

## La coloscopie en 2015 : de la préparation au diagnostic. Résultats de l'enquête annuelle de la Société Française d'Endoscopie Digestive

### Colonoscopy in 2015: From Bowel Preparation to Diagnosis. Results from the Annual Survey of the French Society of Digestive Endoscopy

D. Bernardini · M. Robaszekiewicz · J.-M. Canard · S. Chaussade · M. Barthet · T. Lecomte · I. Joly · J. Lapuelle · C. Lefort · A.-L. Tarrerias · É. Vaillant · L. Palazzo · P. Dalbies · T. Ponchon · J. Hochberger · E. Bories · S. Koch · P. Bulois

© Lavoisier SAS 2016

#### Messages clés

##### *Messages connus*

La coloscopie avec ou sans polypectomie est un outil performant pour le dépistage et la prévention du cancer colorectal

Les enquêtes de la SFED permettent de disposer d'une véritable évaluation de la pratique professionnelle en France, plus performante que l'approche par GHM

Le nombre de coloscopies en France est stable depuis 2009

#### *Nouveaux messages*

La participation des gastroentérologues à l'enquête est en baisse  
L'amélioration de la qualité des coloscopies est possiblement liée à une évolution de la qualité de la préparation favorisant une meilleure acceptabilité par le patient

Le taux de dégénérescence des adénomes est en augmentation au fil des années, mettant en évidence l'importance d'une analyse histologique des polypes.

D. Bernardini (✉)

Service d'hépatogastroentérologie, hôpital privé La Casamance,  
33 boulevard de Farigoules, F-13400 Aubagne, France  
e-mail : david.bernardini@sfr.fr

M. Robaszekiewicz

Service d'hépatogastroentérologie,  
hôpital de la Cavale Blanche, Brest

J.-M. Canard

Service d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie digestive,  
hôpital européen Georges Pompidou, Paris

S. Chaussade

Service d'hépatogastroentérologie,  
hôpital Cochin, Paris

M. Barthet

Service d'hépatogastroentérologie,  
hôpital Nord, Marseille

T. Lecomte

Service d'hépatogastroentérologie,  
hôpital Trousseau, Tours

I. Joly

Service d'hépatogastroentérologie,  
centre hospitalier de Saint-Brieuc, Saint-Brieuc

J. Lapuelle

Service d'hépatogastroentérologie, clinique Saint-Jean  
Languedoc, Toulouse

C. Lefort

Service d'hépatogastroentérologie, hôpital privé Jean Mermoz,  
Lyon

A.-L. Tarrerias

Hépatogastroentérologue, Paris

É. Vaillant

Hépatogastroentérologue, Marcq-en-Barœul

L. Palazzo

Hépatogastroentérologue, Paris

P. Dalbies

Hépatogastroentérologue, Béziers

T. Ponchon

Service d'hépatogastroentérologie, hôpital Édouard Herriot, Lyon

J. Hochberger

Service d'hépatogastroentérologie, hôpitaux universitaires de  
Strasbourg, Strasbourg

E. Bories

Service d'endoscopie digestive, Institut Paoli Calmettes,  
Marseille

S. Koch

Service d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie digestive,  
hôpital Jean Minjoz, Besançon

P. Bulois

Service d'hépatogastroentérologie, hôpital privé la Louvière, Lille

**Résumé Objectifs :** Les enquêtes de la SFED, initiées en 1998 et réalisées annuellement depuis 2001, ont pour objectif de décrire les caractéristiques des patients bénéficiant d'une coloscopie, les conditions de prise en charge, le rendement diagnostique et les éventuelles complications.

**Méthodes :** À partir d'un questionnaire envoyé par voie électronique, la pratique de l'endoscopie est évaluée pendant cinq jours consécutifs. En 2015, certaines modalités techniques ont été intégrées comme le délai entre la préparation et l'examen coloscopique, l'évaluation du score de qualité, ainsi que les corrélations entre certains items. Les données de l'enquête ont été extrapolées sur la population totale des 2 600 gastroentérologues pratiquant des endoscopies digestives, puis sur les années d'exercice précédentes. L'enquête a été réalisée du 1<sup>er</sup> au 7 juin 2015.

**Résultats :** L'enquête SFED 2015 sur l'exercice de la coloscopie en France met en évidence plusieurs points : une participation en baisse, une stabilité du nombre de coloscopies réalisées, une amélioration de la qualité des coloscopies probablement liée à une évolution de la qualité de la préparation et du matériel d'endoscopie, l'importance du diagnostic histologique ainsi que l'effet positif du dépistage et de la surveillance sur le diagnostic du cancer colorectal.

**Conclusions :** Les données fournies par les enquêtes de la SFED représentent un outil important dans l'évaluation de l'activité endoscopique en France et sont une image quasi unique en Europe. La baisse notable de la participation met l'accent sur la nécessité de motiver les gastroentérologues à répondre à cette enquête.

