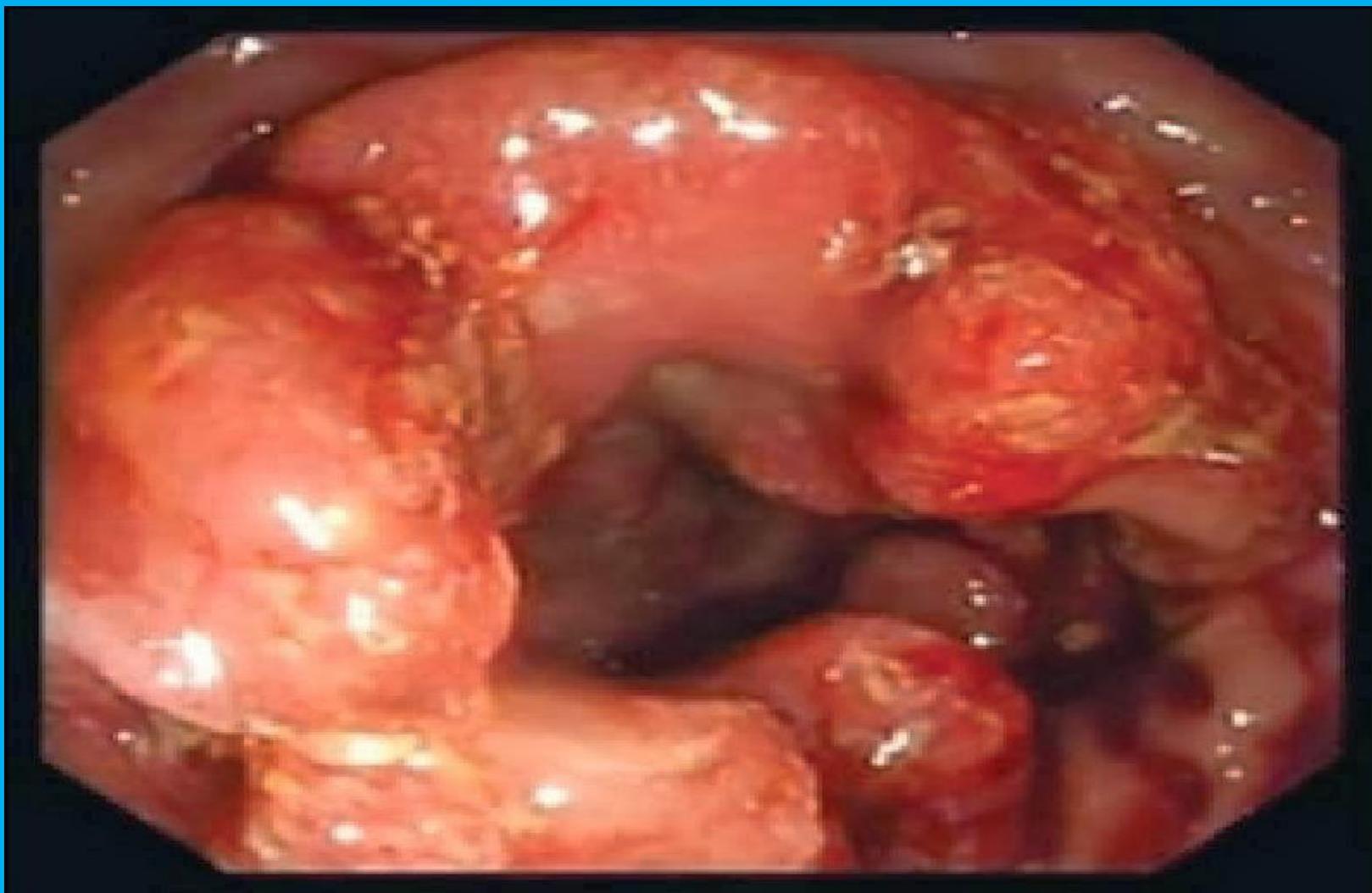
Quelques images endoscopiques



Colon propre



Polype du colon



Cancer du colon



Colite grave



Diverticulose

Comment optimiser la **coloscopie** pour la rendre de **bonne qualité** ?

