

GRANDANGLE

GASTRO ENTÉROLOGIE

Focus sur la coloscopie

Prise en charge diagnostique et thérapeutique optimisée des néoplasies colorectales superficielles

Les néoplasies colorectales superficielles sont prises en charge de manière globale par les endoscopistes depuis leur dépistage jusqu'à leur résection. Cette globalité est originale dans l'oncologie moderne basée sur la radiologie. En premier lieu, **le dépistage** consiste à amener, un patient asymptomatique, avec l'aide du médecin traitant, à faire un examen de prévention visant surtout à éliminer des lésions avant qu'elles ne dégèrent. Ensuite, après une préparation optimale, **la coloscopie** est un geste complexe et l'intubation cœcale sans boucle n'est pas si simple à obtenir. Si les plus jeunes considèrent comme graal d'atteindre le cæcum, il ne s'agit en réalité que du départ de notre triathlon. L'attention devient maximale, nos sens sont en alerte pour traquer la moindre anomalie et mener à bien notre plus noble mission : **la détection** ! En effet, une fois détectée, la lésion sera résecuée d'une façon ou d'une autre et le patient et sa famille seront surveillés. Vient ensuite la **caractérisation endoscopique de la lésion**, à partir d'images de haute qualité produite par l'endoscopiste, pour prédire l'histologie lésionnelle et proposer la thérapeutique optimale. L'endoscopiste décidera s'il peut réaliser **la résection** par lui-même, s'il doit référer le patient pour une résection endoscopique avancée ou, si la lésion semble invasive profonde, **si un bilan d'extension radiologique** est indiqué en vue d'une éventuelle chirurgie. Enfin, pour laisser une trace de cette procédure complexe, le compte rendu précis et détaillé est le meilleur allié pour conserver dans un langage unifié les points clefs de l'examen conditionnant la prise en charge.

Mathieu Pioche | Lyon

DÉPISTAGE

Un dépistage dépendant de la conviction du médecin traitant

Lorsque le patient est dans votre cabinet de gastroentérologie, cela signifie qu'un médecin traitant motivé et convaincu a réussi à lui faire réaliser le test puis à le convaincre une seconde fois de l'importance de réaliser la coloscopie. Cependant, les médecins traitants ne sont pas tous convaincus et motivés. C'est là que nous avons un rôle local de motivation et d'information de nos confrères généralistes.

Dans une étude récente portant sur les patients réfractaires à la coloscopie malgré un test FIT +, l'un des freins était clairement la conviction du généraliste avec par exemple, une concentration de 3 patients réfractaires pour un seul médecin généraliste, lui-même réfractaire à la coloscopie malgré son propre test FIT +^[1]. Un des éléments à apporter au généraliste est probablement de justifier la stratégie de dépistage, et notamment les âges choisis. En effet, l'âge moyen du cancer colorectal (essentiellement invasif) est de 71 ans, et 95% des cas surviennent chez les plus de 50 ans. Sachant que la séquence de dégénérescence entre l'adénome et le cancer invasif est d'environ 10 ans, il est important de faire comprendre aux patients que le but du dépistage à partir de 50 ans est de trouver des lésions bénignes, pré-néoplasiques, qui vont se développer entre 50 et 65 ans pour la majeure partie d'entre elles, et de les traiter tôt pour que jamais le patient n'expérimente la difficile épreuve du cancer colorectal.

- Il n'est peut-être pas assez clair dans les esprits des généralistes que l'objectif n'est pas uniquement de trouver les 8% de cancers déjà présents en cas de FIT +.
- L'objectif est avant tout de trouver les 35 à 45% de patients avec adénomes et les 7 à 10% de patients avec lésions festonnées sessiles pour les suivre et les protéger du cancer colorectal qu'ils ne connaîtront jamais en cas de dépistage bien suivi.
- Il est essentiel de faire évoluer le message auprès des généralistes et des patients : contrairement au dépistage du cancer du sein par exemple, il s'agit de viser principalement **le dépistage des lésions pré-cancéreuses** en commençant à 50 ans !

