

Endoscopy Masterclass
Blida 08 - 09 - 10 février 2024

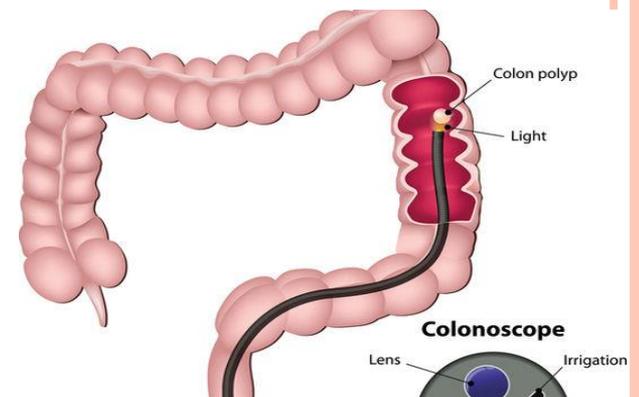
**CRITÈRES DE QUALITÉ D'UNE
COLOSCOPIE**

Dr AINSEBAA. M
Gastroentérologue
Libéral Tlemcen Algérie



INTRODUCTION

- ❖ La coloscopie est considérée à juste titre comme l'examen le plus performant pour la **prévention**, le **dépistage** et le **diagnostic** des lésions colorectales.
- Tout doit donc être mis en œuvre pour un examen de grande qualité limitant au maximum les risques d'erreur ou d'omission



- La détection des polypes au cours de la coloscopie de dépistage s'est considérablement améliorée au cours des dernières années.
- Il en résulte une augmentation du taux de détection des adénomes grâce notamment aux innovations technologiques (chromoendoscopie à l'indigo carmin ou électronique)
- et à la formation des gastroentérologues, qui est inversement corrélée à la survenue d'un cancer colorectal.



De ce fait, il est primordial de **Détecter** au mieux ces polypes de les caractériser et afin de déterminer la modalité de traitement la plus adaptée en fonction du potentiel évolutif bénin ou malin de chaque lésion.

(Polypectomie, mucosectomie, dissection sous muqueuse, chirurgie)



UNE COLOSCOPIE DE QUALITÉ



- c'est une coloscopie complète jusqu'au bas fond caecal
- Dans un colon bien préparé
- Faite par un endoscopiste entraîné (TDA > 25 %)
- Des lésions bien réséquées
- Sans complications
- Documents détaillé fournis au malade avec iconographie et Date du prochain control