Une **coloscopie de qualité** est le **grand challenge !!**

Il faut **APPRENDRE** à réunir les **vrais critères** de qualité :

Avant ?

Au cours ?

Après ?

..... **La procédure**

Pas de recommandations européennes spécifiques +++
Recommandations USA / ASGE en 2006 : Actualisées en 2015

**Critères de bonne qualité avant
la procédure de l'examen:**

Consultation préalable chez le gastroentérologue est la règle :
(Niveau de preuve **Grade 1c ASGE**) = **critère majeur**

- Valider l' indication de l'examen.
- Identifier les comorbidités du patient .
- Expliciter les modalités de la préparation colique .
- Comment se fera la réalisation de l' acte : Risques
- Recueillir le consentement éclairé ++
- Management des AVK et AAP (Salicylés)
- **Autres :**
 - Outre l' info sur les éventuelles complications de l' acte , on doit aussi parler du risque de lésion méconnue et son estimation lors d' une coloscopie .
 - Communiquer son Taux de détection d' adénome (TDA) au élément positif.

Cette consultation préalable revêt une importance médico-légale

+++

- **Connaitre** et **respecter** les modalités de contrôle et de surveillance pour prescrire une coloscopie : Historique du malade dans le dossier médical : critères mineurs
- Après une polypectomie (Grade 1A).
- Après une coloscopie normale (Grade 1A).
- Chez un patient atteint de MICI (Grade 2C).
- Connaitre les indications et les modalités de l'antibioprophylaxie : **A ne pas oublier !**

**Rôle de la traçabilité de tout acte
médical +++**

**Critères de bonne qualité Pendant la
procédure de l'examen .**

1) Préparation colique :

Elle est patient et gastroentérologue dépendante

une préparation est jugée insuffisante dans un 25% (étude CREGG)

une préparation insuffisante augmente le risque de lésions manquées

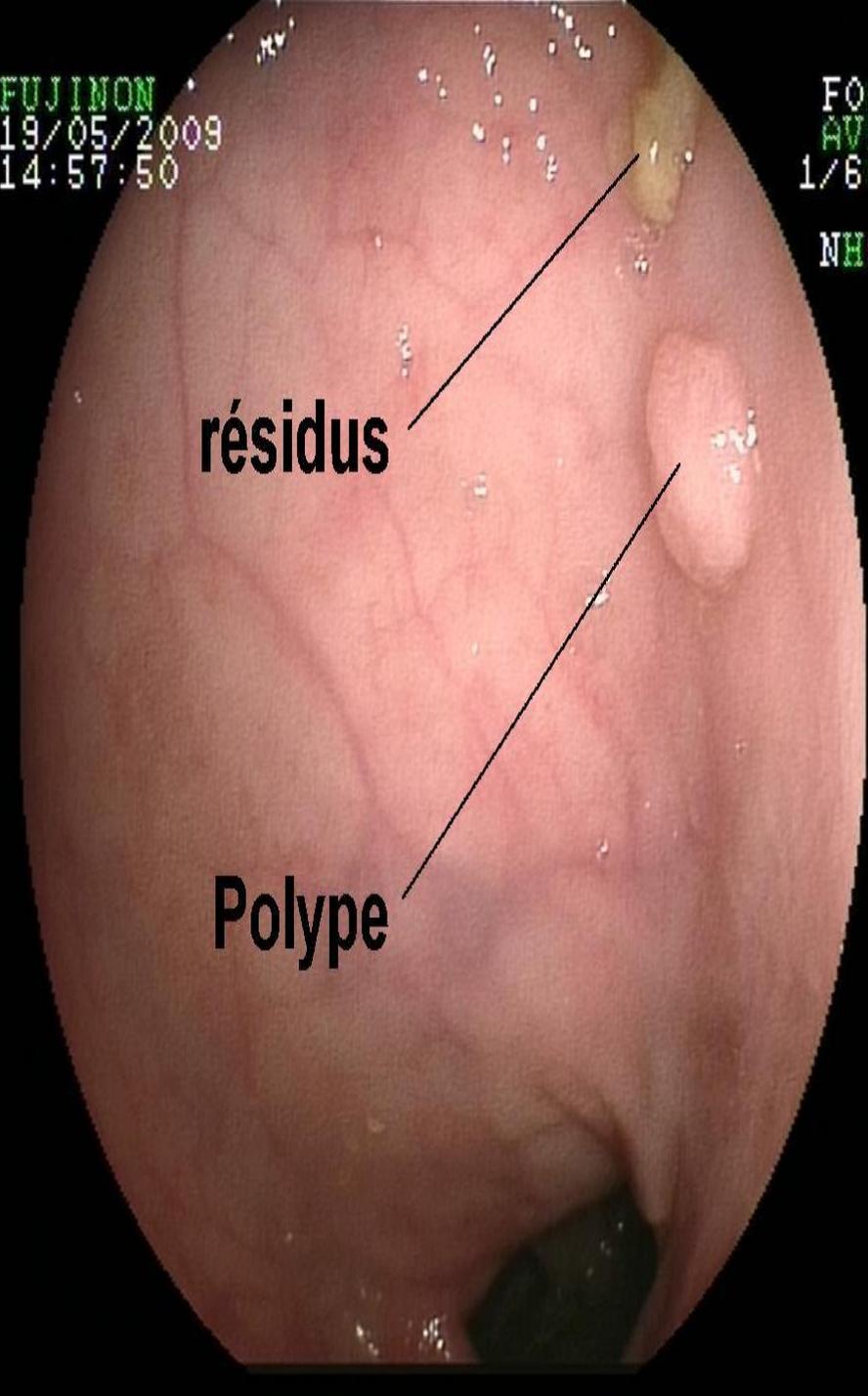
Privilégier la prise fractionnée << Split -dosing >> avec intervalle **réduit** entre la fin de la prise et la coloscopie ; et la **moitié** de la préparation doit être prise le **jour même** de l'acte endoscopique.

