

# La coloscopie et ses critères de qualité

**2** *ND ENDOSCOPY MASTERCLASS - MINDAR*

*Constantine : 02 Novembre 2022*

**M.BOUCHENE**

**Alger**

# I. Introduction:

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

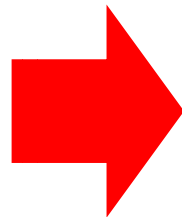
C'est l'examen le plus performant pour:



Diagnostic

+

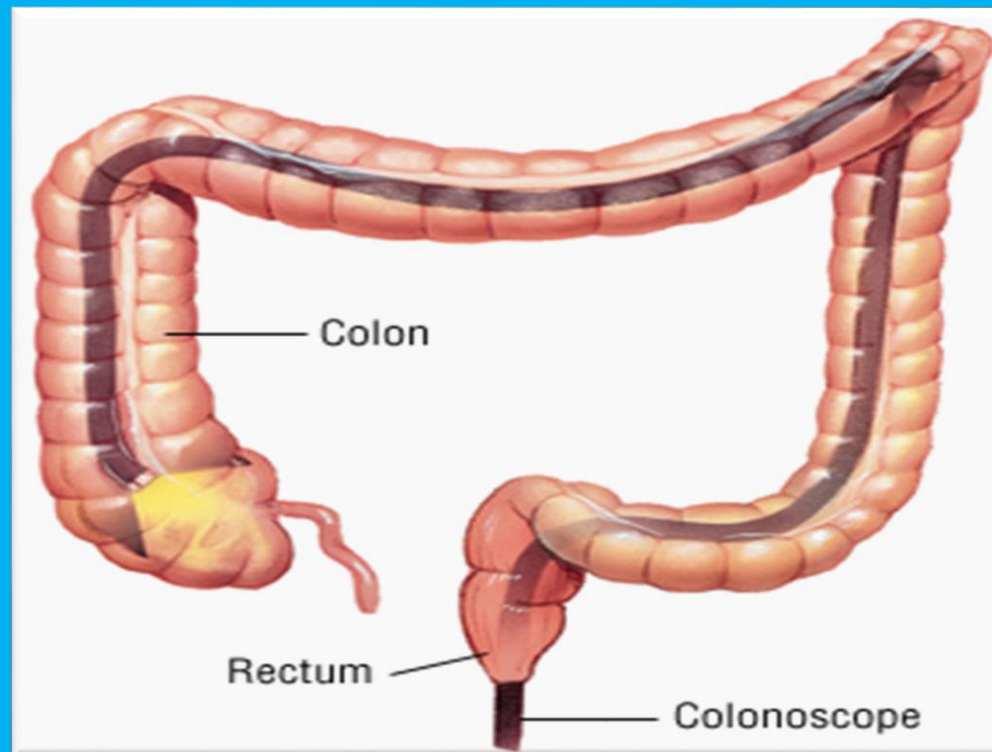
Traitement



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 !!!

- 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 : ( 3 à 5% des CCR )

**CCRi= Principale complication de la coloscopie**

- La coloscopie de qualité diminue l' incidence et la mortalité du cancer colique droit : **Attention , priorité à droite**



Comment y remédier ?



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



**Vrai Challenge de l'endoscopiste en 2022**



## 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, clips .....etc ).
- Pots pré remplis de formol pour les prélèvements.
- Gants, doigtiers et lubrifiant( gelée hydrosoluble +++)....Xylocaine° gel - - visqueux et huile de paraffine
- Tout le nécessaire pour la désinfection des endoscopes .

## Maniements du coloscope :

**Apprentissage +++**



**Colo Ecole**

- Endoscopiste en position confortable afin de maintenir le tube le plus droit possible
- La coloscopie est le plus souvent réalisée par un seul operateur commandant de bord sans copilote +++ sauf dans certaines situations .
- 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 .

