Recommandations communes SFED / SFAR pour la préparation colique dans le cadre de la coloscopie

Jean LAPUELLE





INTRODUCTION

• La pratique de la coloscopie :

- « Lors de la préparation à la coloscopie, il est recommandé de fractionner en deux la dose de PEG ou de boire de grande quantité d'eau avec le laxatif utilisé »
- « Le délai entre la fin de la purge et la coloscopie doit être compris entre 3 et 5 heures »

Le dogme :

- « Les patients devant avoir une anesthésie générale doivent être à jeun depuis la veille à minuit pour avoir un estomac vide lors de l'anesthésie »
- 95% des coloscopies effectuées sous AG en France





Quelles sont les modalités « modernes » de préparation en 2015 ?

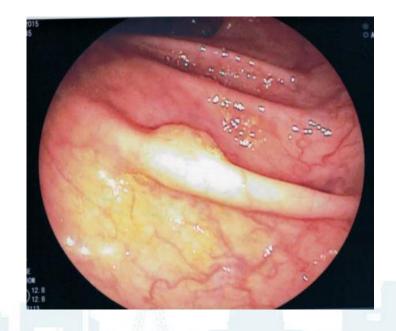
- Fractionnement de la prise en deux (ESGE 2013, ASGE 2014)
 - Purge en 1 seule prise si coloscopie dans l'après-midi
- Délai fin de prise coloscopie (ASGE 2014)
 - > 2 heures après la fin de l'ingestion liquide
 - < 5 heures (ASGE) ou 4h (ESGE) après la fin de l'ingestion liquide
- Régime sans résidus et/ou liquides le jour avant la coloscopie (ASGE 2014, ESGE 2013)
- Amélioration de l'acceptabilité
 - Effet volume
 - Effet palatibilité





Optimal bowel cleansing for colonoscopy: split the dose! A series of meta-analyses of controlled studies

Cristina Bucci, MD, PhD, 1,5 Gianluca Rotondano, Cesare Hassan, Matilde Rea, Maria Antonia Bianco, Livio Cipolletta, Carolina Ciacci, Riccardo Marmo Marmo



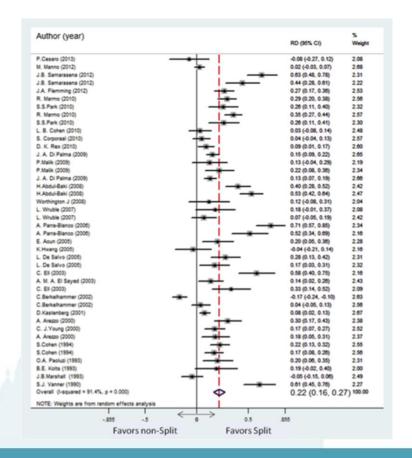




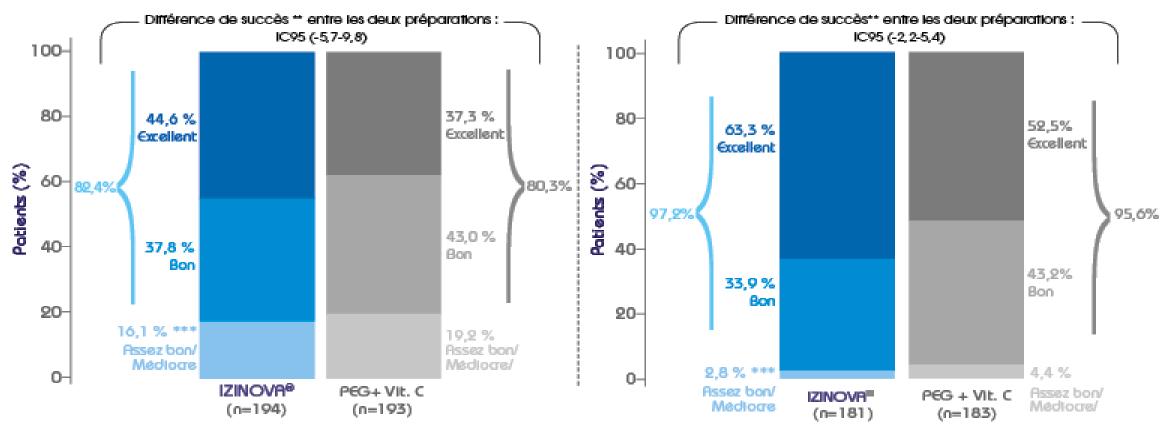






SCHÉMA D'ADMINISTRATION SUR 1 JOUR

SCHÉMA D'ADMINISTRATION SUR 2 JOURS



- ** Critère principal de l'étude = taux de succès du lavage colique (succès défini par score bon et excellent).
- *** 2 patients IZINOVA ont été exclus des analyses d'efficacité en raison d'une sortie d'étude avant la coloscopie.
 - 2. Di Palma JA et al. Am J Gastroenterol 2009; 104:2275-84.