Délai optimal de **3 à 5 H** entre la fin de la prise et le début de l' examen endoscopique : **Recommandation conjointe SFED et SFAR**



FUJINON
19/05/2009
14:57:50

FOO
AVE
1/60
NHS



résidus

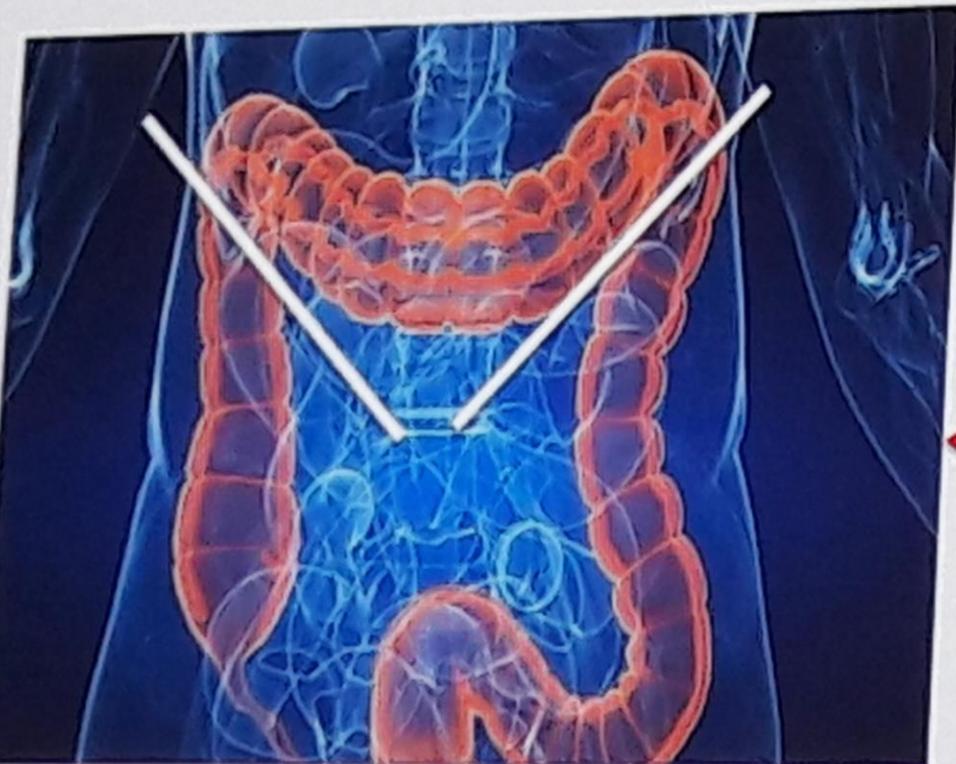
Polype

Inscrire la qualité de la préparation dans le **compte rendu** de la coloscopie :