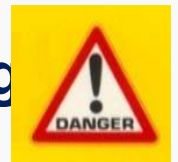


## Restez calme et serein !!!



- ✓ - 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 +++**

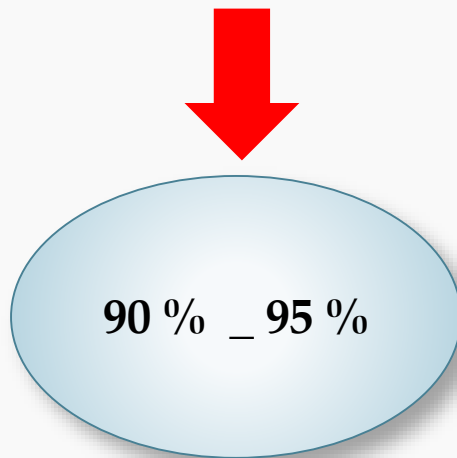
**!!! Pas d'acharnement, Savoir décrocher au bon timing !!!**



**1<sup>er</sup> 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.
- 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  $\geq 45$  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<sup>er</sup> 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 à 05 ans**  
suivant une **coloscopie** dite « normale »

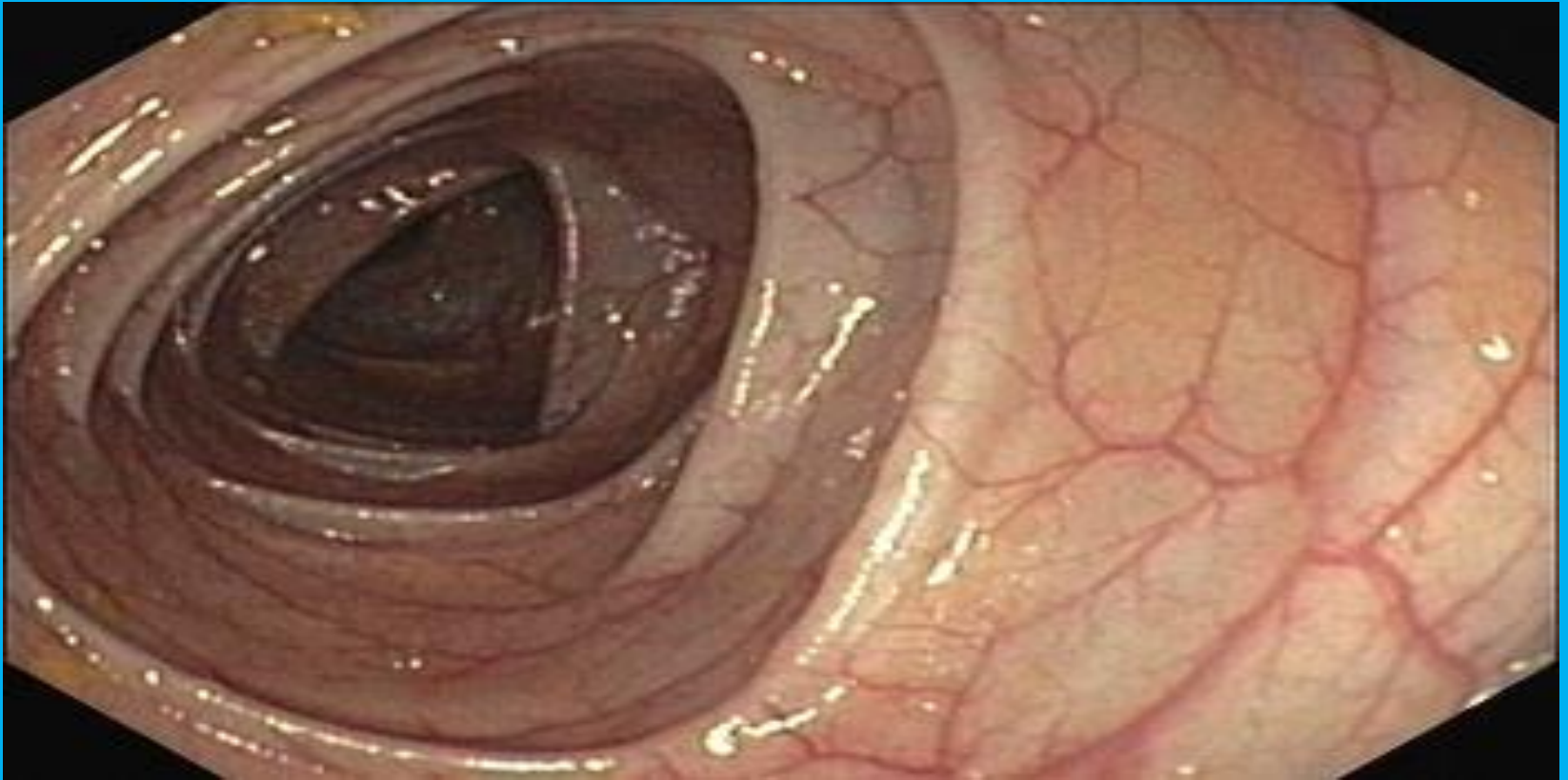
## Facteurs de risques de la perforation :

