



Francophones 2006  
Mini-Conférence

# RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Docteur Bertrand Napoléon, Lyon

# Pourquoi une recommandation ?

- Quelle utilité ?
  - 1 million de coloscopies par an en France pour 3.000 endoscopistes
  - 33.000 nouveaux cas de cancer colo-rectal pour 16.000 décès par an
- Quelle actualité ?
  - Judiciarisation / normalisation :
    - plus de rigueur pour le praticien : à nous de fournir la preuve...
    - recommandations : bases applicables avec moins d'aléas
  - Coût pour la société de l'endoscopie et du dépistage :
    - demande du Ministère de la Santé à la SFED en mars 2005
    - nous sommes attendus sur le résultat...

# Quels problèmes ?

- Questions à réponse normalisée :  
circulaire 138...
- Questions à réponse scientifique :  
travail bibliographique, mais importance du choix des mots...
- Questions sans réponse mais nécessitant une prise de position :
  - avis d'experts...
  - nécessitent une réflexion approfondie au vu du caractère arbitraire du choix et de l'impact potentiel
  - balance entre l'amélioration de la pratique et les conséquences « délétères » éventuelles

# Quelle méthodologie ? (1)

- Rédaction sous forme de recommandations de pratique clinique (RPC) discutée mais non retenue :
  - organisation trop longue (2 à 3 ans)
  - peu de données scientifiques, nécessitant une recherche bibliographique délicate
  - importance des avis d'experts, nécessitant un consensus professionnel le plus large possible
- Rédaction sous forme de recommandations de la SFED

# Quelle méthodologie ? (2)

Méthodologie de l'HAS effectuée au plus près :

- Groupe de rédaction :
  - Conseil d'Administration de la SFED + R. Lefèvre
- Groupe de lecture :
  - ANGH 9/12
  - CREGG 4/4
  - FMC-HGE 10/15
  - SNFCP 1/2
  - SNFGE 1/1
  - SYNMAD 4/16
- Version finale rédigée par le CA de la SFED

# Avant la coloscopie (1)

- Poser l'indication :
  - spécialiste + pertinent que le généraliste : 87 % vs. 65 %
- Information du patient :
  - principale cause de conflit entre les patients et les praticiens
  - en France s'applique la loi Kouchner du 4 mars 2002 :
    - objectif : consentement éclairé du patient (risques/intérêt)
    - recommandations de l'ANAES : **information orale** + document écrit
    - la signature du patient n'est pas obligatoire (preuve par tous moyens)
  - **il est plus important de voir le patient en consultation et de l'informer verbalement que de le faire signer sans le voir : nécessité d'un entretien personnalisé réalisé par l'HGE**

# Avant la coloscopie (2) : recommandations

- Qualification du médecin : spécialiste des maladies de l'appareil digestif
- Aide-endoscopiste habitué
- Indication posée ou confirmée par un Hépatogastro-entérologue :
  - RPC de l'HAS en 2004 : « Indications de la coloscopie hors dépistage en population »
  - HEMOCCULT® positif pour un dépistage en population
- Contre-indication : perforation
- Indications à discuter en cas de : grossesse avérée, suspicion d'occlusion, ...
- Information du patient : hormis les situations d'urgence elle doit être faite lors d'une consultation effectuée par un HGE
- Il est conseillé de garder dans le dossier une preuve écrite que l'information a été donnée (mot dans le dossier ou dans le courrier)

# Avant la coloscopie (3) : la préparation (1)

Les conséquences d'une mauvaise préparation :

- Des lésions peuvent être méconnues :  
concerne surtout des lésions < 1 cm
- L'impact économique est important :  
jusqu'à 22 % de mauvaises préparations

*Ness. Am. J. Gastroenterol. 2001*

*Rex. Am. J. Gastroenterol. 2002*

*Harewood. Gastrointest. Endosc. 2003*

# Avant la coloscopie (4) : la préparation (2)

- Produit d'efficacité validée :  
PEG vs. phosphate de sodium : efficacité comparable (16 études)
- Régime sans résidus :
  - intérêt non-prouvé (grade B) mais limite les pépins...
  - sous-groupe de population à risque de mauvaise préparation pourrait avoir un intérêt
- Délais entre la fin de la préparation et l'anesthésie :
  - rares séries : temps de vidange variable
  - pas de recommandations de la SFAR
  - discussion en cours dans la RPC sur l'anesthésie ambulatoire...

# Avant la coloscopie (5) : recommandations (1)

- Préparation par voie orale : PEG ou phosphate de sodium
- Régime sans résidus conseillé en général et recommandé dans des cas particuliers (antidépresseurs, patient alité, ...)
- Arrêt des médicaments avec du fer
- Information orale et écrite recommandée
- Un délai entre la fin de la préparation et l'anesthésie est à respecter (pas de délai recommandé, habituellement 3 heures mais variable)
- Vérification de l'efficacité de la préparation avant l'examen
- Traitement complémentaires (lavements, ...) si besoin
- Selles non-aspirables en cours d'examen → attitude laissée au choix de l'opérateur (poursuite de l'examen, reprogrammation, ...)

# Avant la coloscopie (6) : quel bilan, quelle adaptation du traitement ?

- Recherche de troubles de la crasse sanguine :
  - interrogatoire orienté : médicaments, troubles de l'hémostase, ...
  - bilan sanguin : aucunes recommandations actuelles (en cours de rédaction par le GEHT)
- Traitements antithrombotiques (AVK, AAP, ...) :
  - fiche de recommandations 2005 SFED - SFAR - SFC - GEHT
  - **biopsies quelque soit le traitement en cours**
- Antibioprophylaxie :
  - responsabilité partagée avec l'Anesthésiste :  
fiche de recommandations
- Impact de la purge sur l'absorption de certains traitements :  
aucun document scientifique...