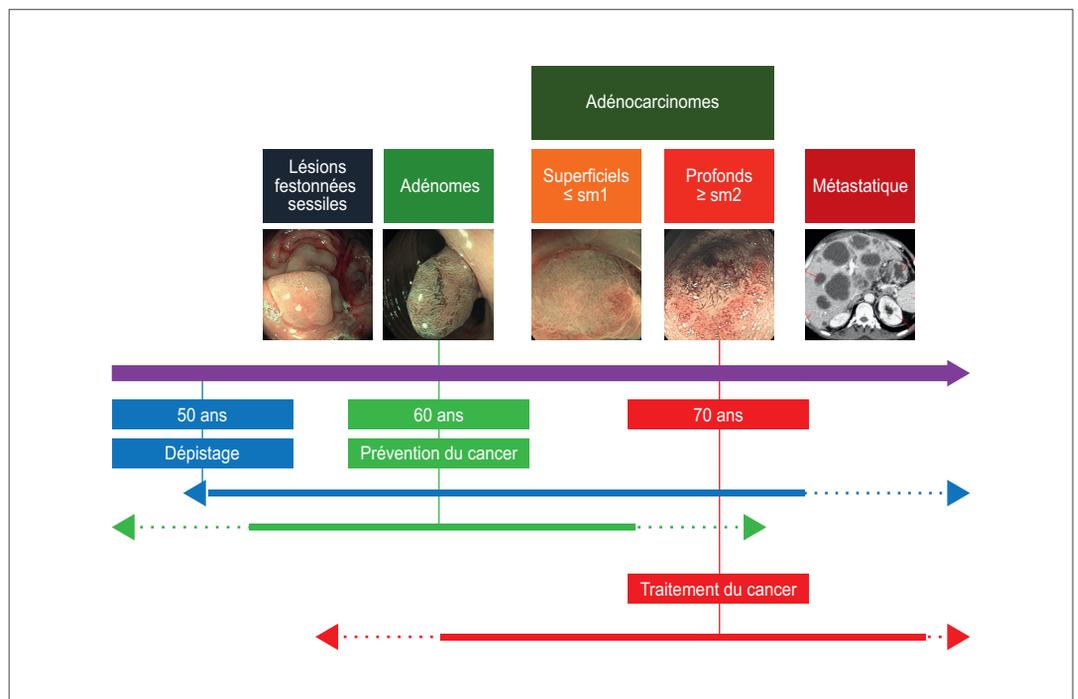


Figure 1: Dépister tôt permet de dépister des lésions précancéreuses et non des cancers.

**PRÉPARATION
COLIQUE****La préparation : le préliminaire incontournable !**

La coloscopie fait partie des situations où les préliminaires sont gages de succès. La muqueuse colique est naturellement tapissée de selles et ce n'est qu'en enlevant cette parure sombre que la muqueuse se dévoilera. Une bonne qualité de préparation colique est indispensable pour toutes les étapes à venir et l'éducation du patient sur l'importance de cette préparation est incontournable.

- Il s'agit de la seule et unique mission du patient pour cet examen, mais cette mission est prioritaire et gage de réussite.

Les publications récentes semblent montrer que le régime sans résidu prolongé plus de 24 heures^[2] ou encore la prise préalable de laxatifs^[3] sont d'un intérêt douteux. Il faut renforcer le discours sur la bonne prise de la préparation en prise fractionnée, éventuellement assistée par des applications de coaching ou des consignes précises pour ne pas diluer l'information. La Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) a repris les recommandations de la société européenne en plaçant le niveau minimal de préparation colique adéquate ou excellente à 90 %^[4].

**COLOSCOPIE :
GESTE
TECHNIQUE****La coloscopie : un geste technique bien plus exigeant qu'il n'y paraît !**

L'objectif de 95% de coloscopies avec intubation cœcale est largement atteint mais dans quelles conditions ?