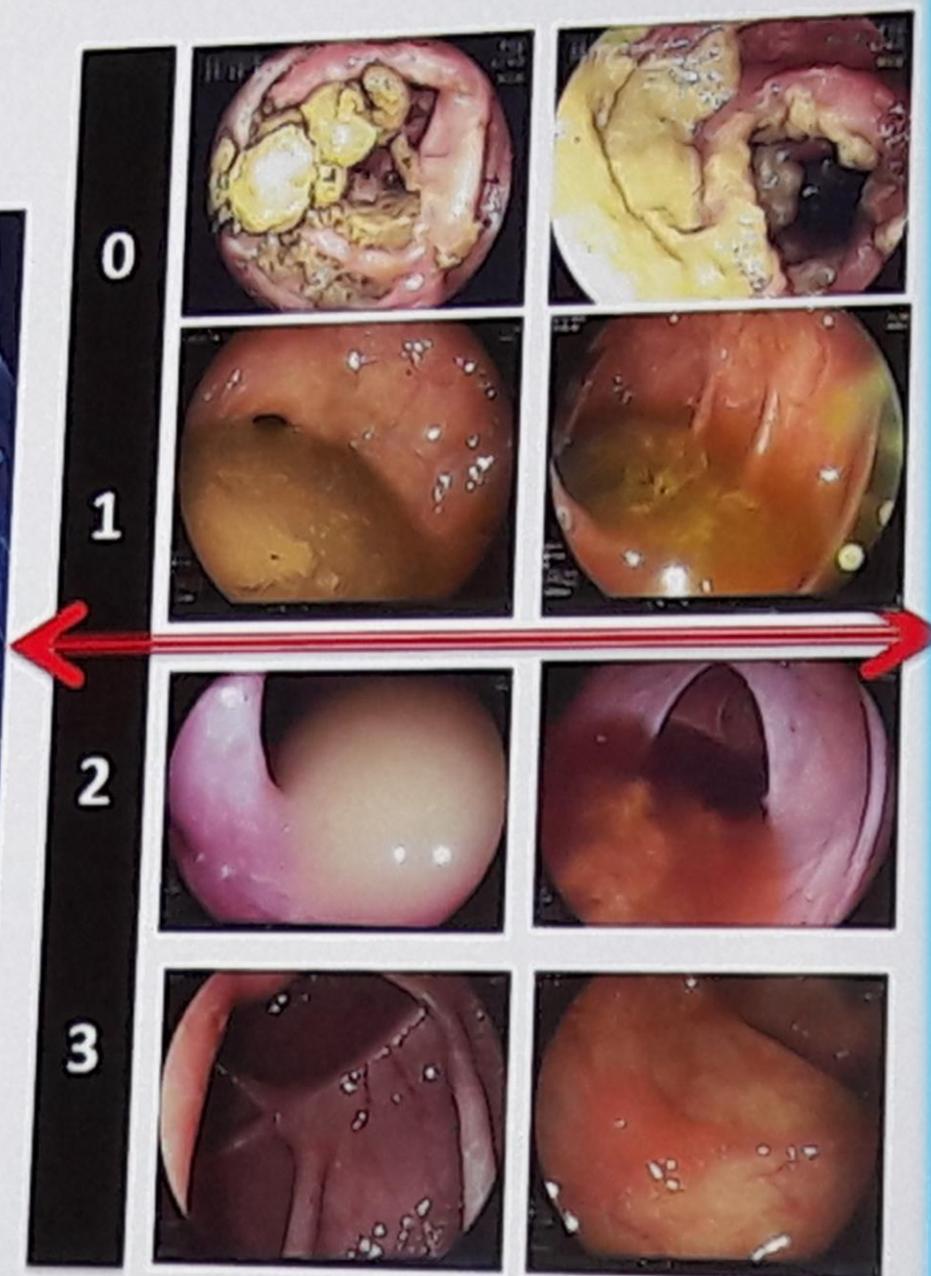
SCORE DE BOSTON

OK !!! il y est dans nos comptes rendus .

Focus : score de Boston



- ✓ Evalué APRES lavage-aspiration
- ✓ Score global (≥ 6) et par segment (≥ 2)
- ✓ Dès le sigmoïde



Qualité avant et / ou après lavage - aspiration

