



# **Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2011**

Jean LAPUELLE

Comment et pourquoi optimiser une préparation de coloscopie ?

## **Objectifs pédagogiques :**

**Connaître les critères d'une bonne  
préparation colique**

**Savoir comment obtenir une préparation  
colique optimale : données de la littérature ;  
trucs et astuces**

**Savoir quand il faut renoncer à la poursuite  
d'une exploration coloscopique du fait de la  
préparation colique**

**Connaître les médicaments qu'il faut penser à  
arrêter**

**Connaître l'état des lieux sur les nouvelles  
préparations**

# Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2011

## Conflits d'intérêts

Mayoly

Axcan

# COMMENT ET POURQUOI OPTIMISER LA PREPARATION COLIQUE ?

JEAN LAPUELLE,  
Toulouse

*LA COLOSCOPIE PERMET LA VISUALISATION DE LA  
TOTALITE DE LA MUQUEUSE COLIQUE :*

- C'est l'examen de référence de l'exploration du côlon

Oui, mais...

# Pourquoi optimiser la préparation colique ?

- 76.9 % de préparations adéquates sur 93 000 coloscopies réalisées

Augmentation de détection des polypes de moins de 9 mm de 20% OR : 1,2 (1,16-1,25)

*Harewood GC, Gastrointest Endosc 2003 ; 58 : 76-9.*

- 5 832 sujets âgés hospitalisés.

Augmentation significative du taux de détection des polypes en cas de préparation excellente vs mauvaise OR : 1,46 (1.1-1.9)

*Froehlich et al. Gastrointest Endosc 2005 ; 61: 378-384*

# Pourquoi optimiser la préparation colique ?

- Etude rétrospective sur 3 ans : 47 253 coloscopies  
Augmentation du taux de détection très significatif en cas de préparation adéquate OR : 2,26 (1,64-3,12).

*Shaukat A Clin Gastroenterol Hepato 2009 ; 7 : 1335-40*

- 868 patients inclus  
Taux de détection des adénomes  
Préparation insuffisante : 12 %  
Préparation satisfaisante : 24.6 % (p = 0.01)

*Marmo et al, Gastrointest Endosc 2010; 72: 313-320*

# Comment optimiser la préparation colique ?

- Un certain nombre de gastro-entérologues préfèrent proposer à leurs patients une seule méthode de préparation colique.
- Le bénéfice est bien évidemment une simplicité et une économie de temps éliminant la nécessité d'une discussion avec le patient sur le type de préparation.
- Toutefois cela entraîne une incapacité à tenir compte des différences entre les patients et de leur tolérance respective.

# Comment optimiser la préparation colique ?

- La consultation est indispensable, c'est la première pierre d'une construction efficace d'une bonne observance :  
**écouter - expliquer - convaincre**
- Préparation à la carte



# La préparation colique

## Produits de préparation :

Trois grands types de produits sont utilisés pour la préparation colique :

- Les solutions à base de polyéthylène glycol (PEG)
- Les produits à base de Phosphate de Sodium (NaP)
- Les préparations à base de magnésium

# La préparation colique

## Les PEG

Le standard 4 litres

250 ml toutes les 10 minutes pour un total de 4 litres avec une pause d'une heure entre les deux premiers et les deux derniers litres

ou

deux ou trois litres la veille et le complément le matin de l'examen.

# La préparation colique

## Les PEG

- Le goût et la quantité des produits font que 5 à 15 % des patients sont incapables de prendre totalement leur solution.
- Une méta-analyse de 15 travaux montre que jusqu'à 29 % des patients sont incapables de prendre la totalité de la solution PEG.
- Les effets secondaires les plus habituels sont les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales et les ballonnements

*Belsey Aliment Ther. 2007;25(4):373-384*

# La préparation colique

## Les PEG

### Quelques trucs et astuces :

- Boire la préparation avec deux pailles de gros calibre
- Se boucher le nez lors de la prise
- Se brosser les dents après chaque verre
- Mettre le produit au frigo
- Lui adjoindre différents jus de fruits
- Le faire précéder d'une prise d'huile d'olive (60 ml)