- L'intubation cœcale sans boucle est-elle obtenue dans ces 95 % des cas ?
- Pouvons-nous réellement examiner le cæcum librement, sous la valvule, près de l'appendice ?
- Sommes-nous libres de nos mouvements sans compression permanente pour envisager une résection ?

Nous avons tous été témoins des longues périodes de compression pour réséquer certaines lésions sous la valvule ou dans les angles. Pourtant, cette liberté de mouvement est un gage de qualité pour examiner le côlon correctement. Les pistes de progression sont nombreuses et accessibles à tous :

- en utilisant les montées sous-marines ;
- en essayant d'insuffler moins ;
- en travaillant pour moins boucler (technique de raccourcissement) ;
- en comprimant aux moments opportuns ;
- en débouclant complètement et efficacement...

CONECCT



La caractérisation : prédire l'histologie pour mieux traiter !

La caractérisation endoscopique permet de prédire l'histologie de la lésion colorectale en analysant des critères diagnostics précis comme :

- l'aspect macroscopique de la lésion ;
- l'aspect des vaisseaux ;
- l'aspect du relief muqueux en chromoendoscopie.

L'avantage de l'endoscopie est que l'ensemble de la lésion peut être examiné avant une résection endoscopique pour chercher une zone de dégénérescence focale et en prédire le degré d'invasion. Ainsi, l'examen endoscopique minutieux apporte beaucoup plus de renseignements qu'une biopsie faite au hasard.

CONECCT	OE TUMEUR NEURO- ENDOCRINE	IH POLYPE HYPERPLASIQUE	IS LÉSION FESTONNÉE SESSILE (≥ 2 critères soulignés)	IIA ADÉNOME SIMPLE (aucun critère IIC)	IIC ADÉNOME À RISQUE OU CANCER SUPERFICIEL (≥ 1 critère souligné)	III ADÉNOCARCI- NOME INVASIF PROFOND (≥ 1 critère souligné)
Macro	Petite perle Lésion sous- muqueuse	Souvent petits < 10 mm Surélevé IIA	Paris Ia ou Ib <u>Limites imprécises en nuage</u> <u>Bords irréguliers</u>	Paris Ip, Is Ou Ia Ou « Valley Sign »	Souvent IIC Ou <u>LST Non granulaire > 2 cm</u> Ou <u>macronodule (> 1 cm) sur LST granulaire</u>	Souvent III Ou IIC avec composant nodulaire dans la dépression Saignements spontanés
Couleur (NBI ou équivalent)	Jaunâtre Jaune chamois	Claire ou équivalente au background	Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Hétérogènes, foncées ou très claires par zones
Vaisseaux (NBI ou équivalent)	Normaux	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Lacs vasculaires traversants	Réguliers Suivant les cryptes allongées	Irréguliers mais persistants Pas de zone avasculaire	Irréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou absents (zones avasculaires)
Cryptes (chromo virtuelle ou réelle)	Normales (parfois minime lésion muqueuse visible)	Rondes Blanches	Spots noirs au fond des cryptes rondes (NBI)	Allongées ou Branchées Cérébriformes régulières	Irrégulières mais conservées Pas de zone amorphe	Absentes Détruites Ou irrégulières dans une zone délimitée (démarcation nette)
Résection	R0 EMR cap ou ESD	Pas de résection si < 5 mm	En BLOC R0 si possible PIECE MEAL si non résecables en Bloc		En BLOC R0 (EMR cap ou ESD (> 20 mm))	CHIRURGIE avec curage

Figure 2 : Classification CONECCT d'aide à la caractérisation.^[5]

La majorité des critères diagnostics ont été réunis dans un tableau appelé CONECCT^[5] qui a depuis été complété avec les tumeurs endocrines et de nouveaux critères diagnostics comme le signe de la vallée des petits adénomes. Cette caractérisation est plus facile avec des endoscopes performants, offrant la chromoendoscopie virtuelle lumineuse ou des zooms pour faciliter l'analyse de l'architecture microvasculaire ou muqueuse. À titre d'exemple, les Laterally spreading tumours (LST) non granulaires pseudodéprimées sont, avec les LST granulaires avec macronodules, les lésions à haut risque susceptibles de contenir des foyers de cancer invasif^[5]. Ces lésions doivent bénéficier d'une technique de résection avancée comme la dissection sous-muqueuse permettant d'avoir une analyse histologique de haute qualité sur une pièce monobloc avec marges de résections saines R0.