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

## Facteurs de risques du CCRi :

- TDA bas de l'endoscopiste !!!

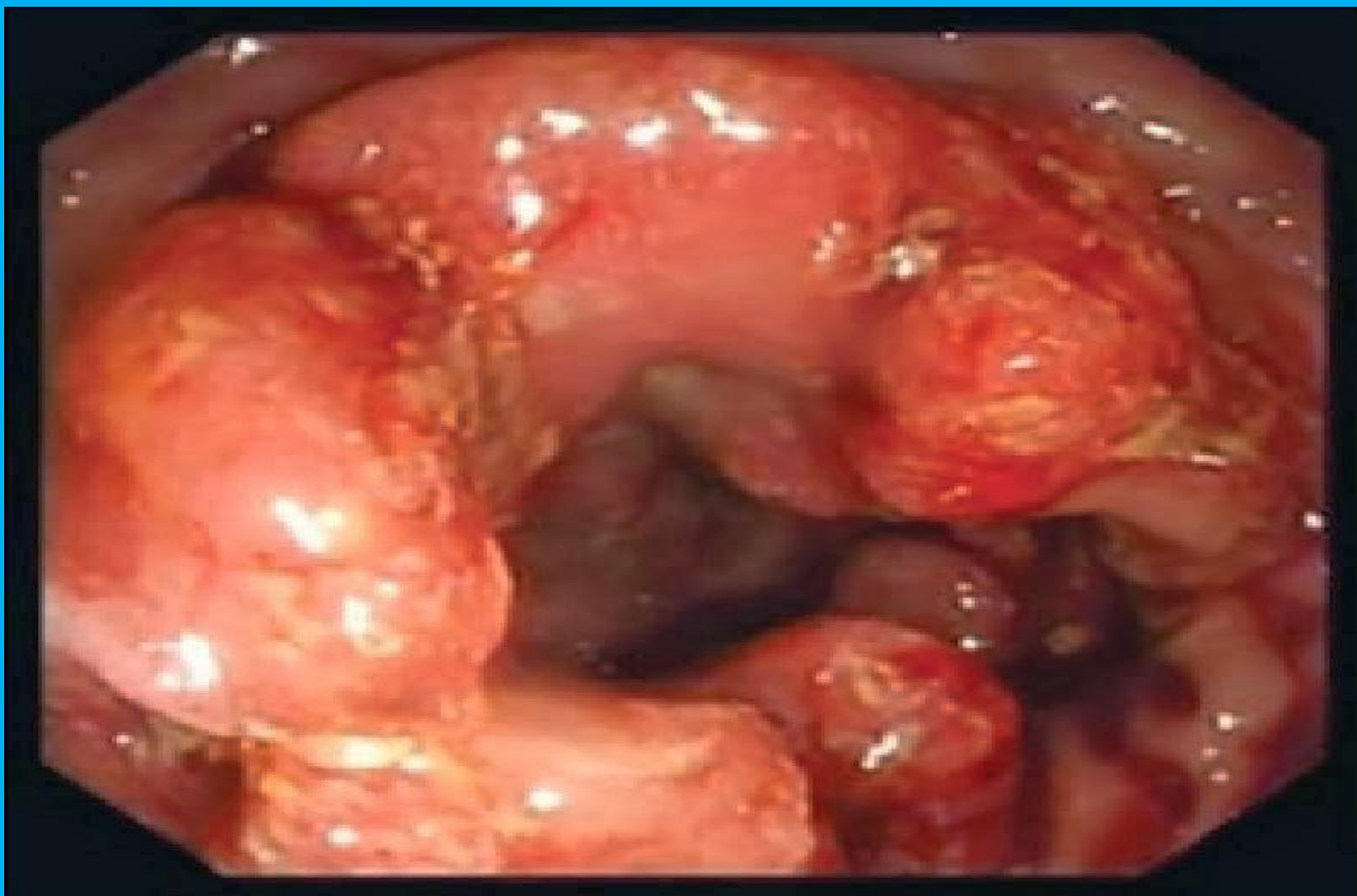
# Quelques images endoscopiques



**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 )

- 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 :
