Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie
Société Suisse de Gastroentérologie
Società Svizzera di Gastroenterologia

Guide pour la coloscopie SGG/SSG

Version 1.1 du 4 octobre 2013

Préambule

Ce guide a été élaboré selon les meilleures pratiques et après consultation de la littérature (état 2012), d'entente avec des spécialistes en coloscopie expérimentés, et a valeur de standard dans la gastroentérologie suisse, tant pour le domaine ambulatoire qu'hospitalier. Le but en est d'obtenir la meilleure qualité possible dans les examens. Le cursus de formation postgraduée pour le titre de spécialiste en gastroentérologie coïncide avec les exigences de ce guide.

1. Définition

L'ensemble du gros intestin est examiné avec un instrument flexible après un lavage adéquat. L'examinateur dispose d'une formation structurée et d'une expérience définie. La coloscopie est assistée par au moins une personne formée. Il existe une possibilité de sédation qui est prescrite par l'examinateur et fait l'objet d'une surveillance directe. La formation sur la sédation, y compris la gestion des complications, est structurée et définie.

Les autres paramètres de qualité suivants sont définis: l'hygiène et le nettoyage des appareils, la sédation, la conduite à tenir chez des patients avec des médicaments inhibant la coagulation, le taux de détection des polypes, le taux de récupération des polypes après résection, la communication avant la coloscopie (consentement éclairé) et après celle-ci (information sur les résultats et les conséquences).

2. Indication et contre-indication

Une coloscopie est indiquée pour élucider des symptômes (p. ex. selles irrégulières, saignements par l'anus, anémie, maux de ventre), pour le suivi d'un état après polypectomie ou opération d'un carcinome du colon ou pour le dépistage (âge, anamnèse familiale).
La décision pour ou contre une coloscopie doit être évaluée pour chaque patient individuellement, dans le contexte global.
Les contre-indications sont des comorbidités sévères, l'impossibilité de procéder à un lavage adéquat de l'intestin ou le rejet par le patient, l'âge n'est pas une contre-indication.

SGG/SSG Gabriela Kaufman Wattenwylweg 21, 3006 Bern
T +41 31 332 41 10 F +41 31 332 41 12 office@sggssg.ch www.sggssg.ch

3. Examinateur

3.1. Formation médicale

3.1.1. Certification
L'examinateur est un médecin diplômé.

3.1.2. Recertification / obligation de formation continue
Durant la totalité de son activité professionnelle, le médecin doit continuellement se former. Le nombre de congrès auxquels assister, de formations continue sur le plan national et international et l'étude de la littérature sont prescrits.

3.2 Formation postgraduée en endoscopie
L'examinateur doit satisfaire aux 3 critères suivants:

a) L'examinateur dispose soit d'un titre de spécialiste en gastroentérologie fédéral ou étranger reconnu.
b) L'examinateur a accompli une formation postgraduée structurée de 3 ans dans un établissement de formation reconnu et a effectué lui-même dans ce cadre au moins 400 coloscopie.
c) Le médecin pratique lui-même au moins 200 coloscopies par année.

3.3 Formation postgraduée dans la sédation
Dans le cadre de la formation postgraduée et continue, l'examinateur sera formé dans les diverses techniques de sédation. Il maîtrise la gestion des complications. Il a appris de façon structurée la réanimation cardio-vasculaire et la ventilation au masque. En outre, il suit des formations définies dans la technique de sédation, notamment pour l'utilisation du propofol. Pour la formation à la sédation au propofol et son utilisation en gastroentérologie, nous renvoyons au concept de formation intitulé « Sédation au propofol en gastroentérologie » ainsi qu'au document consensuel sur « L'utilisation pratique de la sédation au propofol en gastroentérologie ». Ces deux recommandations se trouvent sur le site de la SSG (www.sggssg.ch).

4. Personnel d'assistance
Le personnel d'assistance est du personnel médical qui a été formé en assistance pour l'endoscopie.

