

Préparation pour la Coloscopie Adaptation des recommandations de l'ESGE 2019

“Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline-Update 2019”. Hassan et al, Endoscopy, 2019.

Auteurs : Frédérick Moryoussef, Bertrand Brieau

Groupe de lecture : Emmanuel Coron, Isaac Fassler, Rodica Gincul, Mehdi Kaassis, Karl Tchirikhtchian.

1. Régime et information du patient

Un régime sans résidus est recommandé, uniquement le jour précédent la coloscopie.*

L'utilisation de moyens de communication et d'information « renforcés » (aide visuelle, applications smartphone, vidéos, rappels SMS, réseaux sociaux...) est recommandée lors de la prescription de préparation.*

2. Ajout de traitements

L'utilisation systématique de prokinétiques ou de lavements pour la préparation colique n'est pas recommandée.

** En revanche, la prescription de siméthicone per os en addition à la préparation colique est encouragée*** (si la siméthicone est utilisée pendant la coloscopie, la pulvériser à travers un cathéter et non directement dans le canal auxiliaire du fait du risque de formation de biofilm dans les canaux).

3. Timing de coloscopie

Le fractionnement de la préparation est recommandé. En cas de coloscopie l'après-midi, une préparation débutant le jour même peut être proposée en alternative.**** La dernière prise de préparation devra débuter au moins 5 heures avant l'examen et se terminer au moins 2 heures avant le début de l'examen* (chez les patients ne présentant pas de facteurs de risque de retard à la vidange gastrique à savoir : douleur aiguë, prise d'opiacés, sclérodémie, amylose, ulcère gastroduodénal, vagotomie, dysautonomie neuro-végétative, tétraplégie, maladie de Parkinson, diabète ancien mal équilibré et occlusion intestinale (position commune SFED/SFAR 2016)).

4. Choix de la préparation

Les préparations par PEG de bas volume hyper-osmotiques (2L) ou haut volume iso-osmotiques (4L) ainsi que les préparations sans PEG sont validées pour des examens de routine.* Pour les patients à haut risque de désordres hydroélectrolytiques, le choix des laxatifs devra être personnalisé (Cf tableau 1).* L'utilisation en routine de phosphates de sodium est à éviter en raison du risque d'insuffisance rénale.*****

5. Situations particulières

- **Constipation chronique :** aucune préparation intestinale spécifique n'est recommandée en raison d'un manque de preuves.** Cependant, la constipation chronique étant un facteur de risque de mauvaise préparation, il pourra être proposé en pratique d'optimiser la préparation standard par l'adjonction de laxatifs stimulants ou osmotiques plusieurs jours avant l'examen, voire l'allongement en durée du régime sans résidus (Avis d'experts SFED).
- **Patients atteints de MICI :** une préparation par PEG de haut volume (4L) ou de faible volume (2L) pourra être proposée.****
- **Patientes enceintes ou allaitement :** il n'existe pas de preuves suffisantes pour se positionner formellement en faveur d'une préparation spécifique chez les femmes enceintes/allaitantes. Les préparations par PEG sont sans doute à privilégier (préférer les lavements à l'eau courante en cas de recto-sigmoïdoscopie).*****
- **Hémorragie digestive basse :** une préparation par PEG à haut volume en cas de coloscopie urgente (4 à 6 Litres en 3 ou 4 heures) devra être réalisée.*
- **Insuffisance rénale sévère (DFG<30ml/min) :** en raison de leur caractère iso-osmotique, une préparation par PEG à haut volume est à préférer. L'administration se fera avec prudence, sous surveillance adaptée, avec correction préalable des troubles hydroélectrolytiques. (Vidal, 2024).
- **Insuffisance cardiaque congestive sévère (classe III/IV NYHA) :** toutes les préparations sont en principe contre-indiquées. Il n'y a pas suffisamment de données pour recommander un type de préparation (PEG à haut volume ou faible volume). En raison de son caractère iso-osmotique, une préparation par PEG à haut volume sera mise en balance avec une préparation par PEG à faible volume mais hyper-osmotique. Dans tous les cas, l'administration se fera en cas de nécessité absolue de coloscopie, avec prudence, en hospitalisation, avec correction préalable des troubles hydroélectrolytiques, après avis cardiologique et explication des bénéfices-risques. (Avis d'experts SFED).
- **Sujets âgés :** Il n'y a pas suffisamment de données pour recommander un type de préparation. Une préparation par PEG à haut volume, en raison de son caractère iso-osmotique, est théoriquement à préférer avec le risque cependant d'une moins bonne tolérance. Il faudra ainsi insister sur le fractionnement de la préparation. Chez les sujets de plus de 85 ans, en raison de quelques cas de dysnatrémies / dyskaliémies décrits dans la littérature, un ionogramme sanguin avant la coloscopie est utile (position commune SFED/SFAR 2016).
- **Prise de traitements concomitants :** en raison d'un risque de perte d'efficacité, éviter la prise d'autres traitements pendant et après l'ingestion de la préparation dans un délai d'au moins 2 heures (position commune SFED/SFAR 2016).