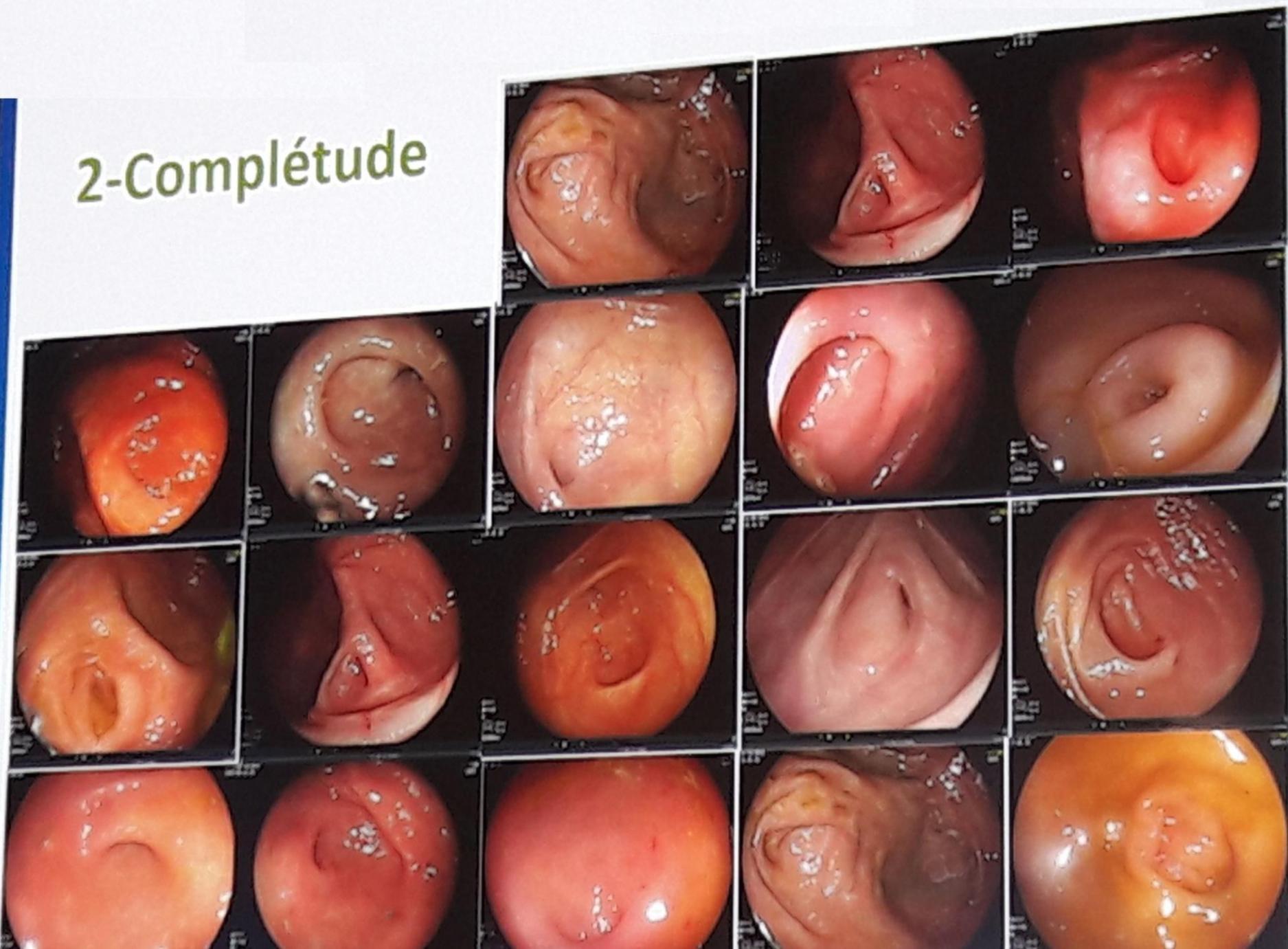
- 0 = colon non préparé . Muqueuse non visualisée .
- 1 = portions de muqueuse vues et d' autres non vus .
- 2 = résidus minimes de selles ou liquides teintés mais le segment est globalement vus .
- 3 = muqueuse parfaitement bien vue sans résidus .