5. Infrastructure

5.1. Locaux

5.1.1. Salle d'examen
La salle d'endoscopie a un approvisionnement en oxygène et un endroit pour un lit d'examen avec suffisamment de place pour l'examinateur, les assistants, le matériel, l'équipement d'urgence et les manipulations d'urgence (réanimation). La salle est régulièrement nettoyée de façon adéquate. L'accès doit être possible avec un lit portable. La possibilité de demander de l'aide doit être garantie (téléphone,

interphone, etc.). L'éclairage est ajustable. Les lits pour patients doivent offrir une protection suffisante contre les chutes.

5.1.2. Salle de réveil

Après l'examen, le patient doit avoir suffisamment de temps pour se réveiller dans la salle d'examen ou une autre salle avec possibilité de surveillance.

5.2. Appareils

Les appareils flexibles usuels sont certifiés CE et autorisés sur le marché suisse. Ces endoscopes doivent pouvoir être préparés de manière standard, entreposés au sec et transmis proprement. On se sert soit d'accessoires à usage unique ou de matériel réutilisable correctement préparé. Les dispositifs techniques (par exemple, dispositif d'aspiration) remplissent les mêmes exigences.

5.3. Equipement d'urgence

Une réanimation cardiovasculaire est possible en tout temps. Un défibrillateur et un masque avec ballon auto-gonflable (Ambu) sont à portée de main. Des aides à la ventilation telles que canule de Wendel sont sur place. Les médicaments pour la réanimation sont disponibles dans la salle et sont contrôlés régulièrement. Il y a soit une arrivée d'oxygène fixe, soit une quantité suffisante d'oxygène dans un conteneur mobile.

6. Hygiène

6.1. Techniques de désinfection des endoscopes

Les appareils peuvent être nettoyés manuellement, de façon semi-automatique ou à l'aide d'un automate de lavage. Aucune méthode n'est supérieure aux autres, à condition qu'elle soit effectuée correctement. Les instrument sont préparés selon les « Directives suisses pour le retraitement des endoscopes flexibles » (voir sous www.sggssg.ch) et contrôlés périodiquement sur le plan microbiologique.

6.2. Contrôle de qualité

6.2.1. Mode d'exécution

Au moins une fois par année, les appareils sont contrôlés pour vérifier l'absence de germes. Les liquides de rinçage de chaque appareil sont placés dans des milieux distincts et analysés l'un après l'autre pour voir s'il y a contamination. La Société suisse de gastroentérologie propose au moins deux fois par année à ses membres un test d'hygiène en collaboration avec un laboratoire accrédité. Il est obligatoire d'effectuer les tests d'hygiène 1 x par année.

6.2.2. Mesures lors de défauts

Les appareils contaminés font l'objet d'une analyse ciblée. De la part de la SGGSSG, de l'aide est proposée par le responsable de l'hygiène et, le cas échéant, un service d'infectiologie reconnu est impliqué. Les appareils contaminés ne sont plus utilisés jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'ils ne contiennent plus de germes.

6.2.3. Publication
Les noms des gastroentérologues avec des appareils dépourvus de germes sont publiés dans une « Liste blanche » sur l'internet (www.sggssg.ch).

7. Information et consentement

7.1. Information avant la coloscopie
Chaque patient est informé dans l'idéal plus d'une semaine à l'avance. Hormis en cas d'urgence ou d'examen urgent, il convient de prévoir suffisamment de temps avant l'examen. Habituellement, l'information se fait par écrit. Chaque patient a la possibilité d'avoir un entretien personnel avant l'examen, en premier avec le médecin qui l'envoie chez l'examinateur et, en second, avec ce dernier. Avant tout examen, on donne au patient la possibilité d'avoir un entretien avec une discussion portant sur le consentement éclairé.

7.2. Consentement éclairé
Hormis dans les cas d'urgence, il doit toujours y avoir un consentement donné par écrit ou par oral. En cas d'accord oral, l'examinateur documente rapidement celui-ci par une note manuscrite dans le dossier médical. Le consentement écrit est signé par le patient, de sa propre main, ou par son représentant légal.