# Avant la coloscopie (7) : recommandations (2)

- Bilan sanguin éventuel
- Relais antithrombotiques : fiche de recommandations 2005 SFED - SFC - SFAR - GEHT
- Gestion des autres traitements, jeûne : responsabilité de l'Anesthésiste
- Antibioprophylaxie : en accord avec les recommandations et l'Anesthésiste

# Pendant la coloscopie : anesthésie, sédation, rien ? (1)

- Anesthésie générale (AG) indispensable ?
  - l'important : taux de succès, adhésion du patient pour refaire l'examen
  - étude européenne multicentrique (France, Hollande, Finlande) :
    - taux de succès de l'intubation cæcale identique à celui de l'AG, sédation ou rien
    - meilleure acceptation sous AG ou sédation mais surtout chez les patients ayant eu mal
- En pratique en France (étude SFED 2005) :
  - AG : 95 % des cas
  - rien : 4 % des cas
  - sédation par le Gastro-Entérologue : 1 % des cas

# Pendant la coloscopie : anesthésie, sédation, rien ? (2) Recommandations

- L'anesthésie générale doit pouvoir être proposée au patient
- L'absence d'anesthésie ou de sédation est possible chez un patient bien informé (douleur, alternatives, ...)
- La sédation par un HGE n'est pas conseillée...  
→ attendre la RPC... 2007 ?

# Le matériel ? (1)

- **Matériel de haut-niveau**, mais dont le bénéfice n'est pas encore validé (zoom, *Narrow Band Imaging*, ...) :  
pas de recommandation

- **Matériel de base** :
  - pas d'étude vidéo vs. optique
  - pas d'étude sur l'obsolescence

La **qualité de l'image endoscopique** évolue cependant...

- **Maintenance des endoscopes** : prendre position ?
  - Pas de règle actuellement, mais risque de passage des endoscopes en classe IIB (maintenance obligatoire définie par l'AFSSAPS)
  - Groupe de travail de la DGS où la SFED est partie prenante :  
→ trouver un **consensus minimal**... pour l'éviter...

# Le matériel ? (2)

## Recommandations

- L'évolution des techniques rend souhaitable une mise à niveau régulière du matériel
- Une maintenance préventive annuelle des endoscopes est conseillée
- Le nombre d'endoscopes disponibles doit permettre de respecter les délais de nettoyage et de désinfection et de pallier à un problème technique inopiné d'un endoscope
- Un électrocoagulateur par salle est nécessaire
- Le petit matériel : textes officiels
- La désinfection : textes officiels ; automatique, semi-automatique ou manuelle
- La traçabilité est conseillée, en attendant un guide

# Pendant la coloscopie (1) : l'analyse de la muqueuse, le seul challenge

- Limites de la coloscopie à l'occidentale :
  - 1 cancer sur 250 à 1.250 coloscopies (5 à 20 %) (étude de suivi)
  - 6 % polypes > 1 cm, 15 à 24 % des adénomes (double coloscopie)
- En Europe aussi, les cancers superficiels se présentent dans 37 % des cas sous forme plane ou déprimée
- Il faut passer du temps à la descente pour limiter les risques :
  - le temps passé à l'examen de la muqueuse augmente la sensibilité de la méthode (grade B)
  - recommandations aux Etats-Unis : entre 6 et 11 minutes pour l'exploration seule

# Pendant la coloscopie (2) : recommandations

- Technique de progression :
  - voir la lumière, déboucler, aspirer le liquide, peu insuffler, ...
  - mobiliser le patient, compression externe
- La méthode d'exploration :
  - temps passé à la descente : recommandation d'au moins 6 minutes
  - technique d'exploration : alterner insufflation, déflation, montée, descente, recherche derrière les plis
- En cas de doute : utiliser largement l'indigo carmin
- Les gestes associés (biopsies, polypectomie, plasma argon, ...) :
  - recommandations SFED spécifiques

# Suivi post-coloscopie : recommandations

- Visite de sortie du Gastro-Entérologue ou d'un membre de l'équipe médicale
- Document avec les consignes en cas de problème remis au malade
- En cas de doute pour une perforation, privilégier la réalisation d'un scanner plutôt que d'un ASP

# Après la coloscopie : le rapport et le courrier, recommandations

- Le rapport final :
  - doit comporter : indication, conditions techniques, objectif atteint, éventuelles lésions ou anomalies (diverticules, ...)
  - standardisation de la description des lésions souhaitable (classification de Paris)
  - clichés optionnels mais équipement conseillé
- Le courrier final :
  - au médecin traitant
  - au patient (possibilité, mais avec commentaires appropriés)
- Consultation spécifique d'annonce :
  - recommandée pour les lésions néoplasiques
  - étendue aux découvertes de MICI, ...

# Remerciements

- Ponchon, Lefèvre, Canard, Arpurt, Boustière, Boyer, Cassigneul, Dalbiès, Escourrou, Gay, Laugier, Letard, Palazzo, Richard-Molard, Tucac, Sautereau, Védrenne
- Calazel-Benqué, Heresbach, Lévy, Devulder, Helbert, Hagège, Pariente, Dorval, Corallo, Houcke, Jacques, Rey, Soudan
- ANGH, CREGG, FMC-HGE, SNFCP, SNFGE, SYNMAAD