Exemple de score de Boston = 7/9
CD : 2 CT : 3 CG : 2

2) La complétude : **Coloscopie totale** = critère majeur

- La coloscopie complète se définit par le contact de l' endoscope avec la fossette appendiculaire .
- **Photo** du bas fond caecal est recommandée .
- Taux de coloscopie complète est de **90 à 95 %** : seuil USA.
- France : taux moyen : **93,6 %** .

2-Complétude



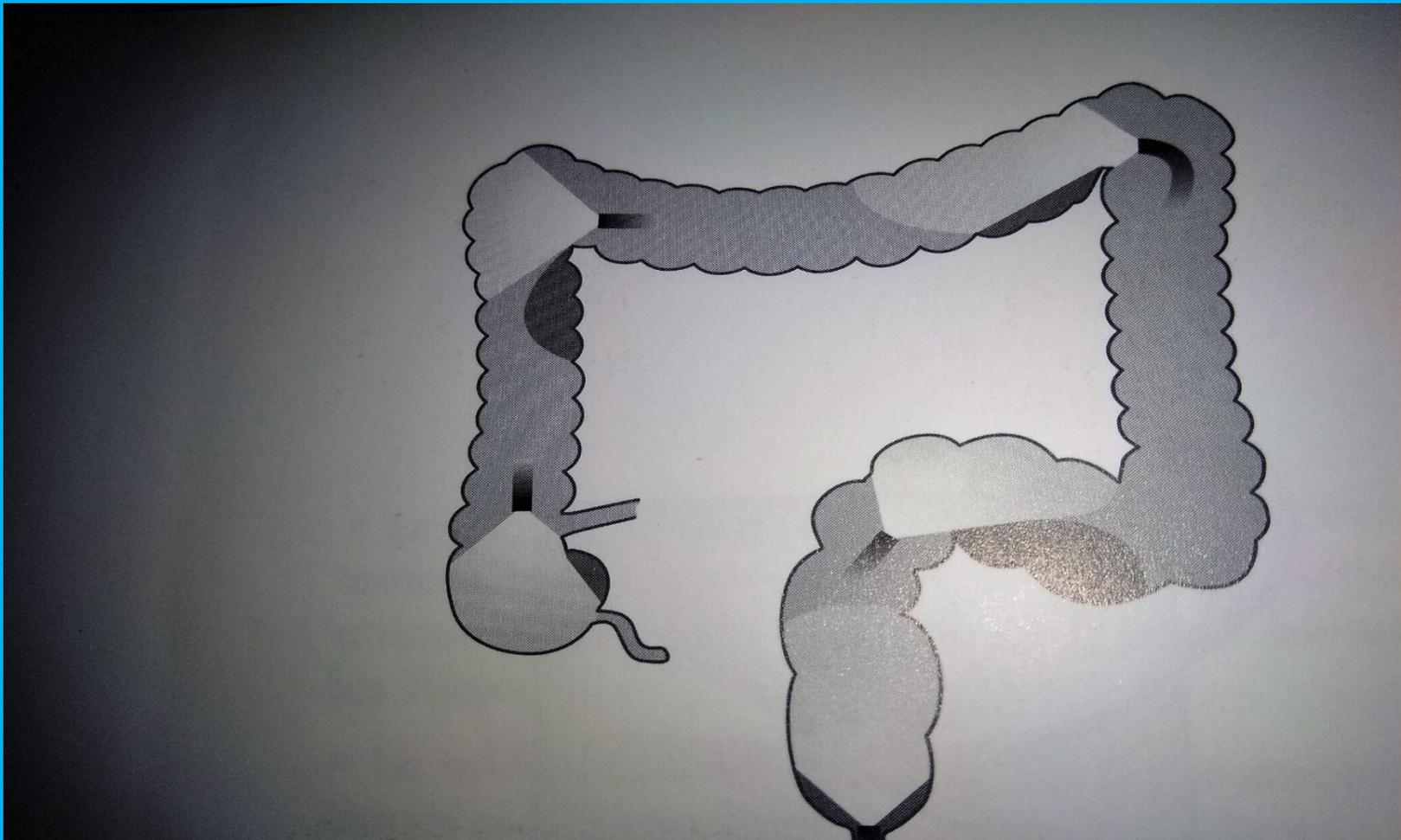
3) Temps d'exploration au retrait : TER (Grade 2c)