- 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

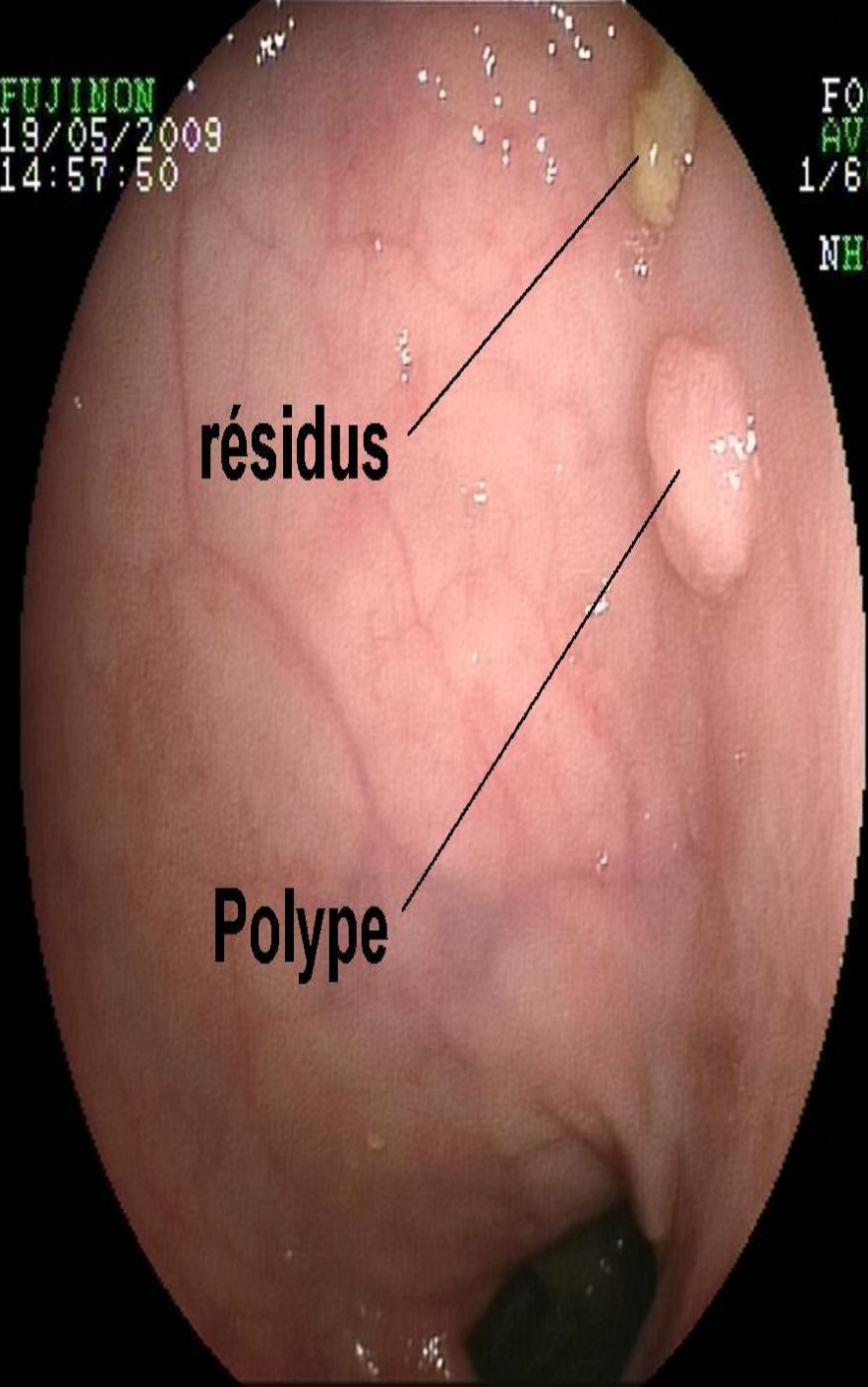
Privilégier la prise fractionnée << Split -dosing >> avec intervalle **réduit** entre la fin de la prise et la coloscopie ; et la **moitié** de la préparation doit être prise le **jour même** de l'acte endoscopique.