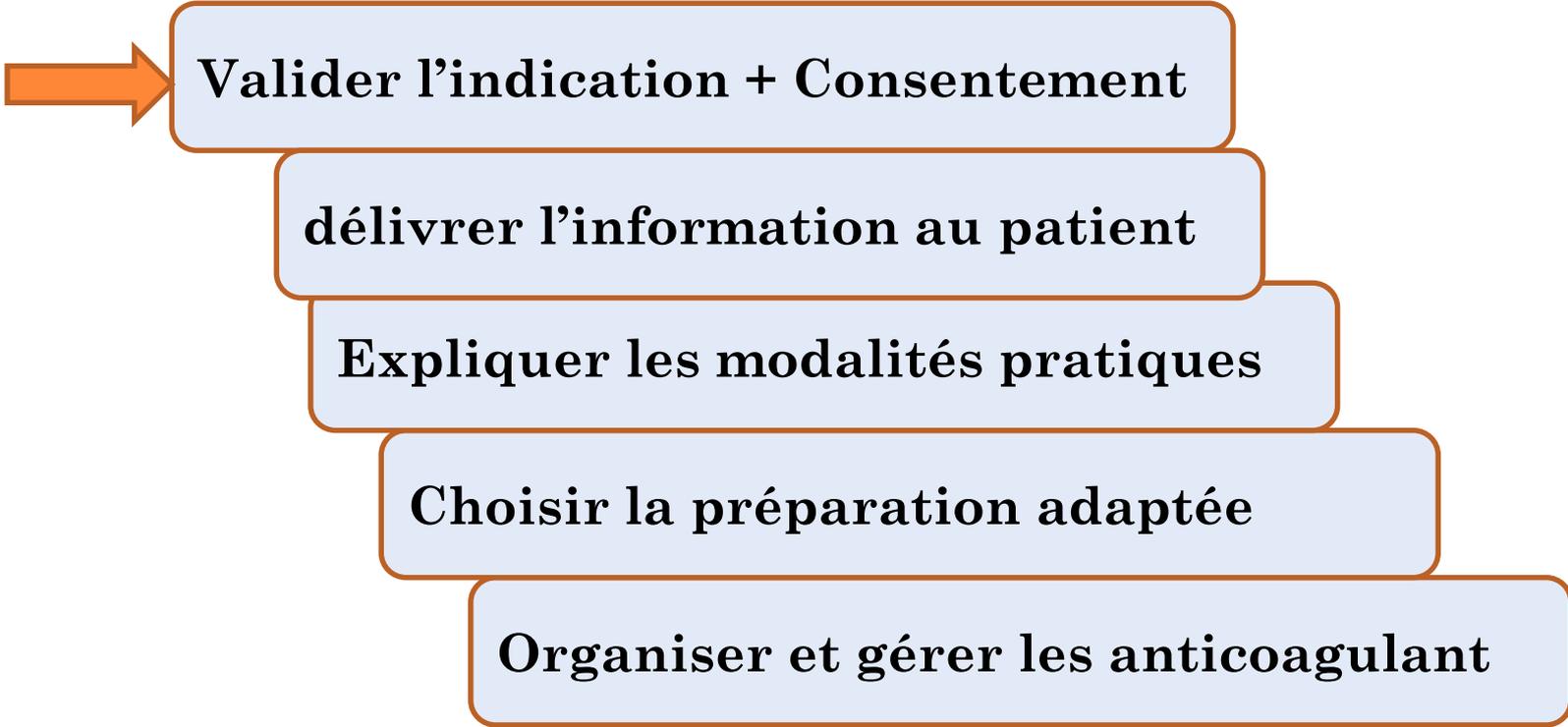
Domaine	Pré-procédure	Caractère complet de la coloscopie	Identification de la pathologie	Prise en charge de la pathologie	Complications	Ressenti du patient	Post-procédure
Critères de qualité majeurs (seuil minimal)	Taux de préparation colique adéquate (≥ 90%)	Taux d'atteinte caecale (≥ 90%)	Taux de détection des adénomes (≥ 25%)	Technique de polypectomie appropriée (≥ 90%)	Taux de complications (N/A)	Ressenti du patient (N/A)	Surveillance appropriée après polypectomie (N/A)
Critères de qualité mineurs	Temps alloué à la coloscopie Indication à la coloscopie		Temps de retrait de l'endoscope Taux de détection des polypes	Taux de récupération des polypes Tatouage du site de résection Evaluation par une technique d'imagerie avancée Description adéquate de la morphologie du polype			

PRÉPARATION À LA COLOSCOPIE



1 – Pré procédure:

- Une Consultation médicale préalable est indispensable ; elle permet de :



Valider l'indication + Consentement

délivrer l'information au patient

Expliquer les modalités pratiques

Choisir la préparation adaptée

Organiser et gérer les anticoagulant



Fiche d'information

Service de santé en français destiné
au Parc de la Vallée

Dans le but de favoriser l'accès à des soins
essentiels, nous vous demandons de nous
arriver 5 jours à l'avance et vous devez changer
ou annuler votre rendez-vous au numéro
(505) 854-7525 poste 2174. Ceci permet de
à une autre personne d'arriver à son examen.
Après 2 annulations, vous serez retiré de la
liste d'attente. Il sera nécessaire de venir à
la clinique afin de réévaluer le besoin de
l'examen endoscopique.