*Abut Gastrointest Endosc 2009 ; 70 (3) : 515-21*

# La préparation colique

## Le MOVIPREP : PEG + Acide ascorbique

- 2 litres + (1 litre d'eau)
- Efficacité identique à 4 litres de PEG
- **Non remboursé**

*El American J Gastroenterol 2008 ; 103 : 883-93*

# La préparation colique

## Les phosphates de sodium

« fleetphosphosoda » (NaP)

- Aussi efficace que 4 litres de PEG mais meilleure acceptabilité
- Problème de tolérance :
  - Troubles électrolytiques
  - insuffisance rénale aiguë
  - Néphrocalcinose aiguë

*Belsey Aliment Ther. 2007;25(4):373-384*

*Vanner. Am J Gastroenterol 1990;85(4):422-427*

# PREPARATION COLIQUE : FLEETPHOSPHOSODA

- Décembre 2008 « black box Warning »
- Colon cleansing before colonoscopy : does oral sodium phosphate solution still make sense ?

*Douglas K Rex, stephen J Vanner Can J Gastroenterol. 2009; 23 (3) 2010-2014*

# LA PREPARATION COLIQUE : COLOKIT

- Aronchick et Al en 2000
- Forme en comprimés : colokit
- 1.5 gramme de phosphate de sodium par comprimé
- Respect absolu des contre-indications :
  - Sujets âgés
  - Comorbidités invalidantes
  - Maladies inflammatoires évolutives



# MEDICAMENTS DIMINUANT LA PERFUSION OU LA FONCTION RENALE

INHIBITEURS  
ENZYME  
DE CONVERSION  
DCI en  
**PRIL**

ANTAGONISTES DE  
L'ANGIOTENSINE II  
DCI en  
**SARTAN**

# LA PREPARATION COLIQUE : COLOKIT

## Hydratation :

- Avant coloscopie : 2 l à 3 l
- Pendant coloscopie : perfusion éventuelle
- Après coloscopie, encourager la prise de liquides

*Rex DK, Vanner SJ. Can J Gastroenterol, 2009 March ; 23 (3) : 210-214*

# La préparation colique

## Préparations de magnésium

- Citrate de magnésium seul : inefficace
  - Oxyde de magnésium
  - Acide citrique
  - Picosulfate de sodium
- CITRAFLEET / PICOPREP

1. Aussi efficace que PEG ou NaP
2. Bon goût
3. Problème de mentions légales
4. Bonne hydratation
5. Autorisé chez le sujet âgé

*Hamilton J Clin Pract Br 1996;50(2):73-5*

# OPTIMISER LA PREPARATION COLIQUE

- L'heure de la coloscopie n'est pas le facteur prépondérant
- L'essentiel est la durée entre la fin de la prise de la préparation et le début de la coloscopie.
- Plus on augmente ce délai moins bonne est la préparation

*Siddique AA, Gastrointestinal Endosc 2009 ; 69 : 700-6*

*Marmo et al, Gastrointest Endosc 2010; 72: 313-320*

# LA PREPARATION COLIQUE : SPLIT DOSING

La moitié de la dose prise la veille et la seconde moitié prise le matin de l'examen permettent d'obtenir une meilleure préparation que la prise totale du produit la veille

Recommandations de l'American College of Gastroenterology

*Besley J, Aliment Pharmacol Ther 2007 ; 25 : 373-4*

*Parra Blanco A, J gastroenterol 2007 ; 102 : 98-9*

*Marmo R, Gastrointestinal Endoscopy 2010 ; 72 : 313-20*

*Rex Am J Gastreterolol.2009 ; 104 : 739-750*

# LA PREPARATION COLIQUE : SPLIT DOSING

## – Deux freins :

- L'un est lié au patient car il doit se lever au milieu de la nuit pour prendre sa purge

Sur 300 personnes interrogées 85 % déclaraient qu'elles seraient prêtes à se lever pour prendre la deuxième dose

- L'autre lié à l'anesthésiste

Respect du délai minimal avant réalisation d'une anesthésie, 2 à 3 heures pour l'ingestion de liquides clairs