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**

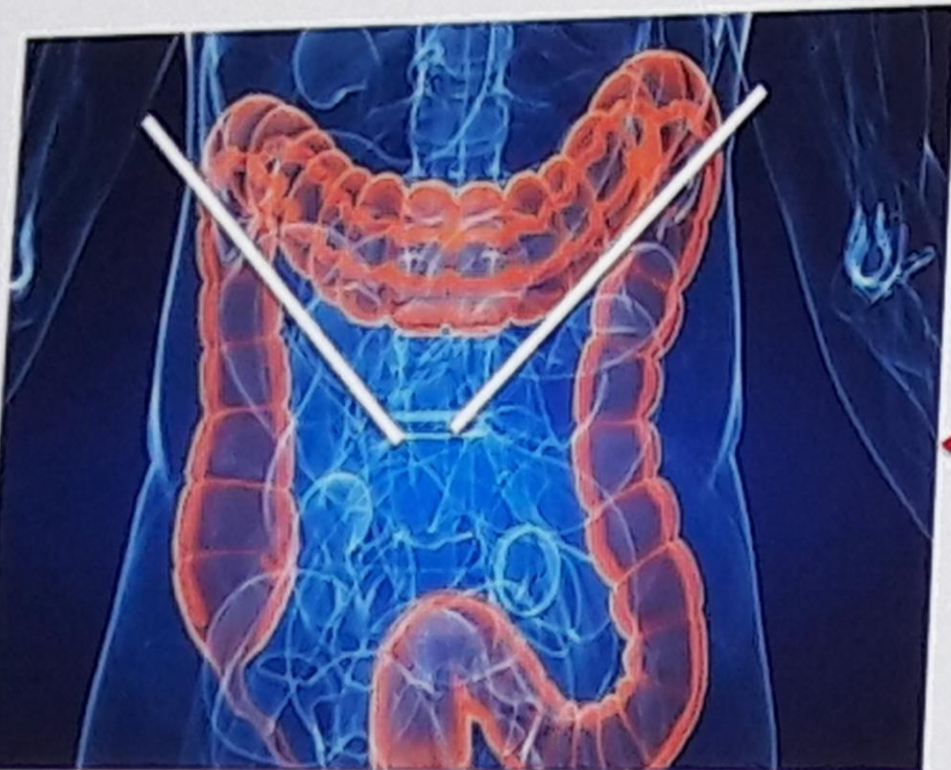


Inscrire la qualité de la préparation dans le **compte rendu** de la coloscopie :