**RENDEZ-VOUS
POUR VOTRE COLOSCOPIE**

Date : ____/____/____
Heure : ____ h ____
Nom du médecin : _____
Nom du patient : _____
N° de la Québec : _____

Hôpital Parc La Vallée
au 2^e étage, bloc B, Annexe en endoscopie
311, avenue des Patriotes,
Tremblay (Québec)

BI-PEGLYTE

À LIRE AVANT LA COLOSCOPIE

Qu'est-ce qu'une coloscopie?

- Une coloscopie est une intervention permettant au médecin d'examiner la paroi du côlon (grande intestine) pour y détecter des ulcères, de l'inflammation, des polypes (petits tumeurs habituellement bénignes) ou un cancer.
- Elle est habituellement utilisée pour faire l'investigation des symptômes tels que les douleurs abdominales, le saignement rectal, la perte de poids, l'anémie ou la modification de la fréquence des selles.

Que se passe-t-il durant l'examen?

- La coloscopie est un tube flexible de la grosseur d'un doigt, muni d'une caméra. Il est introduit par l'anus puis il est avancé graduellement dans tout le côlon jusqu'au caecum.
- Afin de bien visualiser toutes les parois du côlon, du CO₂ doit être introduit dans l'intestin, ce qui peut causer des sensations de une sensation de ballonnement pendant l'examen.
- Afin de diminuer l'inconfort relié à la procédure, des médicaments intraveineux seront injectés pour vous aider à relaxer et vous rendre somnolent. L'examen dure environ 20 minutes.

MÉDICAMENTS

Prendre vos médicaments habituels le jour de l'examen, sauf pour les médicaments suivants (à moins d'avis contraire de votre médecin) :

- Il n'est pas nécessaire de cesser l'aspirine et l'anti-inflammatoire (non stéroïdien ou : Advil®, Naproxen®, Celebrex®).
- Il est important d'arrêter le 8 jours avant votre examen.
- Si vous prenez un anti-coagulant ou un anti-calcifiant (médicaments qui écartouent le sang), vous recevrez des instructions qui vous seront fournies au préalable.

Que se passera-t-il après l'examen?

- Après l'examen, vous resterez sous observation (inter) où que les effets des médicaments soient presque disparus (environ 45 minutes).

Quelles sont les complications possibles?

- La coloscopie est une intervention sécuritaire et elle n'est accompagnée que de très faibles risques lorsqu'elle est effectuée par des médecins qualifiés. Il y a toutefois certaines complications possibles :
 - La perforation (ou déchirure) de la paroi du côlon pendant une coloscopie survient environ 1 fois sur 1000. Après l'excision d'un polype, le risque est de 1 fois sur 100. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire si la réparation d'une perforation, mais celle-ci peut aussi être traitée par l'administration d'antibiotiques et de liquides intraveineux.
 - Le saignement suivant une coloscopie survient chez 1 personne sur 2000. Ce risque augmente à 1 personne sur 100 suite à l'excision d'un polype. Les saignements sont habituellement contrôlés durant l'endoscopie.
 - En radeaux, aucun examen n'est parfait. Il arrive, rarement, que certains polypes ou cancers ne soient pas détectés.

Consentement signé

CONSENT

CONSENT



PRINCIPALES CAUSES D'ÉCHEC D'UNE COLOSCOPIE

- 1- Mauvaise préparation +++**
- 2- Difficulté de progression**
- 3- Mauvaise analyse de la muqueuse**