*Unger Dig dis sci 2010 ; 55 : 2030-4*

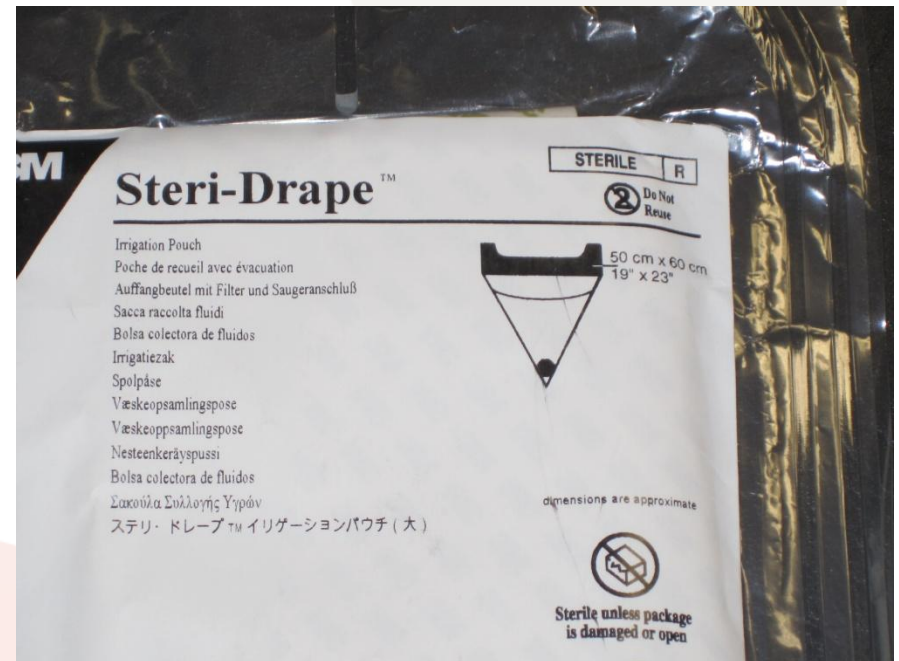
# CONSULTATION PRE COLOSCOPIE

## *Améliorer la préparation colique est affaire de conviction*

- **Remise systématique aux patients d'un livret illustré expliquant les problèmes de la préparation.**
  - Apologie du jus de raisin qu'il compare à un résidu intra-colique parfaitement clair; il dénigre le jus d'orange qui reste opaque et risque de méconnaître les lésions.
- **En analyse multi-variée :**
  - Après lecture du livret, la chance d'avoir une bonne préparation est multipliée par 1,9 (95 % CI = 1,1-3,4)**