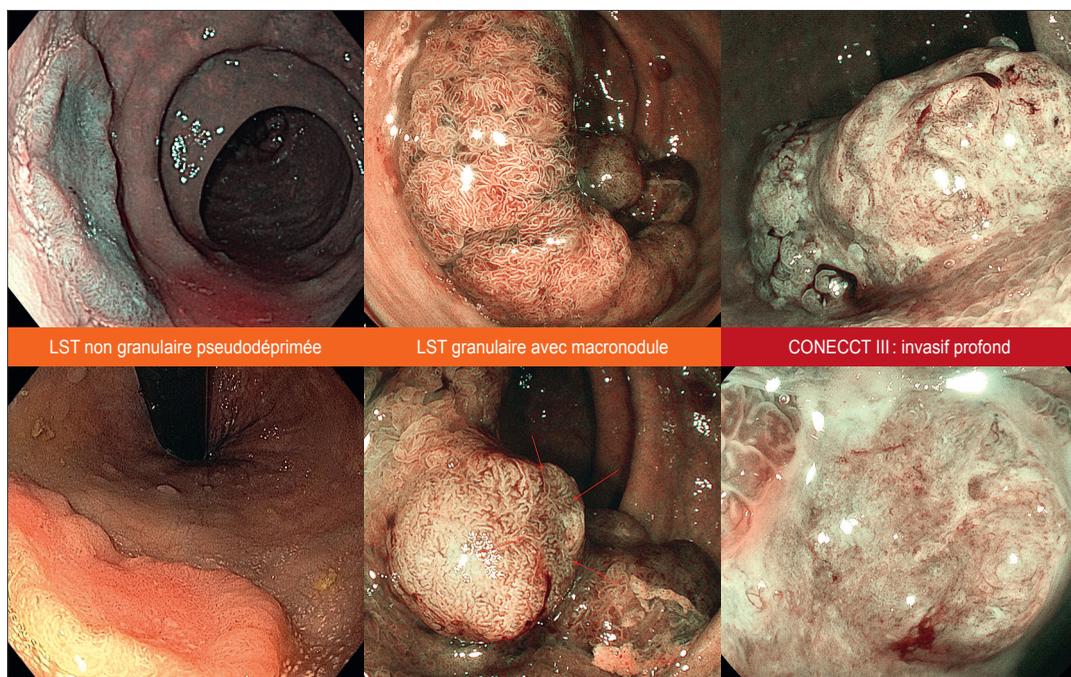


Figure 3: Caractérisation de lésions avancées.

Source : photographie personnelle Mathieu Proche.

La détection : notre plus belle mission !

Une lésion détectée est une lésion en sursis, qui sera réséquée ou prise en charge quoi qu'il arrive. Au contraire, passer à côté d'un cancer, d'un adénome ou d'une lésion festonnée peut aboutir à des situations catastrophiques. De même, un patient non détecté n'est plus un lanceur d'alerte pour dépister une famille entière...

L'importance du Taux de Détection d'Adénome (TDA) comme indicateur de qualité de sa puissance de détection est désormais bien connu. En pratique, les cancers d'intervalle tendent à devenir rares dans la patientèle des gastroentérologues dont le TDA dépasse les 25%^[4,6-7]. Cet objectif doit devenir le strict minimum acceptable. De nombreuses techniques sont actuellement développées pour améliorer la détection chez tous les gastroentérologues, des plus expérimentés aux moins performants. Le seuil de ces 25% doit être dépassé grâce aux différents points d'optimisation regroupés sous l'acronyme DETECT :

