Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie

Société Suisse de Gastroentérologie Società Svizzera di Gastroenterologia



Coloscopie de dépistage: Appendice au guide pour la coloscopie SSG/SGG

Septembre 2021

1. Définition de la coloscopie de dépistage

La coloscopie de dépistage est utilisée pour la détection précoce du cancer du côlon et la résection des polypes du côlon (= excroissances muqueuses le plus souvent bénignes, pouvant dégénérer sur plusieurs années). La coloscopie de dépistage est réalisée chez les patients asymptomatiques âgés de 50 ans et plus et est remboursée par l'assurance de base obligatoire conformément à l'article 12e, let. d, OPAS.

2. Recommandations relatives à la qualité de la coloscopie de dépistage

Les recommandations internationales basées sur la littérature stipulent que pour la coloscopie de dépistage, les paramètres d'assurance qualité ci-après doivent systématiquement être enregistrés, documentés et idéalement gérés de manière centralisée (par exemple dans le cadre d'un programme de dépistage cantonal).

2.1. Formation pré et postgraduée du médecin examinateur

L'examinateur dispose d'un titre de spécialiste FMH en gastroentérologie ou d'un titre reconnu comme équivalent par la MEBEKO. Il effectue au moins 200 coloscopies par année.

2.2. Consentement du patient

Le patient a été informé par écrit et oralement sur le but, le déroulement et les risques de l'examen. On dispose d'un consentement éclairé sous forme écrite.

2.3. Qualité de la préparation du côlon

La qualité de la préparation du côlon doit être documentée dans le rapport d'endoscopie au moyen de scores standardisés reconnus au niveau international (recommandation : Boston Bowel Preparation Scale = BBPS = « Score de Boston »).

Si la préparation du côlon est insuffisante, la coloscopie doit être répétée dans l'année pour qu'il s'agisse d'un examen de dépistage valable, et idéalement le plus rapidement possible.

2.4. Exhaustivité de la coloscopie : cæcum et iléon terminal

Le taux d'intubation du cæcum et de l'iléon terminal doit être > 90 %, idéalement > 95 %; une documentation adéquate (photographique, éventuellement biopsie) de l'iléon terminal représente le critère de qualité le plus fiable pour une coloscopie complète.

2.5. Retrait de l'endoscope

Une durée de retrait > 6 minutes (idéalement 10 minutes) doit être visée car cela améliore nettement le taux de détection des adénomes (*Barclay et al, NEJM 2006*). La durée de retrait s'entend hors polypectomie (ou ne se rapporte qu'à des coloscopies de dépistage avec résultat négatif). Elle est notée dans le rapport de coloscopie.

2.6. Exhaustivité de la polypectomie

Pour les polypectomies, l'examinateur précise par une note écrite si, sur le plan macroscopique, le polype a été entièrement enlevé (oui - non - incertain).

2.7. Taux de récupération des polypes

Les polypes réséqués doivent en principe toujours être récupérés et analysés sur le plan histologique. Le nombre de polypes réséqués, récupérés et envoyés pour analyse histologique est noté.

2.8. Tatouage des polypes

Les polypes non résécables, jugés macroscopiquement incomplètement réséqués ou complètement réséqués mais suspects devraient être marqués en concertation avec l'équipe chirurgicale locale.

2.9. Rétroflexion dans le rectum

La rétroflexion dans le rectum est généralement recommandée car elle augmente la détection des états pathologiques et les complications sont rares (Kwang AK, Clin Endosc 2014). L'alternative est d'effectuer une inspection antérograde minutieuse et approfondie de la jonction ano-rectale.

2.10. Dispositifs d'aide à l'examen et nouvelles technologies

Les aides à l'examen (Endorings, Endocuffs, etc.), les nouvelles technologies comme la chromoendoscopie virtuelle (NBI, FICE, i-scan) et l'intelligence artificielle peuvent augmenter le taux de détection des adénomes (Gonzalez-Fernandez C, Endoscopy 2017, Aziz M, GIE 2019, Ahmad OF, Lancet Gastroenterol Hepatol 2019).

2.11. Taux de complications

Toutes les complications (perforation, saignement) doivent être notées dans le rapport (aussi ultérieurement).

Le taux de perforation par examinateur devrait être inférieur à 1/1000 coloscopies, et le taux de saignement, <1/100 coloscopies.

2.12. Documentation et recommandations de suivi

Toute coloscopie est documentée en détail (idéalement avec des photographies). Des classifications internationalement reconnues sont utilisées pour décrire les polypes (par exemple, la classification de Paris, la classification NICE). Les complications sont explicitement mentionnées. Le rapport écrit est adressé au médecin traitant ou au médecin chargé du suivi et, après un entretien de suivi, au patient.

Les recommandations de suivi font l'objet d'un document séparé.

Les points énumérés ci-dessus peuvent être considérés comme les exigences de qualité fondamentales pour une coloscopie de dépistage. Elles se fondent sur la littérature et s'inspirent des directives européennes (ESGE – Kaminski MF et al, Endoscopy 2017, BSG 2016; SFED 2019) et américaines (ASGE 2013 – Rex D, ASGE/GIE 2017; ACG – Shaukat A Am J Gastroenterol 2021).

La mise en application des exigences n'est pas abordée ici.