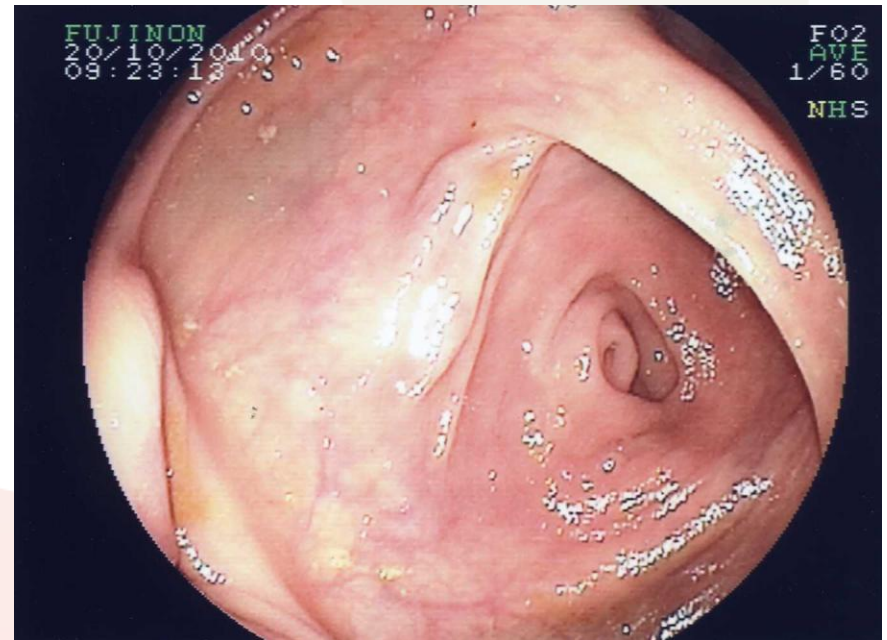
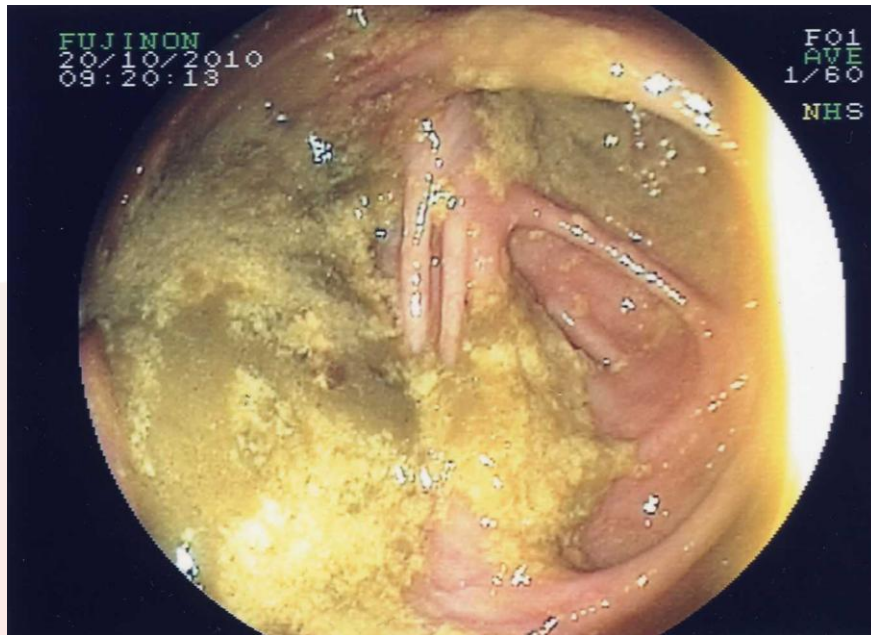
*Spiegel BM et al. Gastroenterology 2009;136(5): A-40*

