

# Critères de Qualité et Techniques de 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.

# 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  $\geq 90$  % 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  $\geq 7$  ( $\geq 90$  % 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...)




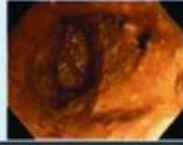




# Préparations recommandées

- - 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
<b>0</b>	Côlon non préparé. Muqueuse non visualisée à cause de matières solides qui ne peuvent pas être aspirées
<b>1</b>	Des portions de muqueuse sont vues tandis que d'autres ne sont pas vues à cause de matières solides ou de liquide teinté
<b>2</b>	Résidus minimes de selles ou de liquide teinté, mais le segment est globalement bien vu
<b>3</b>	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

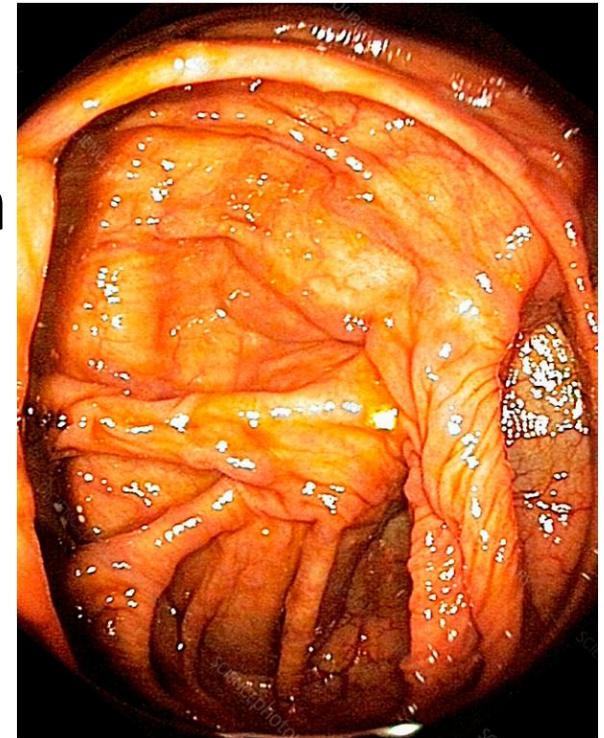
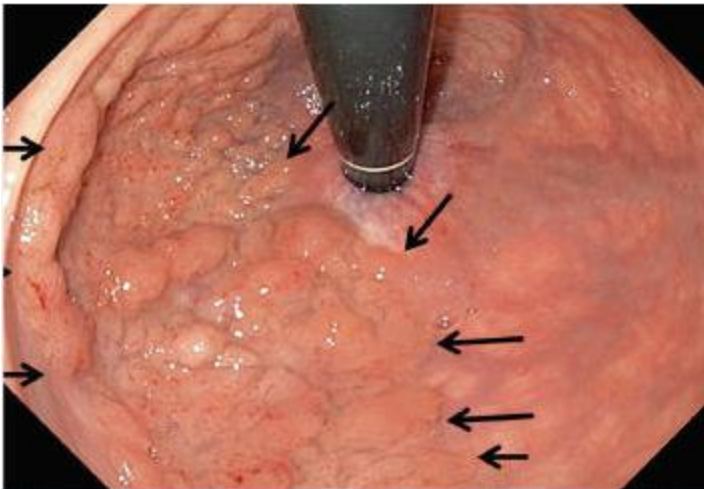
- - Constipation
- - Chirurgies abdominales
- - Traitements psychotropes
- - Âge, comorbidités (diabète, Parkinson)

# 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

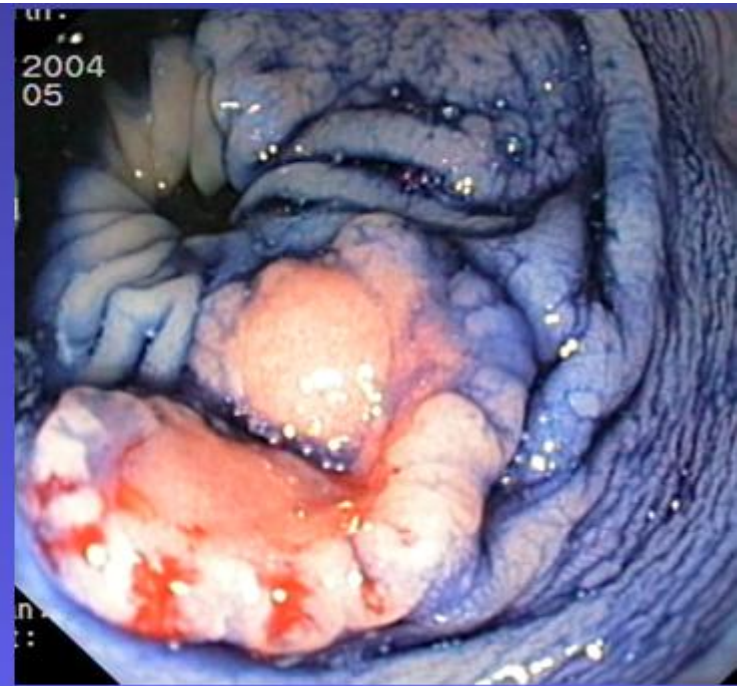
# Complétude de la coloscopie

- Visualisation du caecum confirmée par photos
- Taux cible  $\geq 95$  %
- Inspection terminale du rectum



# Temps de retrait (TDR)

- -  $\geq 6$  minutes recommandé
- - Corrélé au TDA
- - Analyse régulière par opérateur



# Taux de détection des adénomes (TDA)

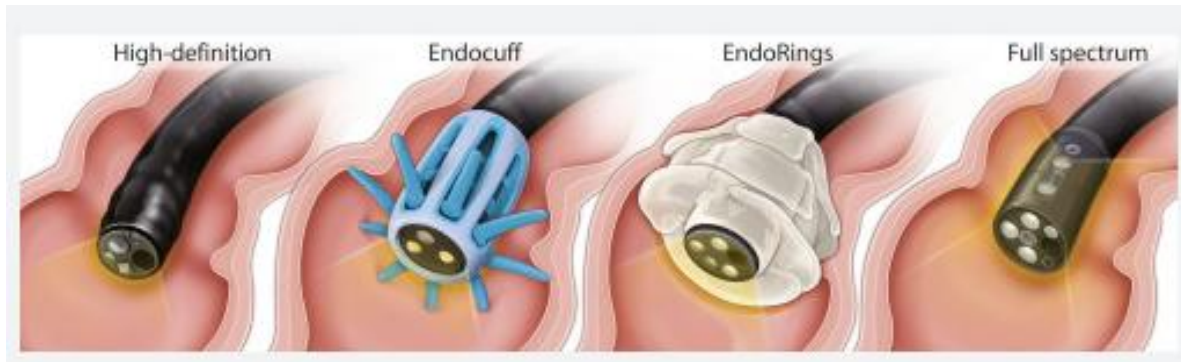
- - Objectif  $\geq 30$  % globalement
- -  $\geq 45$  % après FIT chez les hommes  
« **Fecal Immunochemical Test** »
- Amélioration possible via formation, rétrovision, HD

# Détection des polypes festonnés

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

# Amélioration du TDA : aides technologiques

- Endoscopie HD
- Capuchons (Endocuff<sup>®</sup>, EndoRings<sup>®</sup>)
- 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
- -  $\geq 10$  mm : anse diathermique ou mucosectomie

# Taux de récupération des polypes

- -  $\geq 90\%$  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 :  $\geq 6$  min
- Préparation : score Boston  $\geq 7$
- Complétude caecale :  $\geq 95$  %

# 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.