DETECT



1. La **D**étersion du côlon par une préparation de qualité est impérative et l'examen n'a de valeur que dans ces conditions^[8].
2. L'**E**xhaustivité de l'examen colique est le point le plus important. L'objectif est de déplisser le côlon, de voir derrière les plis, de revenir sur les zones aveugles, de répéter l'examen de certains segments... Parmi les techniques permettant d'améliorer la surface de côlon vue, les différents capuchons, qu'ils soient transparents ou à extensions latérales^[9] (Endocuff vision®, Endorings®), permettent de mieux voir derrière les plis et ont démontré leur intérêt pour augmenter le TDA^[10], en particulier pour les détecteurs moyens. D'autres techniques existent pour augmenter la surface de côlon examiné :
 - a. la coloscopie en immersion sous-marine,
 - b. la rétrovision systématique dans le côlon droit ou dans le rectum,
 - c. les endoscopes avec plusieurs optiques mais dont les résultats sont plus discutés.
3. La **T**raque doit être acharnée et permanente. Il ne suffit pas de voir un segment colique pour détecter une lésion : il faut dépister toute interruption de la trame vasculaire de fond, toute irrégularité de la forme d'un pli, toute zone de mucus ou de selles adhérentes dans une zone non déclive. Cette étape de traque demande motivation et minutie.
4. Les **E**ndoscopes doivent être performants, de haute-définition, avec un champ large et une chromoendoscopie virtuelle. Les nouvelles générations d'endoscopes permettent de diminuer le taux d'adénomes manqués par rapport aux générations plus anciennes^[11].
5. L'**E**ntraînement doit être permanent pour maîtriser les différentes techniques : on ne détecte bien que ce que l'on connaît.
6. Les séances d'entraînement de **C**aractérisation sur des images de lésions coliques doivent se multiplier afin de s'accoutumer à voir et revoir des lésions caractéristiques.
7. Se **T**ester pour connaître son TDA est indispensable et entre dans cette démarche d'entraînement et de progression. Il s'agit de le faire progresser bien au-delà des 25% recommandés, de même que le taux de détection des festonnées qui devrait dépasser les 7,5%.

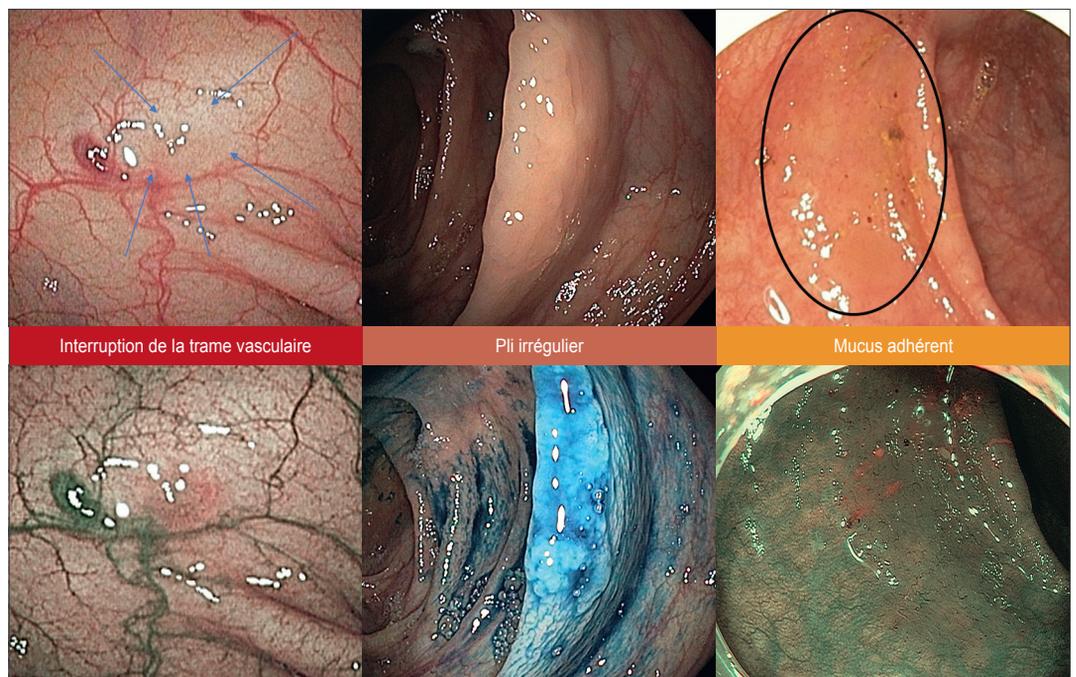


Figure 4 : Points clés de détection.