- **TER MOYEN > 6 Mn** est le reflet d'un bon examen .
- Retrait minutieux et attentif du coloscope :

« Ne pas être speed au retrait !!! »

No speed

Propositions techniques pour une coloscopie de bonne qualité



4) Taux de détection des Adénomes : TDA

- Critère majeur .
- C'est le principal critère de qualité de la coloscopie .
- Concerne à l'origine , les coloscopies de dépistage chez les individus sains .
- C'est une valeur moyenne liée à l'opérateur

Objectif : **TDA \geq 25 % = Bon endoscopiste !!**

Quelques infos sur ce TDA

Pourcentage de coloscopies avec au moins un adénome quelle que soit sa taille , chez des sujets plus de 50 ans lors des coloscopies diagnostiques et de dépistage .

TDA est inversement corrélé au risque de CCRi
TDA > 20% = CCRi nul (Récente étude polonaise)

Comment améliorer son TDA ?

Respecter les vrais critères de qualité .

La rigueur de l'opérateur +++

Techniques nouvelles pour détecter les polypes derrière les plis et les haustrations

Disponibles

Dispositifs de bout d'endoscopes : **Endocuff** Endoring

Ballon gonflable : G - eye

Mini endoscope

Coloscope Fuse : récent

Remarque : La chromo endoscopie n'augmente pas le TDA , mais améliore la caractérisation des polypes.

L'objectif d'une coloscopie de qualité est de ne pas rater des lésions colorectales .

Bonne
préparation

Complétude

TER : 06 -
08 mn

TDA \geq 25 % = CCRi nul

Critères de qualité après la procédure de l'examen

1) Redaction du compte rendu :

- CR factuel , descriptif , rigoureux et exhaustif relatant de manière précise de tout ce qui a été fait.
- Standardisation de nos compte rendus .

2) Gestion des complications :

- A court terme**
- A moyen terme : J30.**

3) Gestion du suivi et des contrôles ultérieurs de la coloscopie :

- Informatisation**
- Traçabilité**

Les points forts :

La coloscopie est un examen pas comme les autres : **Gold Standard** .

- C'est **notre outil** le plus performant au diagnostic des pathologies recto coliques .
- Savoir poser l'indication d'une coloscopie = message majeur à tous les praticiens .
- Savoir faire la coloscopie avec tous ses critères de qualité
- Améliorer toujours son TDA .
- Objectif : **Zéro CCRi**
- La revalorisation de la coloscopie serait peut être négociable avec **l'assurance maladie** en démontrant son impact sur l'incidence et la mortalité du **CCR** .