**Mots clés** Coloscopie · Préparation colique · Taux de détection des adénomes · Cancer colorectal

**Abstract Purpose:** The SFED surveys, initiated in 1998 and performed yearly since 2001, aim to describe characteristics of patients who undergo a colonoscopy, conditions of care, efficiency of diagnosis, and complications.

**Methods:** Based on an e-questionnaire, the colonoscopic practices are evaluated during 5 consecutive days. In 2015, some technical procedures were integrated such as time from bowel preparation to colonoscopy, assessment of quality score, as well as correlations between some items. The data of survey were extrapolated to the whole population of gastroenterologists performing digestive endoscopies (i.e. 2,600), and then to previous years of exercise. The survey was performed from June 1<sup>st</sup> to June 7<sup>th</sup> 2015.

**Results:** The 2015 SFED survey, evaluating the colonoscopic practices in France, highlighted several issues: a decrease in participation, a steady number of colonoscopic interventions, an improvement in the quality of colonoscopy probably related to the improvement of bowel preparation and endoscopic devices, the importance of the histological diagnosis, and the positive effect of screening and follow-up on the diagnosis of colorectal cancer.

**Conclusions:** The data provided by the SFED surveys represent a major tool evaluating the French colonoscopic practices, and are a nearly unique image in Europe. The significant decrease in participation emphasizes a need to motivate gastroenterologists to participate in this survey.

**Keywords** Colonoscopy · Colonic preparation · Adenoma detection rates · Colorectal cancer

## Introduction

L'objectif principal de la coloscopie est le diagnostic d'adénomes coliques pouvant potentiellement évoluer vers un cancer colorectal (CCR). Le CCR est la troisième cause de cancer en France après le cancer de la prostate et le cancer du sein [1]. En 2015, le nombre de nouveaux cas estimé de CCR était de 43 068, et le nombre de décès de 17 833, avec une survie à 10 ans de 50 %. L'âge moyen au diagnostic est de 70 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme. On estime qu'entre 20 et 50 % des patients ayant un CCR de stade II-III au moment du diagnostic évolueront vers une maladie métastatique [2]. Ces chiffres montrent l'intérêt d'un dépistage et d'un diagnostic précoce à un stade encore curable, et mieux encore une prévention par l'ablation prophylactique des lésions précancéreuses.

En France, le dépistage organisé du CCR dans la population française âgée de 50 à 74 ans, sans facteur de risque particulier et sans symptôme, repose aujourd'hui sur la recherche de sang dans les selles tous les deux ans par test immunologique. Il a été démontré que la résection d'un polype adénomateux effectuée lors de la coloscopie permettait de prévenir la survenue d'un CCR et d'en diminuer la mortalité spécifique [3,4]. Les données de la littérature sont nombreuses à avoir démontré que la coloscopie avec ou sans polypectomie est un outil performant pour le dépistage et la prévention du CCR à titre individuel. En conséquence, la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) a proposé un « Consensus & Position » sur la réalisation d'une coloscopie de prévention à titre individuel chez le sujet âgé de plus de 50 ans à risque moyen de CCR, après information sur ses avantages et inconvénients et avec son consentement éclairé [5].

En 2011, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a réalisé un état des lieux détaillé de la pratique des coloscopies afin d'analyser la pertinence des actes d'endoscopie digestive. Les données analysées étaient issues de la classification par Groupes Homogènes de Malades (GHM), en l'occurrence le GHM-06K04 [6]. Or, ce GHM est très hétérogène, identifiant les endoscopies diagnostiques réalisées sous anesthésie en situation ambulatoire, et ne couvrant donc pas tout le champ de l'endoscopie. La Haute

Autorité de Santé (HAS) a publié un « état des lieux » de la pratique des coloscopies en 2011 montrant que 1,28 million de coloscopies ont été réalisées, dont 60 % entre 50 et 74 ans. Sur une période de cinq ans, plus de 8 % de la population est ainsi concernée par cet examen. La CNAM conclut que la France est le troisième pays européen en nombre de coloscopies pour 1 000 habitants (soit 19,2/1000) derrière l'Allemagne et l'Irlande, avec une disparité géographique importante au sein du territoire français, allant du simple au double. De toute évidence, l'approche par GHM est insuffisante dans la mesure où il n'est pas possible d'appréhender la pertinence des endoscopies ou d'en identifier les différentes indications. De ce fait, d'autres approches sont indispensables afin de disposer d'une véritable évaluation de la pratique professionnelle en France.

C'est dans ce contexte que s'intègrent les enquêtes de la SFED, initiées en 1998, et réalisées annuellement depuis 2001. Ces enquêtes s'adressent aux gastroentérologues, membres de la SFED, à l'aide d'un questionnaire recueillant les données sur une durée de cinq jours depuis 2010. L'objectif de ces enquêtes est de décrire les caractéristiques des patients bénéficiant d'une coloscopie, leurs conditions de prise en charge, le rendement diagnostique de l'examen et ses éventuelles complications.