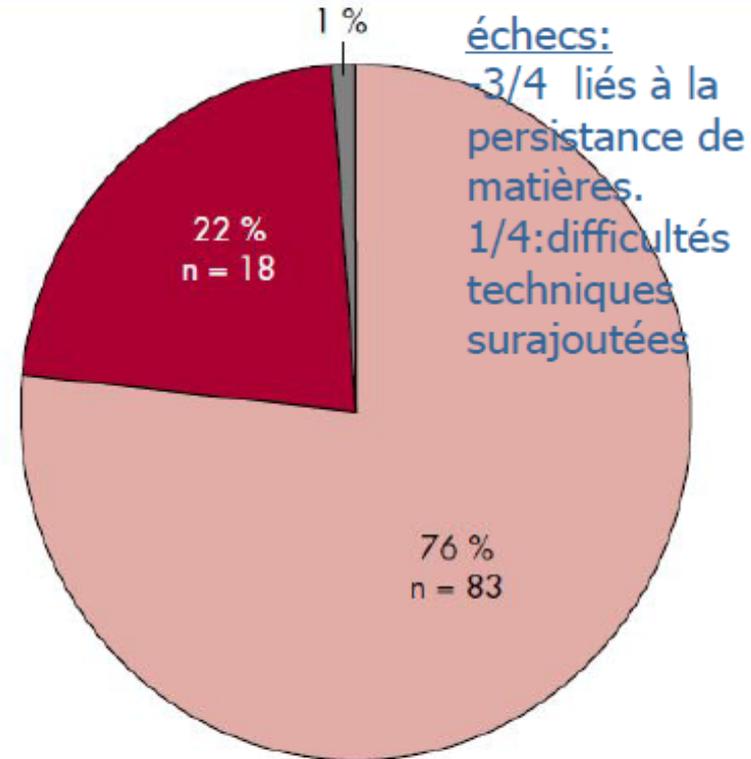
Etude PACOME

Préparation à la coloscopie /observatoire des motifs d'échec

Enquête prospective

102 échec de coloscopie (préparation insuffisante) vs et 102 coloscopie réussie.

But = identifier les causes et les facteurs associés à l'échec.



- Mauvaise préparation colique/persistance de matières
- Persistance de matières + dolichocôlon ou diverticulose sévère
- Persistance de matières (ce motif étant par essence obligatoire) + autre problème anatomique

Tableau 1. Facteurs de mauvaise préparation colique

Paramètres	Groupe échec de la coloscopie (n = 102)	Groupe succès de la coloscopie (n = 101)	P (univarié)	P (multivarié)	Odds-ratio (intervalle de confiance 95 %)
Vomissements	25 %	8 %	0,001	-	-
Préparation non prise en totalité	28 %	11 %	0,005	0,007	2,9 (1,3-6,3)
Constipation	43 %	25 %	0,01	0,020	2,1 (1,1-3,9)
Médicaments psychotropes	15 %	4 %	0,05	-	-



Les conséquences d'une mauvaise préparation sont doubles :

- Des lésions peuvent être méconnues. Cela concerne surtout des lésions < 1 cm
- L'impact économique est loin d'être négligeable Il repose sur la nécessité de faire un contrôle plus rapproché ou de reprendre l'examen.



Dans l'étude observationnelle CREGG il a été montré que **23 %** des coloscopies étaient effectuées dans de mauvaises conditions de préparation colique

pour autant, l'endoscopiste jugeait nécessaire de réitérer l'examen dans seulement **6 %** des cas.



Boston > 6
Pas de segment coté à 1



SCHÉMA DE PRÉPARATION

- ❖ Trois grand types e produits sont utilisés :
 - Solutions à base de **polyéthylène glycol (PEG)**
 - **Picosulfate de Sodium** et oxyde de Magnésium
 - Produits à base de Phosphate de Sodium (CP)
risque de toxicité rénale ++



Contres indications



- Occlusion intestinale
- Déshydratation sévère et troubles électrolytiques non corrigée
- Insuffisance cardiaque instable
- Colite sévère
- Suspicion d'une perforation digestive
- Gastroparésie
- Age < 18 ans (picoprep autorisé)