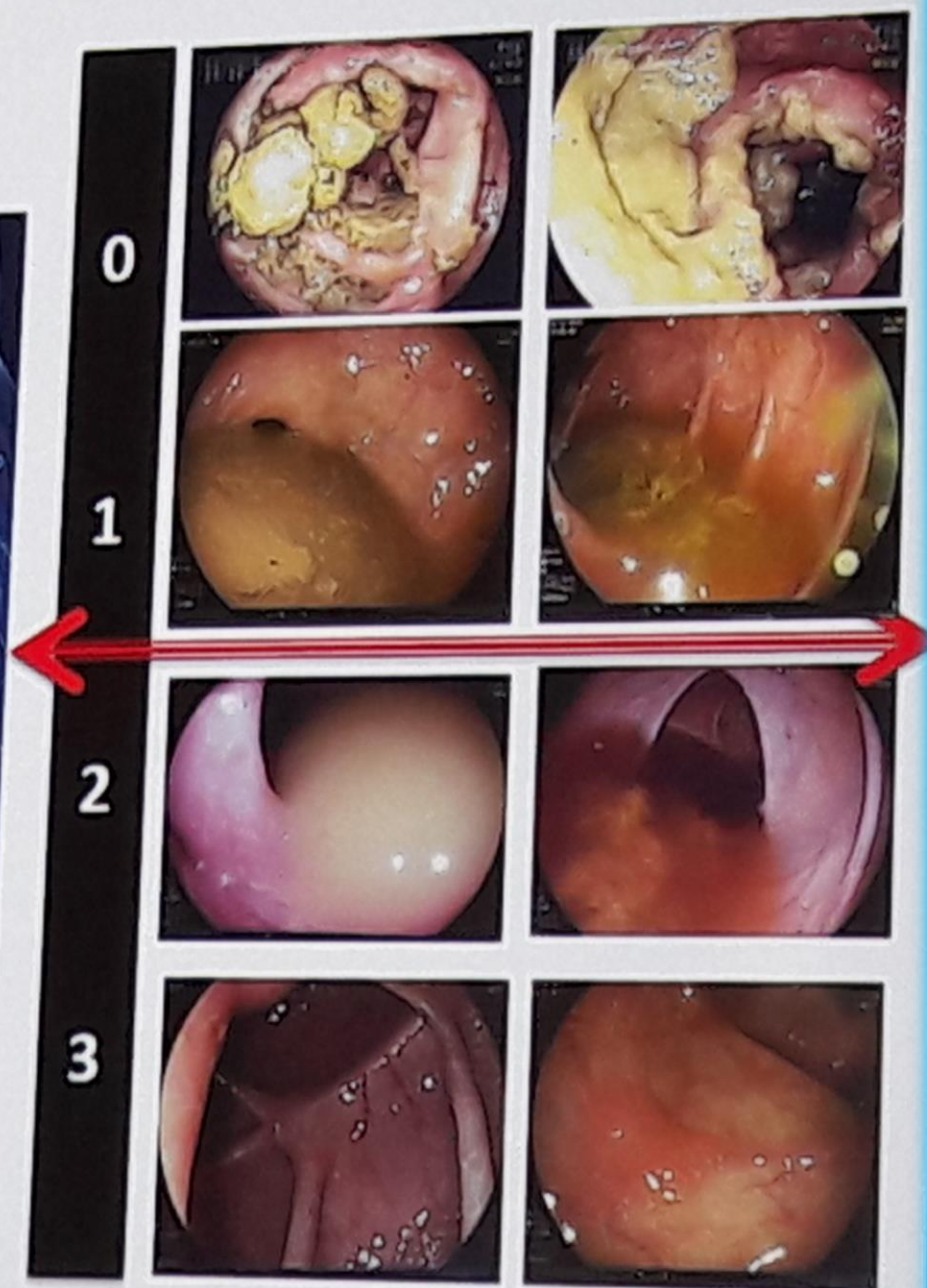
**SCORE DE BOSTON**

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

# Focus : score de Boston



- ✓ Evalué APRES lavage-aspiration
- ✓ Score global ( $\geq 6$ ) et par segment ( $\geq 2$ )
- ✓ 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 vu
- 2 = résidus minimes de selles ou liquides teintés  
mais le segment est globalement vus .
- 3 = Muqueuse parfaitement bien vue sans résidus