## Méthodes

Depuis 1998, la SFED réalise des enquêtes auprès des gastroentérologues membres de la SFED. La méthode de ces enquêtes a été standardisée en 2001. Jusqu'en 2009, le questionnaire était envoyé par voie postale et reflétait deux jours consécutifs d'endoscopie en France. Depuis 2010, le questionnaire est envoyé par voie électronique pour cinq jours de pratique endoscopique. Le type de données exploitées a évolué au cours du temps : depuis 2011, l'histologie des polypes réséqués est intégrée ; en 2013, le plateau technique a fait l'objet d'un recueil ; en 2015, certaines modalités techniques ont été intégrées comme le délai entre la préparation et l'examen coloscopique, l'évaluation du score de qualité de cette préparation, ainsi que les corrélations entre certains items.

Les données recueillies étaient : les caractéristiques démographiques des médecins et des patients ; la prise en charge coloscopique sous tous ses aspects (indications, préparation, réalisation) ; le rendement diagnostique exprimé par le taux de détection d'adénomes (TDA) et le taux de détection du CCR ; les traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires ; les complications de la coloscopie.

En 2015, l'enquête a été réalisée du 1<sup>er</sup> au 7 juin 2015. Les données ont été extrapolées sur la population totale des 2 600 gastroentérologues pratiquant des endoscopies digestives, puis sur les années d'exercice précédentes : 2014

(enquête du 1<sup>er</sup> au 7 décembre 2014) et 2013 (enquête du 2 au 8 décembre 2013) [7]. Les corrélations ont été faites en prenant comme unité d'analyse la coloscopie. L'hétérogénéité des répartitions a été testée en utilisant le test du  $\chi^2$  ou le test de Fisher en fonction des effectifs. La tendance des proportions selon un facteur quantitatif a été testée avec le test de rapport des vraisemblances. Le seuil de significativité des tests a été fixé à 5 %.

## Résultats

### Données démographiques

Les caractéristiques des médecins participants sont présentées dans le Tableau 1. En 2015, le nombre de médecins ayant répondu au questionnaire était de 219 (vs 383 en 2013 et 355 en 2014) avec une diminution significative du nombre de participants ( $p < 0,001$ ), sans que les caractéristiques démographiques se modifient significativement au cours du temps.

En 2015, les caractéristiques des 2 268 patients ont été analysées (Tableau 2). Sur le plan démographique, les caractéristiques restaient stables dans le temps, malgré une baisse du nombre de patients inclus. En revanche, on a observé une augmentation de la proportion des médecins généralistes (84,2 %) comme initiateurs de la demande de coloscopie, traduisant un meilleur respect du parcours de soins. La conduite du traitement pour la prise d'anticoagulants et d'antiagrégants plaquettaires est présentée dans le Tableau 3. On notera que, chez les patients traités par anticoagulants, ce traitement n'a pas été modifié avant la coloscopie dans 21,5 % des cas.

### Indications de la coloscopie

À partir de ces données, l'extrapolation des effectifs sur la base de 2 600 gastroentérologues pratiquant des endoscopies digestives, le nombre de jours travaillés et le type d'activité (hospitalière et libérale/mixte) ont conduit à un nombre extrapolé de coloscopies de 1 163 267 (intervalle de confiance à 95 % [IC95] : 1 105 103 à 1 221 430) en 2015 vs 1 150 268 en 2013 (IC95 : 1 092 754 à 1 207 781) et 1 062 511 en 2014 (IC95 : 1 009 385 à 1 115 637). Il n'y a pas eu d'augmentation significative du nombre de coloscopies entre 2013 et 2015 (+1,1 %) puisque les IC95 étaient superposables, confirmant a posteriori les données de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), issues de la CNAM.

Les indications de coloscopies sont présentées dans le Tableau 4. Les données étaient superposables aux années précédentes, à l'exception d'une baisse des indications de l'Hemocult<sup>®</sup> liée à l'arrêt progressif de son utilisation. Parmi les 25,2 % d'indications liées au dépistage, 86,9 %