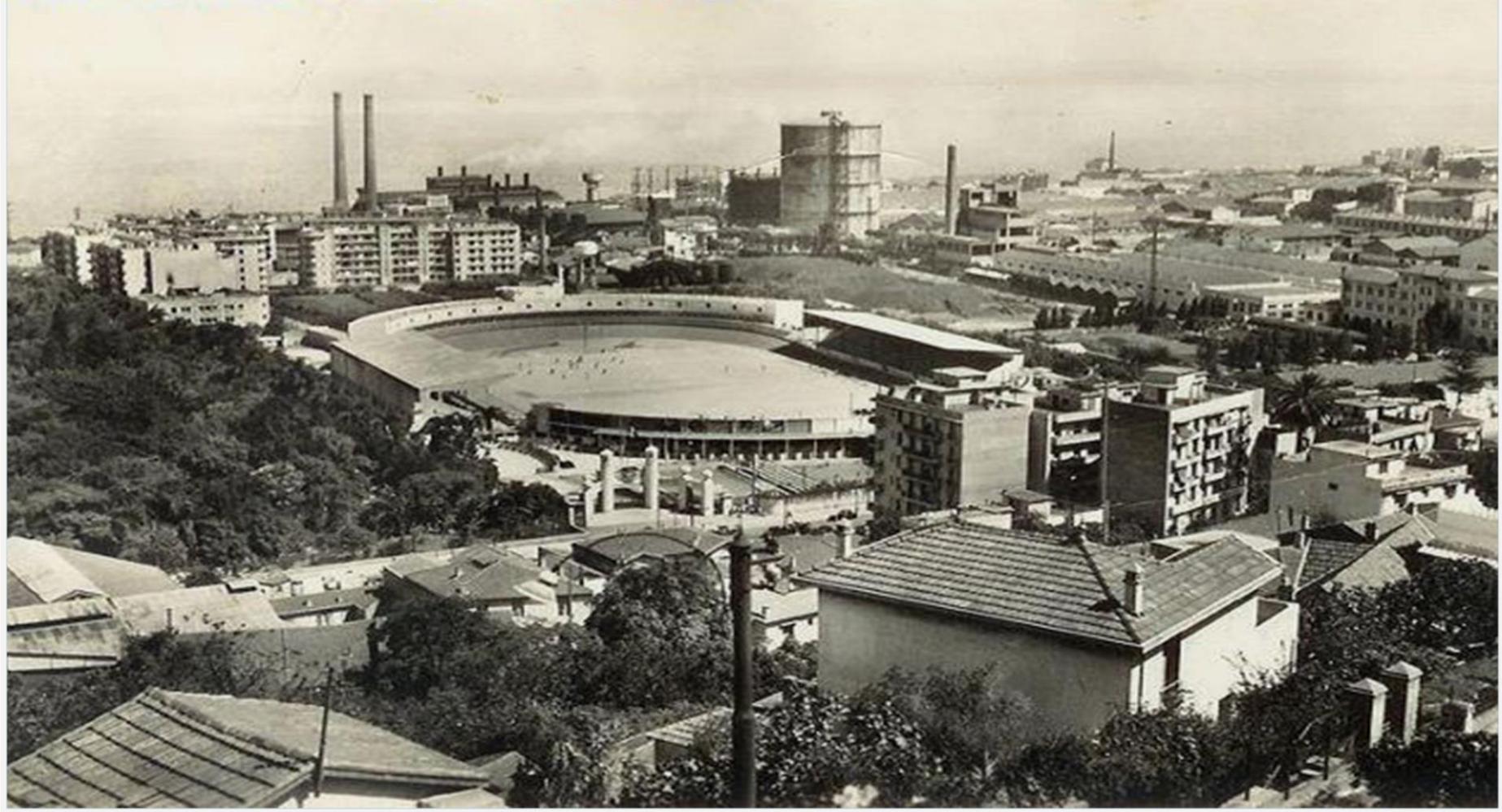
**“ Vouloir s'évaluer pour
s'améliorer ”**



Coloscopie

de qualité

e du 30.03.1956, mais prise avant 1950.



Merci de votre attention !