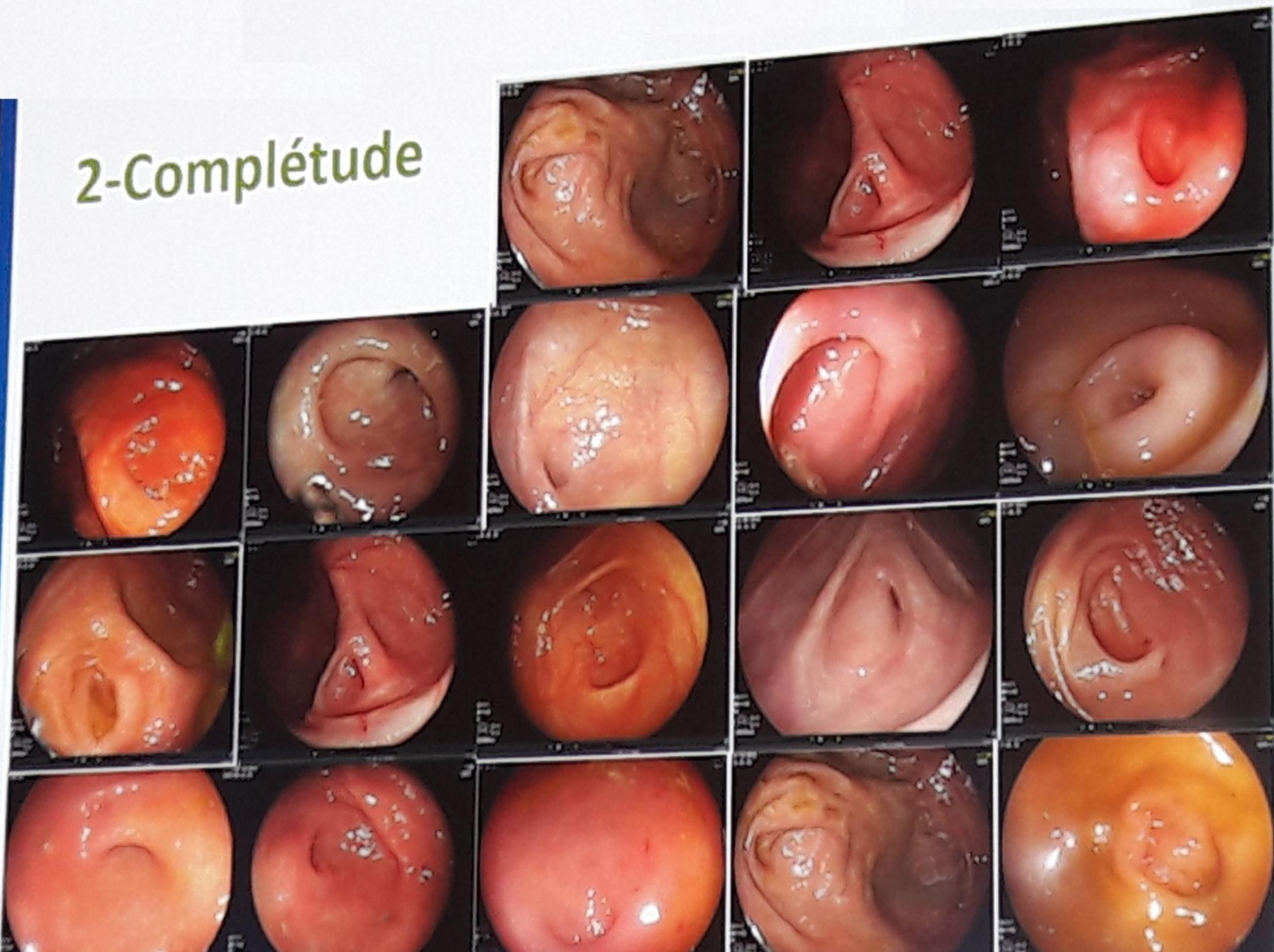
Exemple de score de Boston : 2\_ 3 \_2

## 2) La complétude = Coloscopie totale .

- 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 ) Taux de détection des Adénomes : TDA**

- 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

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  
derrières 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.