<b>Tableau 1</b> Caractéristiques des gastroentérologues ayant participé aux enquêtes SFED de 2013 à 2015, et ayant fourni des données analysables.				
	2013	2014	2015	p
Nombre	383	355	219	<0,001
<b>Sexe, n (%)</b>				0,48
Homme	274 (71,5)	258 (72,7)	149 (68,0)	
Femme	109 (28,5)	97 (27,3)	70 (32,0)	
<b>Âge</b>				<b>0,29</b>
Moyenne ( $\pm$ écart-type)	51,1 ( $\pm$ 9,5)	52,0 ( $\pm$ 9,5)	52,9 ( $\pm$ 8,8)	
< 35 ans, n (%)	27 (7,0)	25 (7,0)	11 (5,0)	
35-49 ans, n (%)	123 (32,1)	99 (27,9)	56 (25,6)	
$\geq$ 50 ans, n (%)	233 (60,8)	231 (65,1)	152 (69,4)	
<b>Activité, n (%)</b>				<b>0,65</b>
Hospitalière	132 (34,5)	114 (32,1)	68 (31,1)	
Mixte ou libérale	251 (65,5)	241 (67,9)	151 (68,9)	
<b>Zone d'activité, habitants</b>				<b>0,20</b>
< 50 000	67 (17,5)	79 (22,3)	47 (21,5)	
50 000 à 200 000	176 (45,9)	162 (45,6)	110 (50,2)	
> 200 000	140 (36,6)	114 (32,1)	62 (28,3)	

<b>Tableau 2</b> Caractéristiques des patients inclus dans les enquêtes SFED de 2013 à 2015.			
	2013	2014	2015
Nombre	6 257	5 658	2 268
<b>Sexe (%)</b>			
Homme	47	47,4	48
Femme	53	52,6	52
<b>Âge moyen</b>	59,9	59,4	60,7
$\geq$ 50 ans (%)	74,2	72,9	79,1
<b>Patient adressé par (%)</b>			
Médecin généraliste	70,4	74,1	84,2
Gastroentérologue	12,9	9,2	7,1
Autre spécialiste	12,0	12,1	5,7
Chirurgien	4,7	4,5	3,0
<b>Patients sous traitement (%)</b>			
Tout traitement	34,6	33,8	27,3
Anticoagulant	4,4	4,8	3,6
Antiagrégant plaquettaire	7,7	8,5	8,6

<b>Tableau 3</b> Conduite du traitement anticoagulant et antiagrégant plaquettaire en 2015.		
	Anticoagulant	Antiagrégant plaquettaire
Traitement non modifié (%)	21,5	72,2
Relais (%)	58,5	1,0
Arrêt (%)	20,0	26,3
Coloscopie différée (%)	0	0,5

<b>Tableau 4</b> Indications de coloscopies en 2015.	
Indications	
Troubles digestifs	30,9 %
Altération de l'état général	2,5 %
Anémie ferriprive	5,1 %
Rectorragie récidivante	13,5 %
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)	3,2 %
Recherche de néoplasie primitive	1,4 %
Surveillance après polypectomie	19,3 %
Surveillance d'un cancer colorectal opéré	4,4 %
Dépistage	25,2 %
Hemocult <sup>®</sup> positif	1,1 %
Adressage pour geste thérapeutique	1,2 %
Autre	5,7 %
Surveillance forme familiale	1,0 %
Test FIT ( <i>Fecal Immunochemical Test</i> ) positif	0,04 %

correspondaient à des d'antécédents familiaux au 1<sup>er</sup> degré, 3,5 % à des antécédents familiaux indirects et 9,6 % relevaient du souhait du patient.

### Modalités et performance de la préparation

Dans 87,3 % des cas, une information sur l'examen a été signée par le patient. On note une progression constante du pourcentage de consultation pré-endoscopie en 2015 puisque 95,9 % des patients en bénéficiaient (vs 81,7 % en 2013 et

83,1 % en 2014). Cette consultation pré-endoscopie était pratiquée par un gastroentérologue dans 97,5 % des cas.

Le type de préparation utilisée est décrit dans le Tableau 5. La préparation à base de polyéthylène glycol (PEG) était majoritaire avec un PEG 2L + acide ascorbique (ASC) utilisé dans 29,5 % des cas et PEG 4L utilisé dans 27,6 % des cas. On observe une augmentation régulière de la prise fractionnée du produit de préparation avec une pause nocturne (63,8 %) et du régime sans résidus préalables (93,6 %). Parmi les nouvelles données recueillies, on constate que le délai entre la

prise du produit de préparation et la réalisation de l'examen était de 5 heures ou plus dans près de la moitié des cas. Le type de préparation choisi en fonction des facteurs individuels des patients est présenté dans le Tableau 6, montrant que le PEG 4L était privilégié chez les patients constipés et chez ceux ayant une fonction hépatique dégradée, alors que le PEG 2L +ASC était préféré chez les patients âgés, diabétiques ou ayant une fonction cardiaque altérée. Le choix de la préparation n'était pas influencé par l'heure de l'examen ( $p=0,051$ ). Seulement 2,2 % des médecins répondants ont tenu compte de la prise médicamenteuse de leur patient (inhibiteur de l'enzyme de conversion, diurétique, anti-inflammatoire non stéroïdien) pour le choix de la préparation colique.