Picosulfate de Sodium et Phosphate de Sodium : I rénale ++



POUR UNE PRÉPARATION OPTIMALE

- ❖ L'utilité du Régime sans résidu n'est plus à démontrer ; **24 – 72 H** avant la Coloscopie
- ❖ Split Dose > prise unique la veille
- ❖ **4 – 5 H** entre la fin de la préparation et la Coloscopie (ESGE 2014)
- ❖ Pour L'AG 3 H de jeun pour les liquides clairs suffisent



POUR UNE PRÉPARATION OPTIMALE (SUITE)

- ❖ Choisir La préparation adaptée à chaque Patient
- ❖ Prescrire des Laxatifs en cas de Constipation
- ❖ Des prokinétiques en cas de Vomissements
- ❖ Le lavement rectal n'est pas nécessaire



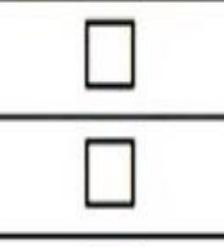
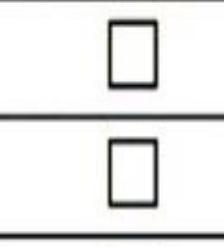
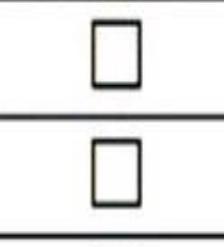
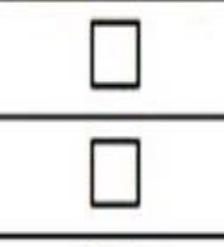
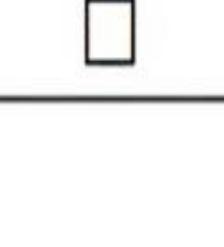
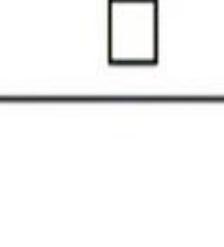
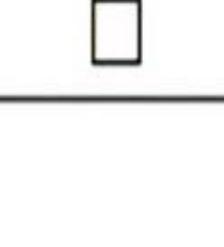
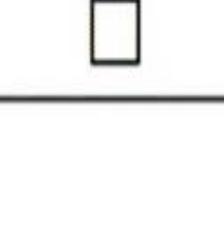
SCORE DE QUALITÉ DE PRÉPARATION COLIQUE DE BOSTON (LE PLUS FACILE)

Après lavage

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.

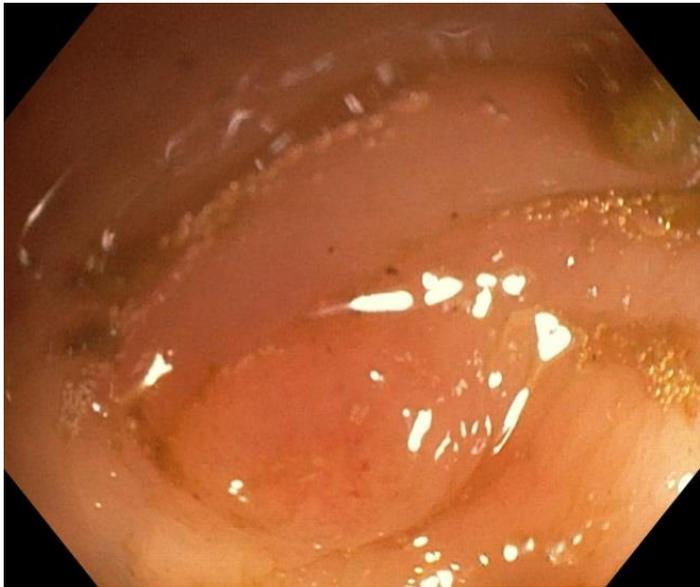


BBPS		3	2	1	0
3=Excellent					
2=Good					
1=Poor					
0=Inadequate					
LC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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





« Toute préparation doit permettre de voir les polypes de plus de 5 mm »