RESECT



La résection : indissociable de la prédiction histologique !

Les résections endoscopiques sont adaptées aux lésions néoplasiques superficielles jusqu'au stade T1 sous-muqueux (moins de 1000 microns d'invasion). Ce sont des maladies locales à risque négligeable d'extension métastatique régionale ou générale qui justifient donc d'une résection locale. En fonction de l'histologie prédite, la technique de résection est choisie pour offrir un ratio bénéfice-risque adaptée au degré de dégénérescence de la lésion :

- Pour les polypes hyperplasiques, non néoplasiques, aucune résection n'est recommandée.
- Pour les petits polypes de moins de 10 mm, l'anse froide est devenue l'outil incontournable. Ces anses froides pourraient aussi devenir la référence pour réséquer en piece meal les lésions festonnées sessiles étendues^[12].
- Pour les adénomes de 10 à 25 mm, la mucosectomie classique est mise en compétition avec les techniques de mucosectomie sous-marine, avec ou sans-injection sous-muqueuse qui pourraient permettre des résections plus larges avec un profil de morbidité réduit^[13].
- Enfin, un débat persiste pour les lésions de plus de 25 mm, où la mucosectomie piece meal et la dissection sous-muqueuse s'opposent. La première semble offrir un profil de rapidité et de sécurité supérieur mais la seconde permet d'obtenir une analyse histologique de meilleure qualité. Si la dissection est acceptée pour les lésions à haut risque de dégénérescence (CONECCT IIC), elle reste discutée dans les autres cas (un protocole randomisé français devrait prochainement apporter la réponse médico-économique de la technique à choisir).

COMPTE-RENDU

Le compte-rendu et les photos : des garants de la transmission des informations

Le compte-rendu est obligatoire puisque c'est lui qui permet de décrire, après la procédure :

- les conditions de l'examen (sédation, préparation, intubation cœcale) ;
- les difficultés (boucles, diverticules) ;
- les lésions (détectées, caractérisées minutieusement, réséquées et selon quelle technique) ;
- les complications éventuelles ;
- la conclusion qui guide le patient pour son suivi ultérieur.

Des critères de qualité de ce compte-rendu ont été définis par la SFED : l'objectif est de parvenir à un compte-rendu commun, informatisé et centralisé pour obtenir des données épidémiologiques fiables à l'échelle nationale. En cas de lésion volumineuse référée à un autre endoscopiste, des images de la lésion de haute qualité sont indispensables pour choisir la technique adaptée et prédire le temps opératoire à prévoir. Réaliser de belles photos s'apprend et justifie de sessions de formation dédiées.

CONCLUSION

La coloscopie est une discipline complète, une sorte de triathlon de trois disciplines clefs mais bien séparées que sont la détection, la caractérisation et la résection. Pour œuvrer dans le côlon, il faut bien sûr savoir rejoindre le cæcum confortablement sans boucle, avoir du matériel de qualité et être bien entraîné. Cette synthèse et la trilogie de soirées de formations orientées (CONECCT, DETECT, RESECT) vous permettront de progresser dans ces trois missions incontournables et vous passionner un peu plus pour ce challenge exigeant et permanent de trouver les lésions, d'en prédire l'histologie et de les enlever au mieux sans complication.

