

## Les publications sur la coloscopie en 2015 : quelles tendances ?

### Colonoscopy Publications in 2015: What Are the Trends?

P. Bulois · C. Cellier

© Lavoisier SAS 2015

La pratique et les indications de la coloscopie se sont sensiblement modifiées au cours des dernières années. Cette évolution tient pour l'essentiel à deux facteurs : l'amélioration continue des éléments techniques et organisationnels et une meilleure connaissance des bénéfices à long terme qu'elle apporte aux patients. Les progrès techniques du matériel d'endoscopie sont multiples : ergonomie des endoscopes, définition des images, angle de visibilité, systèmes optiques spécifiques, accessoires... En amont, l'apparition de nouvelles préparations intestinales permet aujourd'hui une prescription à la carte, adaptée à chaque situation clinique, afin d'en améliorer l'efficacité et la tolérance. Outre la généralisation de la coloscopie ambulatoire, des progrès organisationnels pourraient encore améliorer l'acceptabilité de cet examen. Enfin, des données épidémiologiques nous ont permis de réévaluer à sa juste mesure le bénéfice individuel qu'apporte la coloscopie au patient : diminution de l'incidence du cancer colorectal, meilleur pronostic des cancers diagnostiqués précocement, mais aussi dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin adaptation optimale des traitements de fond.

En raison des enjeux médicaux et économiques qui lui sont associés, la coloscopie est et sera de plus en plus soumise à une exigence de qualité de la part des patients et des pouvoirs publics. La mesure individuelle du taux de détection d'adénomes, inversement associé au risque de cancer d'intervalle, peut en constituer une approche globale [1]. La qualité de la coloscopie est conditionnée par celle de la préparation intestinale. De nombreux produits sont aujourd'hui disponibles. Au cours des dernières années, leurs modalités de prescription ont évolué. Plusieurs essais contrôlés et une méta-analyse ont suggéré la supériorité d'une préparation prise en deux temps avec pause nocturne (préparation dite « splittée ») comparativement à la prise de

l'ensemble la veille de l'examen. Ce type de préparation est recommandé par les sociétés européenne et américaine d'endoscopie digestive [2,3].

Des améliorations techniques sont également susceptibles d'améliorer le taux de détection d'adénomes [4]. Elles peuvent concerner les modalités d'examen du côlon droit : rétrovision systématique, coloration électronique ou à l'indigo carmin. Elles peuvent être liées à des accessoires intégrés ou ajoutés à la tête de l'endoscope et destinés à mieux déplisser le côlon : ballon de traction (G-Eye<sup>®</sup>, Pentax), Endocuff<sup>®</sup> ou capuchon transparent. Enfin, elles pourraient également provenir de l'émergence de systèmes d'endoscopie à vision extralarge (FUSE<sup>®</sup>, EndoChoice).

Outre l'amélioration des modalités de préparation colique et de dépistage des lésions néoplasiques, la prise en charge thérapeutique de celles-ci évolue aussi. Cette évolution concerne d'un côté les petits polypes et de l'autre les lésions les plus avancées. Les polypes infracentimétriques sont ceux qui sont le plus souvent rencontrés en pratique courante. Leur technique de résection optimale reste encore à déterminer (pince chaude, anse froide, anse chaude ou mucoséctomie), mais dans tous les cas, l'ablation à la pince froide devrait être abandonnée. Pour les lésions avancées, en termes de taille ou d'évolutivité néoplasique, la dissection sous-muqueuse est déjà largement utilisée en Asie. Elle permet dans la majorité des cas une résection *en bloc*, ce qui permet une analyse anatomopathologique précise des marges de résection, à la différence de la mucoséctomie plurifragmentaire et un risque moindre de récurrence locale. Son développement en Europe a débuté avec des résultats encourageants [5].

En amont de la coloscopie elle-même, de sa préparation et de sa technique, la question de la politique de prévention à l'échelle d'une population à risque moyen reste entière. Chaque État occidental a sa propre stratégie, avec des résultats difficilement comparables du fait de leurs différences démographiques, économiques et sociales [6,7]. L'utilisation de scores individuels de risque pourrait constituer une aide à la décision au cas par cas, à condition de laisser au patient et à son praticien le choix des modalités de cette prévention après information complète sur les risques et bénéfices attendus de chacune des stratégies envisagées [8].

---

P. Bulois (✉)

Hôpital privé La Louvière, Générale de Santé,  
20, rue du Ballon, F-59000 Lille, France  
e-mail : philippebulois@yahoo.fr

C. Cellier

Hôpital européen Georges-Pompidou,  
20, rue Leblanc, F-75908 Paris, France

La prévention, le dépistage et le traitement du cancer colorectal restent la préoccupation principale de la majorité des gastroentérologues qui pratiquent l'endoscopie. La coloscopie de dépistage, bientôt supplantée par la coloscopie de prévention, est dans une phase de constante amélioration : indications, préparation, technique, matériel et traitement. Quelle que soit notre pratique, une veille bibliographique sur la coloscopie reste indispensable, aujourd'hui plus que jamais.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Fayad NF, Kahi CJ. Colonoscopy quality assessment. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2015;25:373–86
2. Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2013;45:142–50
3. ASGE Standards of Practice Committee, Saltzman JR, Cash BD, et al. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:781–94
4. Neumann H, Nägel A, Buda A. Advanced endoscopic imaging to improve adenoma detection. *World J Gastrointest Endosc* 2015;17:224–9
5. Rahmi G, Hotayt B, Chaussade S, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial rectal tumors: prospective evaluation in France. *Endoscopy* 2014;46:670–6
6. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut* 2015 (in press)
7. Elmunzer BJ, Singal AG, Sussman JB, et al. Comparing the effectiveness of competing tests for reducing colorectal cancer mortality: a network meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2015;81:700–9
8. Schroy PC, Wong JB, O'Brien MJ, et al. A risk prediction index for advanced colorectal neoplasia at screening colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1062–71