# LAVAGE PER COLOSCOPIQUE

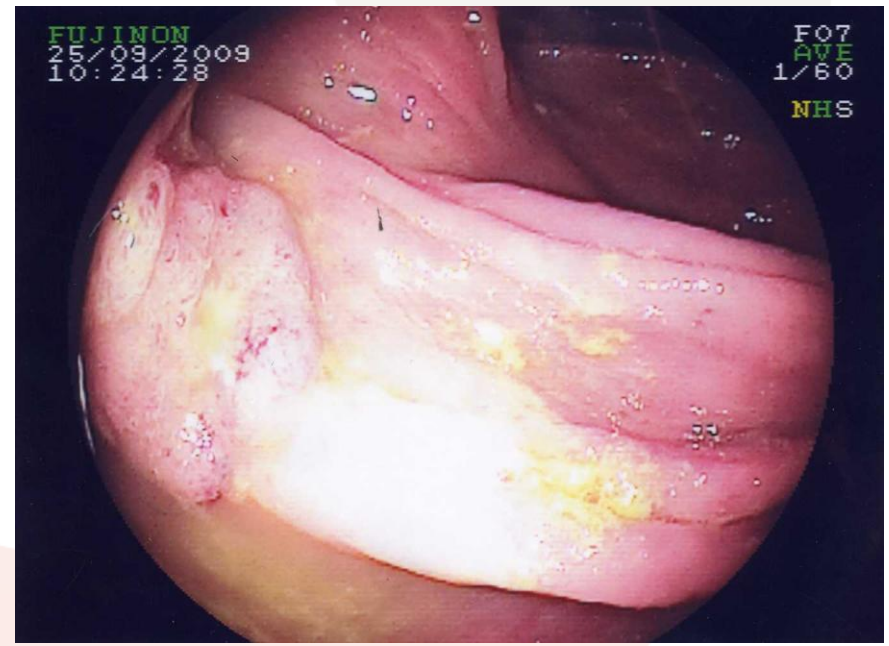
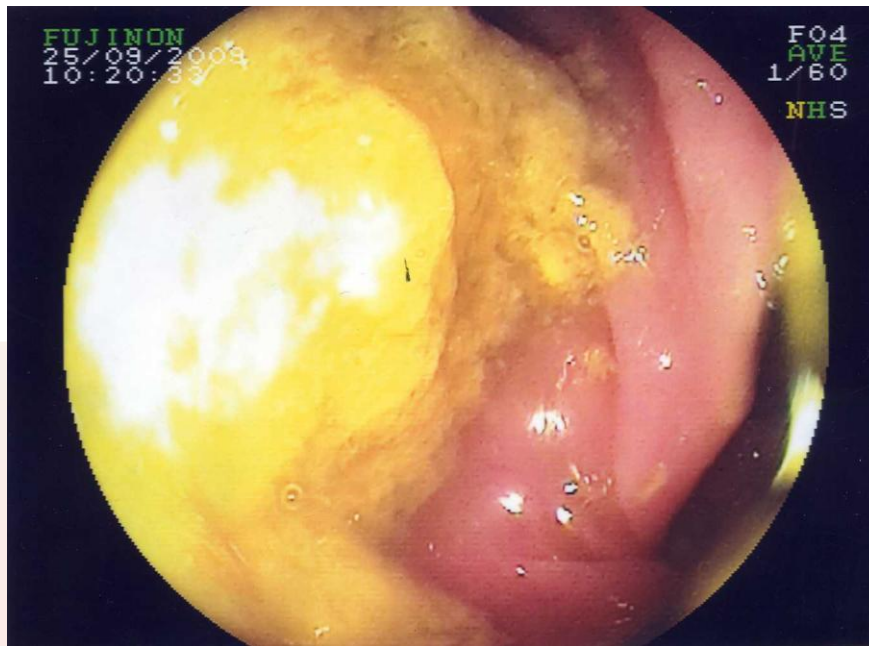