1 La coloscopie est un triathlon exigeant avec 3 disciplines majeures que sont la détection, la caractérisation et la résection

2 Pour être performant en coloscopie, il faut être en mesure d'atteindre le cæcum de manière optimale, sans boucle dans un côlon bien préparé

POINTS À RETENIR

3 Un endoscope performant est une aide majeure mais rien ne remplace l'entraînement et l'auto-évaluation

4 Un compte-rendu détaillé et complet avec des photos de haute qualité valorisera votre procédure

[1] Gandilhon C, Soler-Michel P, Vecchiato L *et al.* A motivational phone call improves participation to screening colonoscopy for those with a positive FIT in a national screening programme (NCT 03276091). *Dig Liver Dis.* 2018; 50: 1309-1314.

[2] Gimeno-García AZ, de la Barreda Heuser R, Reygosa C *et al.* Impact of a 1-day versus 3-day low-residue diet on bowel cleansing quality before colonoscopy: a randomized controlled trial. *Endoscopy.* 2019; 51: 628-636.

[3] Mangira D, Ket S, Dwyer J *et al.* Augmentation with pre-emptive macrogol-based osmotic laxative does not significantly improve standard bowel preparation in unselected patients: A randomized trial. *JGH Open Open Access J Gastroenterol Hepatol.* 2019; 3: 37-380.

[4] Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M *et al.* Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) quality improvement initiative. *United Eur Gastroenterol J.* 2017; 5: 309-334.

[5] Fabritius M, Jacques J, Gonzalez J-M *et al.* A simplified table mixing validated diagnostic criteria is effective to improve characterization of colorectal lesions: the CONECCT teaching. *Endosc Int Open.* 2019; 07: E1197-E1206.

[6] Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E *et al.* Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med.* 2010; 362: 1795-1803.

[7] Corley DA, Levin TR, Doubeni CA. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med.* 2014; 370: 1298-306.

[8] Clark BT, Rustagi T, Laine L. What level of bowel prep quality requires early repeat colonoscopy: systematic review and meta-analysis of the impact of preparation quality on adenoma detection rate. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109: 1714-1723; quiz 1724.

[9] Sola-Vera J, Catalá L, Uceda F *et al.* Cuff-assisted versus cap-assisted colonoscopy for adenoma detection: results of a randomized study. *Endoscopy.* 2019; 51: 742-749.

[10] Williet N, Tournier Q, Vernet C *et al.* Effect of Endocuff-assisted colonoscopy on adenoma detection rate: meta-analysis of randomized controlled trials. *Endoscopy.* 2018; 50: 846-860.

[11] Pioche M, Denis A, Allescher H-D *et al.* Impact of 2 generational improvements in colonoscopes on adenoma miss rates: results of a prospective randomized multicenter tandem study. *Gastrointest Endosc.* 2018; 88: 107-116.

[12] Tate DJ, Awadie H, Bahin FF *et al.* Wide-field piecemeal cold snare polypectomy of large sessile serrated polyps without a submucosal injection is safe. *Endoscopy.* 2018; 50: 248-252.

[13] Binmoeller KF, Weilert F, Shah J *et al.* „Underwater“ EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps (with video). *Gastrointest Endosc.* 2012; 75: 1086-1091.

Rédaction: Dr Mathieu Pioche, Service d'endoscopie et d'hépatogastroentérologie, Hôpital Édouard Herriot, Lyon. **Liens d'intérêts:** Formations à la caractérisation endoscopique et à la détection Norgine, formation à la dissection sous-muqueuse avec Olympus et Cook Medical, Consultant Boston Scientific et 3D matrix. **Directrice de Clientèle:** Noëlle Croisat, Éditions John Libbey Eurotext, 0763590368, noelle.croisat@jle.com. **Chef de projet:** Valérie Toulgoat, valerie.toulgoat@jle.com. **Conception graphique:** Stéphane Bouchard. **Crédits photo:** ©Fotolia.com. Document réservé à l'usage exclusif du corps médical. **Dépôt légal:** © John Libbey 2020. La publication de ce contenu est effectuée sous la seule responsabilité de l'éditeur et de l'auteur. Ce document est diffusé en tant que service d'information aux professionnels de santé par les Laboratoires Norgine.