Une corrélation significative a été observée entre le type de préparation et l'âge du médecin ( $p<0,001$ ). Plus le médecin était jeune (<35 ans) et plus il privilégiait l'utilisation de PEG 4L (58,9 % vs 26,1 % chez les médecins  $\geq 50$  ans).

L'efficacité de la préparation a été évaluée dans 67,1 % des cas (vs 38,8 % en 2013 et 48,9 % en 2014), toujours selon le score de Boston (100 % des cas). Un score supérieur à 7 a été enregistré chez 81,3 % des patients. Une pompe de lavage colique a été utilisée chez 59,1 % des patients (vs 46,4 % en 2013 et 50,8 % en 2014). Il apparaît que le taux de coloscopies incomplètes diminuait régulièrement. Le nombre extrapolé de coloscopies incomplètes passait de 127 190 en 2013 à 77 961 en 2015. Les raisons d'échec de la coloscopie sont présentées dans le Tableau 7 (les données 2013 ne sont pas présentées car ce critère n'était pas renseigné dans 68,9 % des cas) montrant que, en 2015, les taux de difficultés techniques et de préparation incomplète diminuaient quasiment de moitié par rapport aux années précédentes.

### Résultats de la coloscopie et taux de détection des adénomes

Les résultats de la coloscopie en fonction de l'indication initiale de l'examen sont présentés dans le Tableau 8. Le ratio

	2013	2014	2015
<b>Produits (%)</b>			
PEG 4L	33,4	29,0	27,6
PEG 2L + ASC	23,5	25,8	29,5
Phosphate de sodium solution	5,3	3,5	4,9
Phosphate de sodium comprimé	6,9	6,8	7,3
Picosulfate de sodium	23,5	20,6	23,4
Lavements	7,4	8,6	3,7
Mixtes	-	5,7	3,6
<b>Nombre de prises (%)</b>			
Une la veille	9,0	8,4	6,1
Deux la veille	31,3	30,4	30,1
Fractionnée (veille + matin)	59,7	61,2	63,8
<b>Délai entre la prise et l'examen (%)</b>			
1-4 heures	-	-	52,1
$\geq 5$ heures	-	-	47,9
Régime sans résidus (%)	90,2	89,0	93,6
<b>Horaire de la coloscopie (%)</b>			
Avant midi	63,6	61,7	60,4
Après midi	36,4	38,5	39,6

PEG : polyéthylène glycol ; ASC : acide ascorbique.

%	Constipation	Âge	Fonction rénale	Fonction cardiaque	Fonction hépatique	Diabète	Prise médicamenteuse
PEG 4L	49,1	21,7	46,1	32,1	71,4	34,6	45,9
PEG 2L + ASC	26,4	34,2	40,8	51,8	14,3	57,7	35,1
Phosphate de sodium solution	1,9	9,6	2,6	3,6	-	-	2,7
Phosphate de sodium comprimé	3,8	11,9	-	-	-	3,8	-
Picosulfate de sodium	5,0	20,2	10,5	10,7	14,3	3,8	16,2
Mixtes	13,8	2,5	-	1,8	-	-	-

PEG : polyéthylène glycol ; ASC : acide ascorbique.

	2014	2015
Nombre total extrapolé de coloscopies	1 062 511	1 163 267
Nombre extrapolé de coloscopies incomplètes, n (%)	125 869 (11,8)	77 961 (6,7)
Difficultés techniques, n (%)	44 306 (4,2)	24 090 (2,1)
Préparation insuffisante, n (%)	38 390 (3,6)	22 687 (1,9)
Sténose infranchissable, n (%)	37 131 (3,5)	29 781 (2,6)
Douleur au cours de l'examen, n (%)	6 042 (0,6)	1 403 (0,1)

	Normale	Pathologique
Nombre extrapolé de patients	504 698	658 569
Global (%)	46,4	56,6
<b>Par indication</b>		
Surveillance après polypectomie	14,5	23,0
Troubles intestinaux	32,6	29,5
Dépistage	30,2	21,4
Rectorragies récidivantes	12,7	14,1
Autre	5,1	6,2
MICI	1,5	4,5
Rectocolite hémorragique	0,6	2,5
Maladie de Crohn	0,9	2,0
Surveillance d'un cancer colique opéré	5,5	3,5
Geste thérapeutique	0,4	1,9
Recherche de néoplasie primitive	1,1	1,6
Altération de l'état général	1,8	3,0
Anémie ferriprive inexplicquée	4,4	5,7
Surveillance d'une polyposse familiale	1,3	0,8

MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

coloscopie normale/pathologique selon l'indication est resté stable au cours du temps. Le type de pathologie diagnostiquée est présenté dans le Tableau 9. Les pathologies les plus fréquentes étaient les polypes colorectaux, la diverticulose et le cancer colorectal. Le taux de cancer diagnostiqué était de 1,2 % chez les patients ayant déjà bénéficié d'une coloscopie et de 4,5 % chez ceux n'ayant pas d'antécédent de coloscopie ( $p < 0,001$ ), conférant vraisemblablement à la coloscopie un caractère protecteur. Les principales caractéristiques des polypes sont décrites dans le Tableau 10. La grande majorité des patients (87,7 %) avait un nombre de polypes  $\leq 3$ , avec une répartition homogène entre côlon droit (i.e. en amont de l'angle gauche) et côlon gauche (50,7 % et

Pathologie	Nombre extrapolé de patients	%
Tumeur maligne	31 287	2,7
Polypes	416 991	35,8
Diverticulose	221 575	19,0
Rectocolite hémorragique	20 003	1,7
Maladie de Crohn	20 003	1,7
Colite infectieuse	2 052	0,2
Colite ou rectite radique	1 539	0,1
Colite ischémique	5 129	0,4
Angiome/angiodysplasie	3 077	0,3
Tumeur sous-muqueuse	2 565	0,2
Colite non classée	9 232	0,8
Autre	31 800	2,7

52,6 %, respectivement). Près de la moitié des patients (48,6 %) avait un polype d'une taille  $\leq 5$  mm. Parmi les patients ayant des polypes  $\leq 5$  mm, le diagnostic histologique correspondait à une dysplasie de haut grade (DHG) ou un carcinome in situ (CiS) dans 5,3 % des cas. Par ailleurs, il existait une corrélation significative entre le type de préparation et la découverte de polypes au niveau du côlon droit ( $p < 0,0001$ ) : 18,2 % avec un PEG 4L vs 24,1 % avec un PEG 2L, 12,8 % avec les picosulfates, 18,7 % avec les phosphates de sodium. Le taux de détection des adénomes (TDA) était de 19,2 % et restait stable par rapport aux deux années précédentes (19,2 % en 2013 et 18,6 % en 2014). Le détail des anomalies mises en évidence est présenté dans le Tableau 11, sachant que 76,3 % des patients présentant des polypes ont eu un retour histologique. Les facteurs influençant significativement le TDA étaient le sexe masculin, l'âge  $> 50$  ans, les antécédents personnels, les antécédents de polypectomie et un Hemocult<sup>®</sup> positif (Tableau 12). Le TDA était de 19,9 % pour les préparations PEG 4L, de 22 % pour PEG 2L + ASC, de 24,1 % pour phosphate de sodium en comprimé et 20,9 % pour le même produit en solution, et de 14,9 % pour les spécialités contenant du picosulfate de sodium associé au citrate de magnésium ( $p < 0,0001$ ).

<b>Tableau 10</b> Caractéristiques des polypes colorectaux en 2015.		
Caractéristiques	Nombre extrapolé de patients	%
<b>Nombre</b>		
≤3	365 701	87,7
>3	51 290	12,3
<b>Localisation*</b>		
Côlon droit	211 317	50,7
Côlon gauche	219 523	52,6
Rectum	101 042	24,2
<b>Taille du plus gros polype</b>		
≤5 mm	202 597	48,6
6 à 9 mm	117 455	28,2
10 à 20 mm	71 807	17,2
>20 mm	25 132	6,0
<b>Aspect du plus gros polype</b>		
Sessile	288 252	69,1
Pédiculé	48 726	11,7
Plan	79 500	19,1
Ulcéré	513	0,1
* Plusieurs localisations possibles pour un même patient.		

<b>Tableau 11</b> Taux de détection des adénomes en 2015.	
Type histologique du polype réséqué	%
Adénome bénin ou en dysplasie de bas grade	17,3
Polypes sans retour du type histologique	4,6
Hyperplasie	7,9
Adénome en dysplasie de haut grade	1,6
Carcinome infiltrant	0,5
Carcinome in situ	0,3

### Les complications de la coloscopie

La complication la plus fréquente était l'hémorragie, survenant dans 0,4 % des cas. Les perforations digestives étaient rares (0,04 %) et leur incidence conforme aux données de la littérature. Les autres complications décrites correspondaient à des problèmes d'anesthésie chez 0,04 % des patients. Le type de complications n'a pas été précisé dans 0,09 % des cas. Aucun décès et aucun cas de septicémie n'ont été à déplorer.