LE CARACTÈRE COMPLET DE LA COLOSCOPIE

- 1 – Visualisation complète du caecum et du trépider appendiculaire + ou - iléon
- 2- Extrémité de l'endoscope située à proximité de l'orifice appendiculaire
- 3- Confirmation par une photographie ou une vidéo

Doit être > 90 %

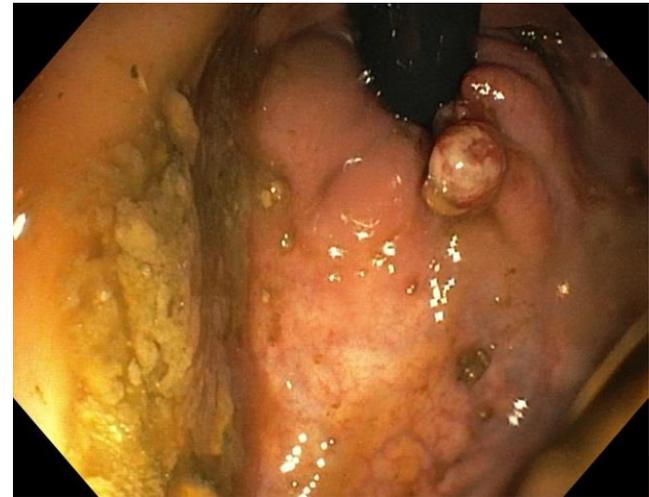
**< 80 % risque méconnaître
lésions Colon Droit**



COMPLÉTUDE DE L'EXAMEN : COECUM



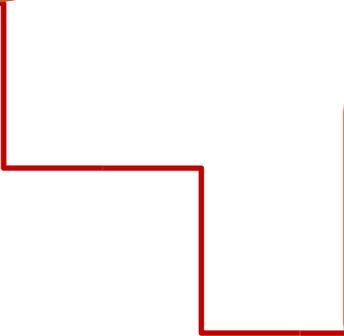
**Ne pas négliger la partie
basse rectum
Rétrovision ++**



Progression



Coecum



Analyse de la muqueuse



LA MÉTHODE D'EXPLORATION

- ❖ - le temps accordé à la redescente (> 6mn) ++
 - l'utilisation d'insufflation et de déflation
 - la recherche systématique derrière les plis,
 - Alternier descentes et remontées

sont autant de points importants pour augmenter le TDA

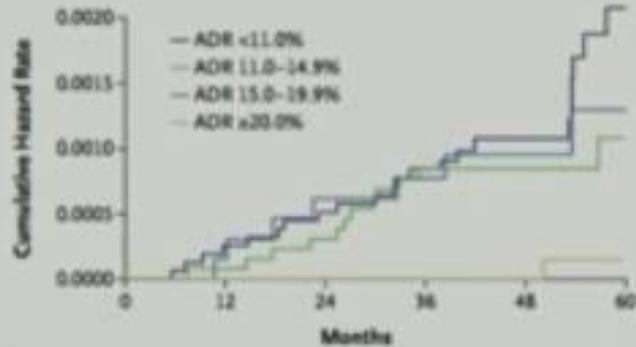
- ❖ l'objectif visuel : ils ne s'attachent pas qu'à la recherche de lésions polypoïdes. Un examen soigneux de la muqueuse est réalisé en étudiant la coloration et **les petites anomalies de relief**