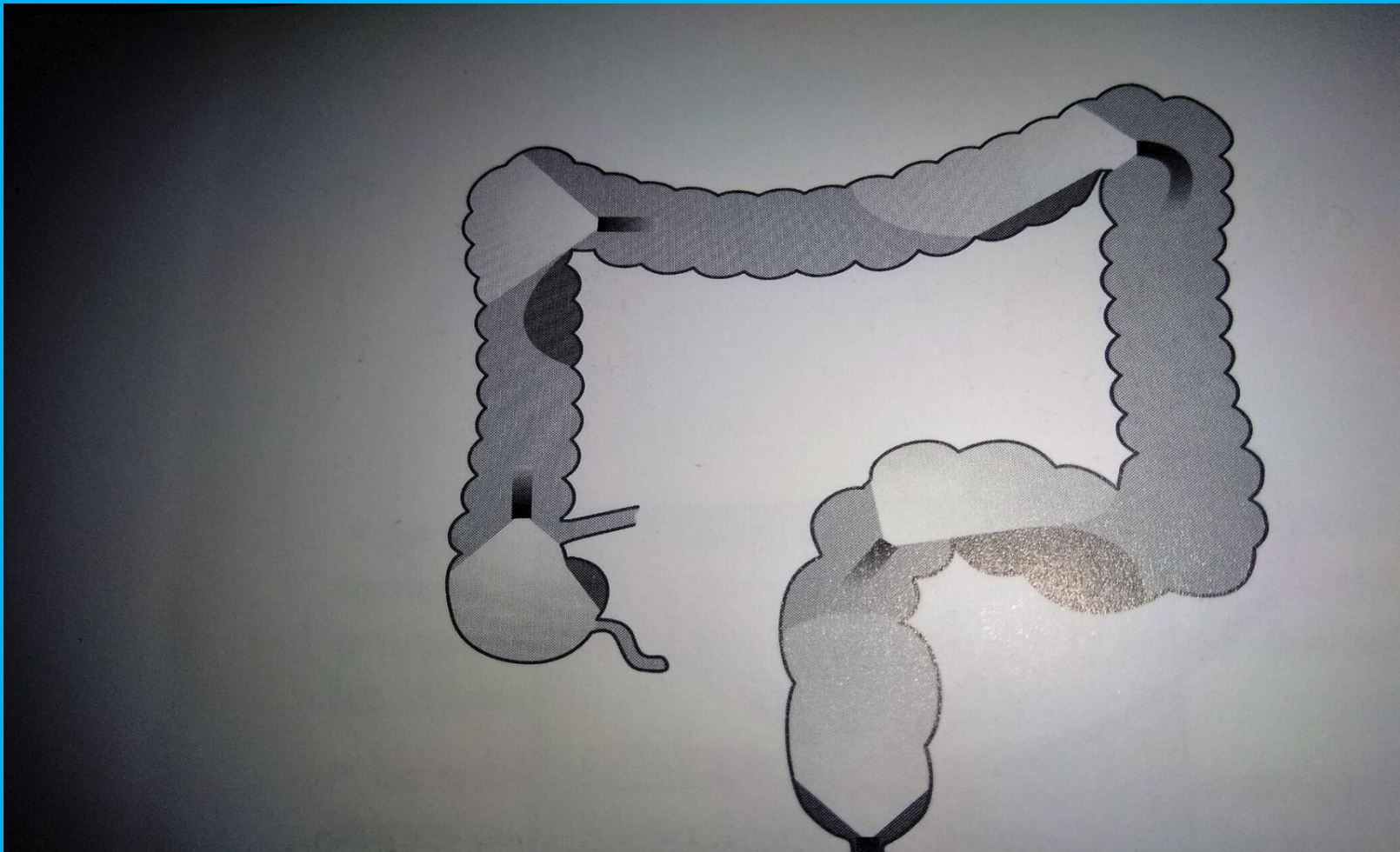
#### 4 ) Temps d'exploration au retrait : TER (Grade 2c)

- **TER** moyen **> 8 Mn** est le reflet d'un bon examen .
- Mais , il persiste de grandes variations du **TDA** entre endoscopistes respectant ce critère .
- Différence de formation des endoscopistes +++
- Retrait minutieux et attentif du coloscope :

No speed



# Propositions techniques pour une coloscopie de bonne qualité



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

Bonne  
préparation

Complétude

TER : 08 -  
10 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 !**