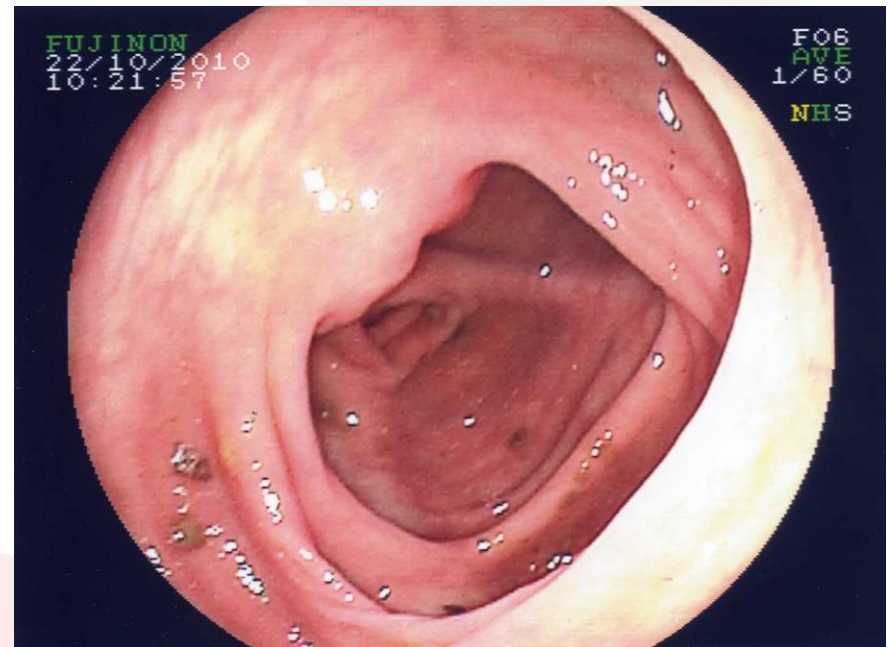
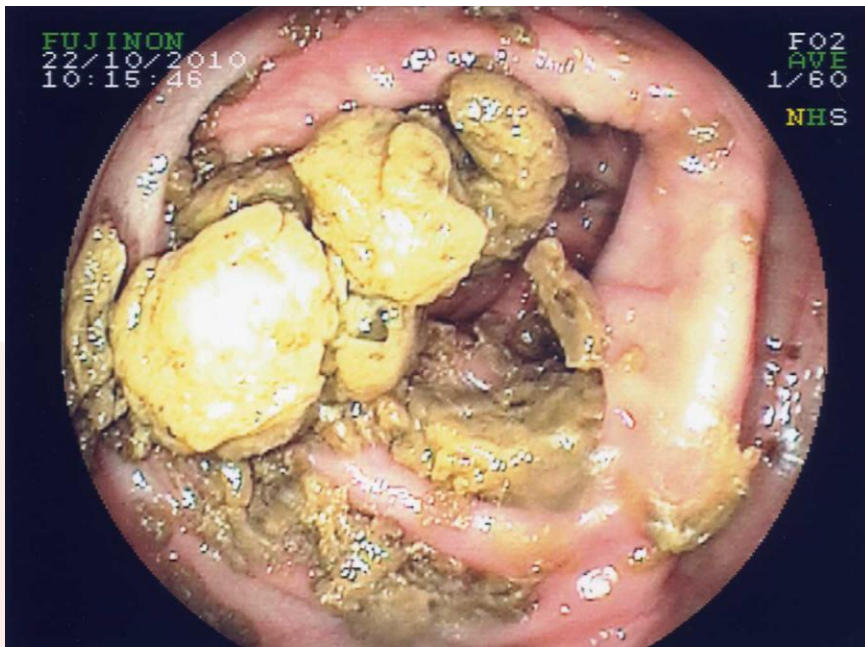
# LAVAGE PER COLOSCOPIQUE