### Discussion

L'enquête SFED 2015 sur l'exercice de la coloscopie en France met en évidence plusieurs points : une participation en baisse, une stabilité du nombre de coloscopies réalisées,

<b>Tableau 12</b> Facteurs influençant le taux de détection des adénomes en 2015.		
Facteurs	TDA (%)	p
<b>Sexe</b>		
Homme	23,6	< 0,001
Femme	15,2	
<b>Âge</b>		
<50 ans	6,5	< 0,001
≥50 ans	22,2	
<b>Antécédents personnels</b>		
Oui	25,3	< 0,001
Non	16,0	
<b>Antécédents de polypectomie</b>		
Oui	27,2	< 0,001
Non	17,4	
<b>Hemocult<sup>®</sup> positif</b>		
Oui	20,0	0,041
Non	19,2	
TDA : taux de détection des adénomes.		

une amélioration de la qualité des coloscopies qui pourrait être liée à une évolution de la qualité de la préparation favorisant une meilleure acceptabilité par le patient, l'importance du diagnostic histologique ainsi que l'effet positif du dépistage et de la surveillance sur le diagnostic carcinologique.

Le nombre de gastroentérologues participant a baissé significativement au moment du passage de la forme papier à la forme électronique, cette transition s'accompagnant d'une durée d'enquête passant de deux à cinq jours. En effet, la participation était d'environ 1 000 médecins avant 2010 pour passer à environ 400 en 2010, bien que le nombre de patients inclus dans l'enquête reste stable aux alentours de 5 000 jusqu'en 2014, compensé par les cinq jours d'enquête [8]. En revanche, cette baisse s'accroît avec le temps, notamment en 2015, puisque seulement 219 médecins ont participé [8]. En 2015, le nombre de patients a également diminué, pour passer à 2 268, en corrélation avec la baisse du nombre de médecins participants.

Depuis l'initiation du dépistage organisé du CCR en 2002, le nombre de coloscopies a augmenté régulièrement pour se stabiliser en 2009. Ces données sont confirmées par la dernière enquête SFED où les données extrapolées du nombre de coloscopies montrent que le nombre d'actes restent stable depuis 2009. Par ailleurs, le taux de coloscopies incomplètes diminue pratiquement de moitié par rapport aux années précédentes. Cette amélioration est probablement à mettre au crédit d'une amélioration des pratiques ainsi qu'aux progrès réalisés en termes de préparation colique des patients. Pour preuve, le score de qualité de la

coloscopie est de plus en plus utilisé et normalisé sur le score de Boston, avec des scores  $>7$  pour plus de 80 % des patients. La qualité du score de Boston est à mettre en parallèle avec la diminution importante du taux de coloscopies incomplètes.

On constate que plus de 10 % des patients ne signent pas l'information préalable à la coloscopie, mais ce taux est en constante diminution au cours du temps.

Si le fractionnement de la préparation devient la règle conformément aux recommandations [9-11], le délai entre la prise du produit de préparation et la réalisation de l'examen est de cinq heures ou plus dans près de la moitié des cas, augmentant le taux d'échec de la coloscopie par défaut de préparation. Par ailleurs, plus de 20 % des patients recevant préalablement des anticoagulants ne voient pas leur traitement modifié pour la réalisation de la coloscopie, pouvant expliquer en partie une majoration du taux d'hémorragies (0,4 %), en légère augmentation par rapport aux années précédentes et aux données de la CCAM. Cette année, les recommandations européennes sur la gestion des traitements anticoagulants et antiagrégants plaquetaires ont été publiées, recommandations auxquelles la France a largement participé et que nous encourageons à respecter [9].

Parmi les préparations coliques à base de PEG, la pratique évolue progressivement vers l'utilisation de PEG 2L. Dans une récente revue de la littérature, les PEG 4L n'ont pas démontré d'amélioration significative de la qualité de la préparation colique par rapport à la préparation PEG 2L+ASC (odds ratio = 1,03 ; IC95 : 0,8-1,32) [10]. De plus, une meilleure acceptabilité par le patient pourrait contribuer à une préparation de meilleure qualité. Cette évolution a été confortée par les recommandations aussi bien françaises, européennes et américaines [10-13].

L'âge du médecin représente un des facteurs impactant ce choix puisque les médecins jeunes sont plus enclins à l'utilisation de PEG 4L, peut être en raison d'un référencement hospitalier qui reste majoritairement axé sur ce type de produit. L'âge, le diabète et les atteintes cardiovasculaires sont des critères de choix pour le PEG 2L.

Dans l'enquête 2015, le TDA est de 19,2 %, indicateur principal de la qualité de la coloscopie [12], en cohérence avec les valeurs retrouvées dans la pratique courante [14]. Une étude montre que les facteurs influençant le TDA sont le sexe des patients, l'âge, la qualité de la préparation, le niveau de formation des endoscopistes et la qualité des endoscopes [15]. Dans notre enquête, les facteurs retrouvés sont le sexe, l'âge, les antécédents personnels, les antécédents de polypectomie et un Hemocult<sup>®</sup> positif. Brenner et al. ont récemment publié les tendances des TDA sur dix années de suivi (de 2003 à 2012) de coloscopie de dépistage dans la population allemande montrant une augmentation importante pendant cette période. En 2012, le TDA global était respectivement de 31,3 % pour les hommes et 20,1 % pour

les femmes [16]. Les auteurs concluent que, même si l'augmentation de la prévalence de CCR ne peut être exclue, cette augmentation résulte principalement d'une meilleure détection des adénomes de petite taille.

