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

Guide pour la coloscopie SSG / SGG

Version 1.4 du septembre 2021

Préambule

Ce guide a été élaboré selon les meilleures pratiques et après consultation de la littérature (état 2020), 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 est possible de recourir à la sédation, qui est prescrite par l'examinateur et fait l'objet d'une surveillance directe. La formation continue en sédation, y compris la gestion des complications, est structurée et définie.
Les autres paramètres de qualité suivants sont définis: l'hygiène (y compris 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 ou des adénomes, le taux de récupération des polypes après résection, la durée de retrait et la communication avant la coloscopie (déclaration de consentement) et après celle-ci (information sur les résultats et les conséquences).

2. Indication et contre-indication

Une coloscopie est effectuée 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 après opération d'un carcinome du colon ou pour le dépistage ou la surveillance (âge, anamnèse familiale).
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.

3. Examinateur

3.1. Formation médicale

3.1.1. Certification

L'examinateur est un médecin diplômé.

3.1.2. Recertification et obligation de formation continue

Durant la totalité de son activité professionnelle, le médecin doit continuellement se former. Le nombre de congrès auxquels assister et de formations continues sur le plan national et international ainsi que 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 d'un titre fédéral ou étranger reconnu de spécialiste en gastroentérologie.
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 coloscopies.
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 est formé aux diverses techniques de sédation. Il maîtrise la gestion des complications. Il a appris de façon structurée la réanimation cardiovasculaire 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 ». On peut consulter ces deux recommandations sur le site de la SSG (www.sggssg.ch).

4. Personnel d'assistance

Le personnel d'assistance est un personnel médical qui a été formé pour l'assistance en endoscopie et pour la sédation (cf. recommandations séparées sur le site internet de la SSG).

5. Infrastructure

5.1. Locaux

5.1.1. Salle d'examen

La salle d'endoscopie dispose d'une alimentation en oxygène et d'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. Pour les accessoires, on se sert soit de matériel 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 contrôlés régulièrement. Il y a une arrivée d'oxygène fixe ou une quantité d'oxygène suffisante 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 instruments 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 en cas de défauts
Les appareils contaminés font l'objet d'une analyse ciblée. La SGGSSG propose de l'aide par le biais de son 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
Le patient est informé avant l'examen. Sauf en cas d'urgence ou d'examen urgent, il convient de prévoir suffisamment de temps à cet effet 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 lieu avec le médecin qui l'envoie chez l'examinateur et, en second lieu, avec ce dernier. Avant l'examen, on donne au patient la possibilité d'avoir un entretien avec une discussion portant sur le consentement éclairé.

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

8. Technique

8.1. Vorbereitung

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 colique dans >90% de toutes les coloscopies, et idéalement dans >95%.

8.2. Examen
La coloscopie a lieu en position couchée, elle débute en position latérale gauche ou sur le dos. Selon la situation, un changement de position peut être utile.
Un examen rectal numérique est effectué avant la coloscopie. Le patient en est informé. Cela permet de préparer le canal anal pour l'insertion du coloscope, de diagnostiquer des lésions dans le canal anal et le rectum distal et d'obtenir des informations (limitées) sur la préparation de l'intestin.
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, l'endoscopiste est impérativement accompagné par un assistant en endoscopie dans la salle. Un autre auxiliaire (=personnel d'assistance médical) formé aux mesures BLS doit être joignable dans le service.

8.3. Recommandations spécifiques sur la qualité de la coloscopie de dépistage
Des recommandations spécifiques sur la qualité de la coloscopie de dépistage se trouvent dans le document « Coloscopie de dépistage: Appendice au guide pour la coloscopie SSG ».

8.4. Biopsies
En cas de diarrhée chronique inexpliquée, il faut toujours effectuer des biopsies du côlon droit et du côlon gauche pour exclure une colite microscopique. Les biopsies pour les maladies inflammatoires de l'intestin suivent des directives spécifiques.
La décision de faire une biopsie doit tenir compte des résultats endoscopiques et du contexte clinique; elle appartient à l'examinateur.

8.5. Complications
Toute complication (perforation, saignement) doit être notée dans le rapport (aussi ultérieurement). Le taux de perforation par examinateur devrait être <1/500 coloscopies (<1/1000 pour les coloscopies de dépistage), le taux de saignement <1/100 coloscopies.

8.6. Examen rectal numérique et anuscopie
Un examen rectal numérique avec anuscopie fait en principe partie de toute coloscopie, mais il doit toujours être effectué en cas de perte de sang ab ano. L'anuscopie est réalisée avec un instrument rigide réutilisable ou avec un instrument jetable. L'inspection du canal anal avec l'endoscope flexible ne remplace pas l'anuscopie.

8.7. 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 normales, une personne est présente dans la salle et est responsable du patient.

8.8. Communication des résultats et sortie
Les résultats de l'endoscopie, y compris la sédation, le prélèvement d'éventuelles biopsies et les interventions éventuelles, sont documentés et communiqués au patient après son réveil. Les complications sont également communiquées et documentées. En outre, les résultats et 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, médecin 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, anuscopie. Qualité du lavage, exhaustivité 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. Exhaustivité 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. A son 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 conservation
Les documents sont conservés **20 ans**.

10. Suivi et système de rappel

D'entente avec le médecin traitant et/ou le médecin de famille, le patient est informé, le cas échéant, qu'une nouvelle coloscopie est 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.