8. Technique

8.1. Préparation

8.1.1. Gestion des médicaments anti-coagulants
On procède à une anamnèse hémorragique. Pour la façon concrète de procéder, se référer aux recommandations de la société de discipline médicale, qui sont publiées séparément sur le site internet de la SSG (www.sggssg.ch).

8.1.2. Lavage colique
Toutes les préparations en vente dans le commerce peuvent être utilisées. Le choix de la préparation est consigné par écrit. Le but d'un lavage standardisé est d'obtenir un bon lavage dans >90% de toutes les coloscopies.
La qualité de l'examen est consignée par écrit.

8.2. Examen
La coloscopie est effectuée en position couchée, elle débute en position latérale gauche ou en position sur le dos. Selon la situation, un changement de position peut être utile. Le recours à une sédation n'est pas obligatoire et peut faire l'objet d'une discussion avec le patient. Toutefois, les douleurs ne doivent pas empêcher un examen complet ni une polypectomie ou une durée de retrait adéquate, si bien qu'une sédation doit toujours être possible. La responsabilité de la coloscopie revient à l'examinateur. Pour les examens sous sédation, le médecin pratiquant l'endoscopie est impérativement accompagné par un assistant en endoscopie dans la salle. Un autre auxiliaire (=personnel d'assistance médical) formé dans les mesures BLS doit être joignable dans le service.

8.3. Surveillance

Le patient est sous surveillance constante sur le plan clinique. Lors d'une sédation, une pulsoxymétrie est effectuée en continu avec une bonne qualité. Selon la situation, le capteur doit être déplacé (du doigt à l'oreille) ou le vernis doit être enlevé. Durant la phase de réveil et jusqu'à la restauration complète des fonctions cognitives normale, une personne est présente dans la salle et est responsable du patient.

8.4. Communication des résultats et sortie

Les résultats de l'endoscopie, y compris la sédation et le prélèvement d'une éventuelle biopsie respectivement les interventions éventuelles sont documentées et communiquées au patient après son réveil. Les complications sont communiquées et documentées. Les résultats avec les conséquences de la coloscopie/de l'histologie sont communiqués au médecin traitant et/ou au patient.

9. Documentation

9.1. Documentation de l'examen lui-même

9.1.1. Avant l'examen

Médecin traitant, indication, nature de la préparation, risques d'hémorragie, examinateur, assistants.

9.1.2. Durant l'examen

Pouls/saturation en oxygène lors de la sédation, temps (début de la sédation, début de l'endoscopie, début du retrait, fin de l'examen), documentation du cæcum et de l'iléum terminal avec photo (ou biopsie).

9.1.3. Après l'examen

Résultats y compris inspection, palpation et, le cas échéant, proctoscopie. Qualité du lavage, intégralité de l'examen, biopsies (localisation), complications, dosage des médicaments pour la sédation, nombre et localisation des polypes, taux de récupération des polypes, nature de la polypectomie. Intégralité de la polypectomie sur le plan macroscopique.
Données sur les colorations ou les moyens de mise en évidence électroniques.

9.2. Communication des résultats et marche à suivre

Les résultats sont communiqués au patient après son réveil et la marche à suivre provisoire est établie. Au départ, le patient sait qui est responsable de lui et à qui il peut s'adresser en cas de question ou de complications.

9.3. Obligation de conserver

Les documents doivent être conservés au moins 15 ans.

10. Suivi/système de rappel

D'entente avec le médecin traitant et/ou le médecin de famille, le patient est informé d'une éventuelle nouvelle coloscopie indiquée. Les examens incomplets ou insuffisamment préparés doivent être répétés, ou bien il convient de discuter et de proposer une méthode d'examen de rechange.

Si une coloscopie de suivi est indiquée, l'intervalle recommandé doit être communiqué par écrit.