# LAVAGE PER COLOSCOPIQUE



# LAVAGE PER COLOSCOPIQUE

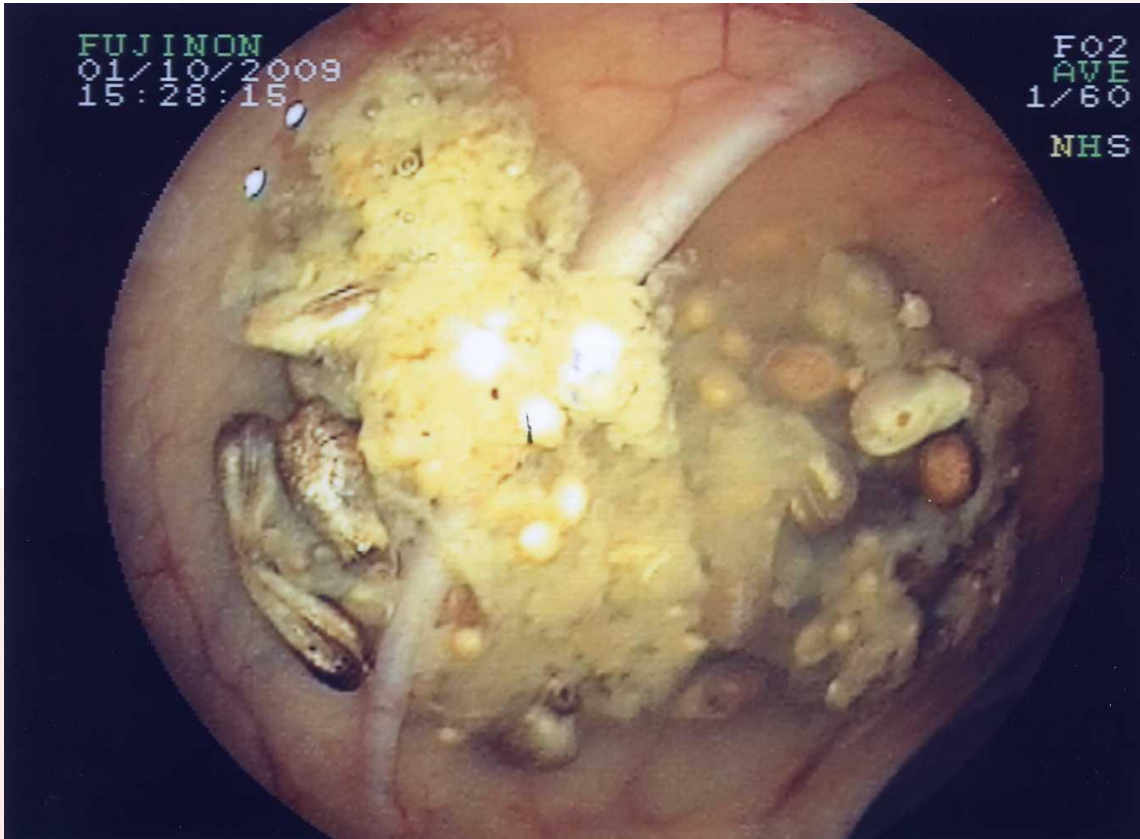


# LAVAGE PER COLOSCOPIQUE

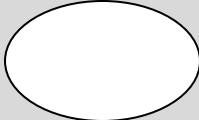
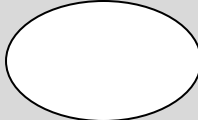
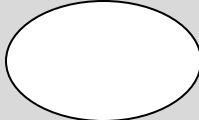
- Evaluation du temps que les gastro-entérologues acceptent de passer pour laver le côlon<sup>1</sup>
  - 12 %, moins de 5 minutes
  - 35 %, de 6 à 10 minutes
  - 31 %, de 11 à 20 minutes
  - 5 %, plus de 20 minutes
  - 17 %, sans avis
- Pour 52 % des GE : créneau trop limité en temps<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sharma R et al. *Gastroenterology* 2009;136(5): A-39

<sup>2</sup> 2 jours d'endoscopie 2008



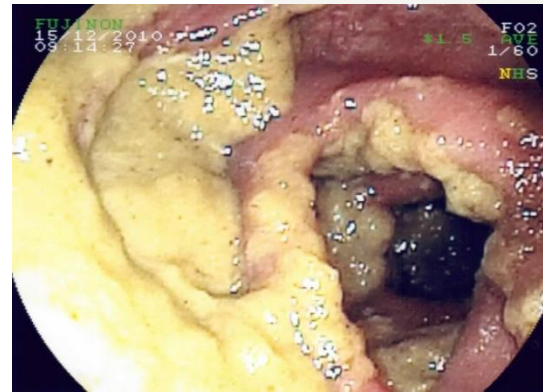
# ECHELLE DE BOSTON

<b>Score de Boston TOTAL</b>	<b>Score du Côlon droit</b>	<b>Score du Côlon Transverse compris les angles</b>	<b>Score du Côlon gauche</b>
<b>Score</b>	1	2	3
<b>Description</b>	partie non vue car résidus non aspirable	résidus ou coloration aspirable	aucun résidu solide, ou liquide
<b>Après Lavage</b>			

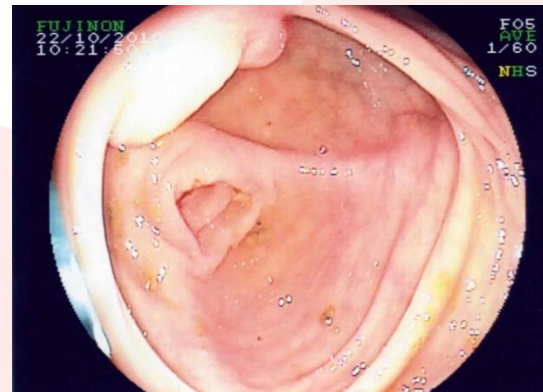
COLON GAUCHE  
Score 2



COLON TRANSVERSE  
Score 1



COLON DROIT  
Score 3



TOTAL : Score 6 : PREPARATION INSUFFISANTE

# CONCLUSION

- Voir la totalité de la muqueuse colique est le but d'une préparation colique de bonne qualité
- La coloscopie est opérateur dépendant
- Les préparations actuelles doivent être expliquées et prescrites lors d'une consultation indispensable
- Les méthodes de lavage percoloscopique doivent reléguer aux oubliettes les chiffres de mauvaise préparation publiés dans la littérature



# CONCLUSION

La préparation colique est opérateur dépendant

# Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2011

## Points forts

- ❶ La consultation précoloscopie par un gastro-entérologue est fortement recommandée.
- ❷ Le lavage aspiration est essentiel pour la qualité de l'examen, il faut y consacrer le temps nécessaire.
- ❸ Les nouvelles préparations permettent d'adapter la prescription aux caractéristiques du patient.
- ❹ Il faut respecter :
  - les contre-indications de certaines préparations,
  - le délai minimal entre les prises
- ❺ La prise fractionnée est à privilégier.