Sur le plan histologique, si le pourcentage des adénomes avec DHG ou CiS et carcinomes augmente avec la taille du polype, il est de 5,3 % pour les lésions  $\leq 5$  mm (vs 2,6 % en 2013).

Ce taux de dégénérescence en augmentation au fil des années est nettement plus élevé que celui de 0,5 % rapporté dans une étude rétrospective [17]. Ces constatations mettent en évidence l'importance d'une analyse histologique des polypes. Le concept du *resect and discard* n'est concevable qu'après une analyse du *Pitt Pattern* avec coloration permettant de différencier, parmi les polypes de moins de 5 mm, les polypes adénomateux et les polypes hyperplasiques du rectosigmoïde, avec une précision diagnostique de plus de 90 % [18,19].

Par ailleurs, le taux de cancer diagnostiqué est significativement plus élevé chez les patients n'ayant pas d'antécédents de coloscopie (4,5 % vs 1,2 %,  $p < 0,001$ ) confirmant un effet favorable du dépistage et de la surveillance des patients ayant des antécédents de cancer colorectal ou de polypes [20].

## Conclusions

Les données fournies par les enquêtes de la SFED représentent un outil important dans l'évaluation des pratiques en endoscopie en France et est une image quasi unique en Europe.

La baisse notable de la participation met l'accent sur la nécessité de motiver les gastroentérologues à répondre à cette enquête. En effet, la participation est essentielle au maintien de la représentativité de ces enquêtes qui représentent, pour les participants, une véritable auto-évaluation des pratiques de la coloscopie et contribueront à l'avenir à la validation du DPC (Développement Professionnel Continu).

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Institut National du Cancer (INCa). Épidémiologie du cancer colorectal en France métropolitaine en 2014. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr>
2. Freyer G, Duret A, Milano G, et al. Pharmacogenetic tailoring of irinotecan-based first-line chemotherapy in metastatic colorectal cancer: results of a pilot study. *Anticancer Res* 2011;31:359-66.
3. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med* 2012;366:687-96.



4. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med* 2014; 370:1298–306.
5. Heresbach D, Pienkowski P, Chaussade S, et al. Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED. *Acta Endosc* 2016; 46:68–73.
6. Haute Autorité de Santé. Note de problématique pertinence. Endoscopies digestives. Février 2013. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>.
7. Levy PS, Lemeshow S. Sampling of populations: methods and applications. Wiley (eds) 2008.
8. Heresbach D, Bernardini D, Canard JM, et al. Deux jours à une semaine en endoscopie digestive : que nous enseigne le registre de la SFED depuis 14 ans (2001-2014) ? *Acta Endosc* 2015; 45:138–42.
9. Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. *Endoscopy* 2016;48:385–402.
10. Saltzman JR, Cash BD, Pasha SF, et al. ASGE Standards of Practice Committee - Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:781–94.
11. Recommandations de la SFED. Consensus en endoscopie digestive : préparation colique pour la coloscopie totale en 2011. *Acta Endosc* 2011;41:145–52.
12. Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2013;45:842–51.
13. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med* 2010;362:1795–803.
14. Denis B, Sauleau EA, Gendre I, et al. Measurement of adenoma detection and discrimination during colonoscopy in routine practice: an exploratory study. *Gastrointest Endosc* 2011;74:1325–36.
15. Adler A, Wegscheider K, Lieberman D, et al. Factors determining the quality of screening colonoscopy: a prospective study on adenoma detection rates, from 12,134 examinations (Berlin colonoscopy project 3, BECOP-3). *Gut* 2013;62:236–41.
16. Brenner H, Altenhofen L, Kretschmann J, et al. Trends in adenoma detection rates during the first 10 years of the German Screening Colonoscopy Program. *Gastroenterology* 2015;149:356–66.
17. Gupta N, Bansal A, Rao D, et al. Prevalence of advanced histological features in diminutive and small colon polyps. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1022–30.
18. Paggi S, Rondonotti E, Amato A, et al. Resect and discard strategy in clinical practice: a prospective cohort study. *Endoscopy* 2012;44:899–904.
19. ASGE Technology Committee, Abu Dayyeh BK, Thosani N, et al. ASGE Technology Committee systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting real-time endoscopic assessment of the histology of diminutive colorectal polyps. *Gastrointest Endosc* 2015;81:502.e1-16.
20. Bernardini D, Heresbach D, Bulois P, et al. Quelles évolutions dans la pratique et les résultats de la coloscopie entre 2011 et 2013 ? Résultats des enquêtes SFED : « une semaine d'endoscopie en France ». *Acta Endosc* 2015;45:211–6.