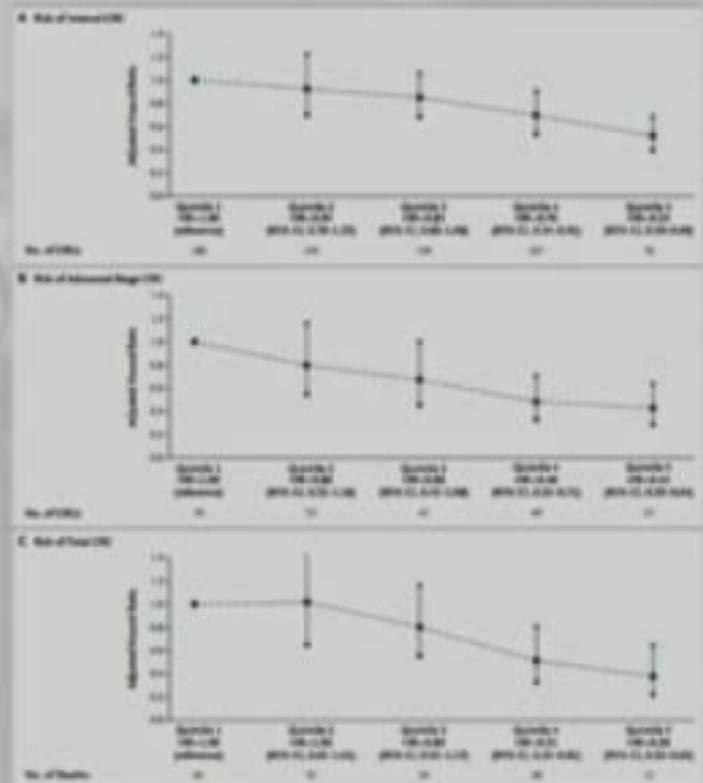
Taux de détection des Adénomes : **TDA**

- Le taux de détection des adénomes (TDA) est critère Majeur +++
- il concerne à l'origine les coloscopies de dépistage chez les individus sains.
- L'objectif est un **TDA ≥ 25 %** (coloscopie diagnostic)
> 45 % (FIT positif)
- **A calculer sur un effectif suffisant 100 – 150 coloscopie diagnostic**





No. at Risk	0	12	24	36	48	60
ADR <11.0%	13,883	13,805	13,744	13,669	9355	4717
ADR 11.0-14.9%	13,281	13,223	13,182	13,120	7571	4003
ADR 15.0-19.9%	6,607	6,582	6,562	6,539	4022	2529
ADR ≥20.0%	9,255	9,235	9,202	9,166	7155	5548



N Engl J Med 2010;362:1795-803.

N Engl J Med. 2014 April 3; 370(14): 1298-1306.

**Relation directe entre le TDA
et le cancer d'intervalle**



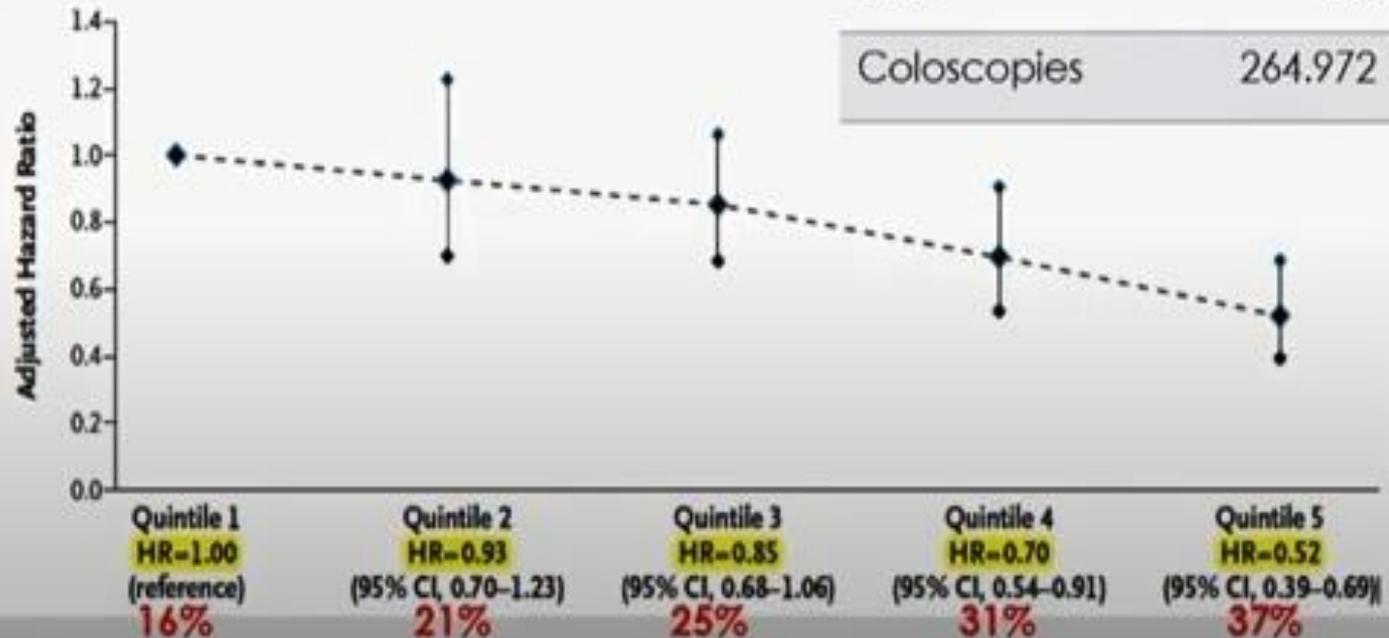
1% d'amélioration du TDA est prédictif d'une réduction de 3% du risque de CCRi

Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death

Douglas A. Corley, M.D., Ph.D., Christopher D. Jansen, Ph.D., Amy S. Marks, M.P.H.,
Wei K. Zhang, M.P.H., Jeffrey K. Lee, M.D., Choke A. Desilets, M.D., M.P.H.,
Ann C. Zaslav, Ph.D., Jolanda de Boer, M.B., Bruce H. Freeman, Ph.D.,
Joanna T. Schumiger, M.D., Virginia F. Quinn, Ph.D., Nirupa K. Ghai, Ph.D.,
Theodore E. Levin, M.D., and Charles P. Quesenberry, Ph.D.

A Risk of Interval CRC

HGE	136
Coloscopies	264,972



TDAm :

POUR MEILLEUR PEC DES LÉSIONS COLIQUES

- Préciser le caractère complet ou non de la coloscopie
- Le siège de la lésion (Rectum, sigmoïde, colon gauche , angle gauche, Coecum, ..)
- La distance / MA n'est utile que dans le Rectum
- Dans le Coecum préciser la situation / VIC
- Taille (pince à Bx ouverte 7 mm)
- Type de la lésion sessile / pédiculée (Clas PARIS)
- Aspect de la Lésion Caractérisation Iconographie ++



TECHNIQUE DE POLYPECTOMIE APPROPRIÉE

< 5 mm	Anse froide ou pince froide 2 à 3 mm
6-9 mm	anse froide
Sessile 10 – 19 mm	Anse Diathermique + ou – Mucosectomie
Pédiculé	Anse Diathermique

**Gestion des
complication**



COMPTE RENDU

- Référence Matériel- anesthésie- protocole désinfection
- Motif de la coloscopie
- Score de Boston
- Niveau de la progression
- Description et topographie des lésion si existante
- Classification et scores
- Geste réalisé et éventuelles complications
- RDV prochaine coloscopie
- Conclusion
- Iconographie (fortement recommandée)



CONCLUSION

- La consultation préalable est une étape essentielle dans la démarche qualité de la coloscopie.
- La prescription de la préparation colique doit être explicitée ; la prise fractionnée doit être privilégiée.
- Les indicateurs de qualité per-examen les plus pertinents sont le taux de détection d'adénomes (TDA) et la complétude.



- L'exploration colique doit être consciencieuse et méticuleuse et la durée de retrait suffisante, adaptée à chaque individu.
- La technique de polypectomie doit être adaptée à chaque type de lésion avec comme objectif une résection macroscopique et histologique complète.
- La rédaction du compte-rendu descriptif destiné au patient doit formaliser toute la démarche qualité.