6. Préparation insuffisante : gestion, préparation chez les patients hospitalisés et facteurs de risques d'échec.

- **Gestion** : en cas de préparation intestinale inadéquate, renouveler la coloscopie dans l'année sauf contre-indication clinique.* Une coloscopie le jour même ou le lendemain après une préparation supplémentaire avec un laxatif ou un lavement - peut également être proposée. Le type de préparation devra être adapté en fonction des raisons ayant conduit à l'échec.**
- **Facteurs de risque d'échec** : il n'existe pas de données suffisamment solides pour recommander en pratique clinique l'utilisation de modèles prédictifs de mauvaise préparation.

| Préparation | Efficacité | Sécurité |
|--|--|---|
| Polyéthylène glycol (PEG) de haut volume (Colopeg [®] , Fortrans [®] , Klean-Prep [®]) | Non inférieur aux PEG de faible volume ou aux régimes non-PEG. | Non recommandé chez les patients avec insuffisance cardiaque congestive (classe III ou IV de la classe NYHA). |
| PEG de faible volume avec adjuvants | | |
| • 1 L ou 2 L PEG + ascorbate (Moviprep [®]) | Non inférieur aux PEG de haut volume et aux solutions non-PEG. | Non recommandé chez les patients avec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance rénale sévère (clairance de créatinine < 30 ml/min) ▪ Insuffisance cardiaque congestive (classe III ou IV) ▪ Phénylcétonurie ▪ Déficit en G6PD |
| • 2 L PEG + citrate (Ximepeg [®]) | Non inférieur aux PEG de haut volume ou 2 L PEG + ascorbate. | Non recommandé chez les patients avec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance rénale sévère (clairance de créatinine < 30 ml/min) ▪ Insuffisance cardiaque congestive (classe III ou IV) ▪ Angor instable ▪ Infarctus du myocarde aigu. Pas de données à long terme disponibles. |
| • 2 L PEG + bisacodyl | Non inférieur aux PEG de haut volume ou 2 L PEG + ascorbate. | Rapports occasionnels de colite ischémique avec des doses élevées de bisacodyl. Non recommandés chez : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (classe III ou IV). |
| Autres : « Non PEG » | | |
| Citrate de magnésium plus picosulfate (MCSP) (Picoprep [®] , Citrafleet [®]) | Non inférieur aux PEG de haut volume ou 2 L PEG + ascorbate. | Non recommandé chez les patients avec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance cardiaque congestive ▪ Hypermagnésémie ▪ Insuffisance rénale sévère Non recommandé chez les patients à risque de : <ul style="list-style-type: none"> - Hypermagnésémie - Rhabdomyolyse. |
| Trisulfate (sulfate de magnésium, sulfate de sodium et sulfate de potassium) (Izinova [®]) | Non inférieur aux PEG de haut volume, 2 L PEG + ascorbate. Supérieur au MCSP dans un essai contrôlé randomisé. | Non recommandé chez les patients avec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance rénale sévère (clairance de créatinine < 30 ml/min) ▪ Insuffisance cardiaque congestive ▪ Ascite. |

Tableau 1 : Résumé des données sur l'efficacité et la sécurité des laxatifs validés pour la préparation intestinale de routine.

*Recommandation forte - Niveau de preuve modéré

**Recommandation faible - Niveau de preuve faible

***Recommandation faible - Niveau de preuve modéré

****Recommandation forte - Niveau de preuve élevé

*****Recommandation forte - Niveau de preuve faible

*****Pas de données suffisantes pour déterminer les bénéfices/risques