Pourquoi les patients doivent – ils être à jeun avant une anesthésie : Risque d'inhalation

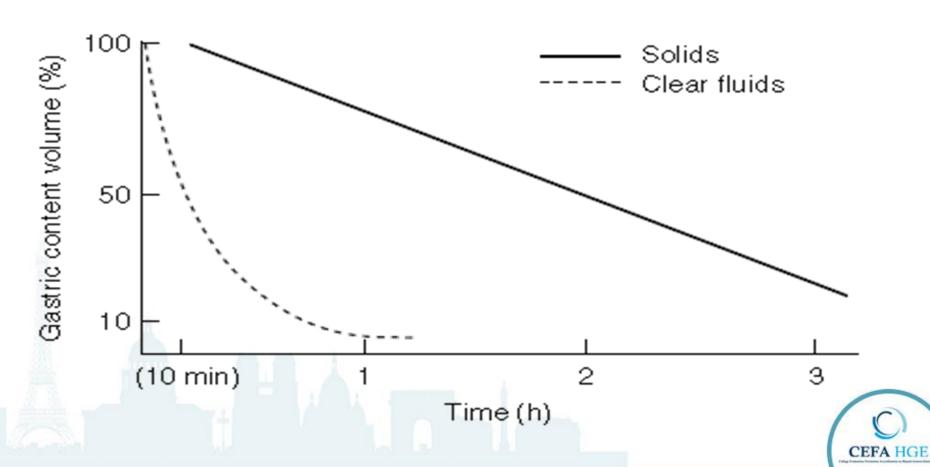
- Diminution du risque de régurgitations du contenu gastrique
- L'existence d'une régurgitation durant une AG expose au risque d'inhalation (liquide acide).

	Incidence	Morbidité	Mortalité
Sakai 2006	1/7103	1/16 573	1/99 441
Neelakanta 2006	1/8641	1/18 129	1/99 714





Vidange gastrique des liquides et des solides



Quelle est la vidange gastrique des laxatifs utilisés PEG 3350

- Etude chez le volontaire sain¹
 - ≥ 15 sujets sains
 - ➤ PEG 4L fractionné la veille et le matin de l'examen
 - ➤ PEG marqué au Tc99 et les 150 derniers ml à l'Ind111.
 - > Etude de la VG sur 3 heures
- Etude du Ph moyen²
 - ➤ 6.25 Groupe PEG
 - > vs 2.35 Groupe Placebo

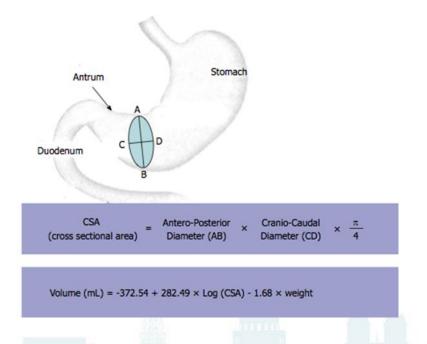
		T+ 60 mn		T + 120 mn
% Tc 99	4.5%	2.7%	1.8%	1.1%
% <u>Ind</u> 111	13%	7.2%	4.6%	2.4%

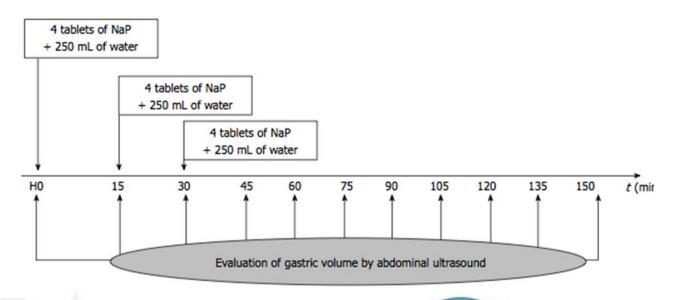
¹ M Lemann et R Jian;.GCB 1992; 16: A107 (rés) ² Mahio et coll





Gastric emptying evaluation by ultrasound prior colonoscopy: An easy tool following bowel preparation

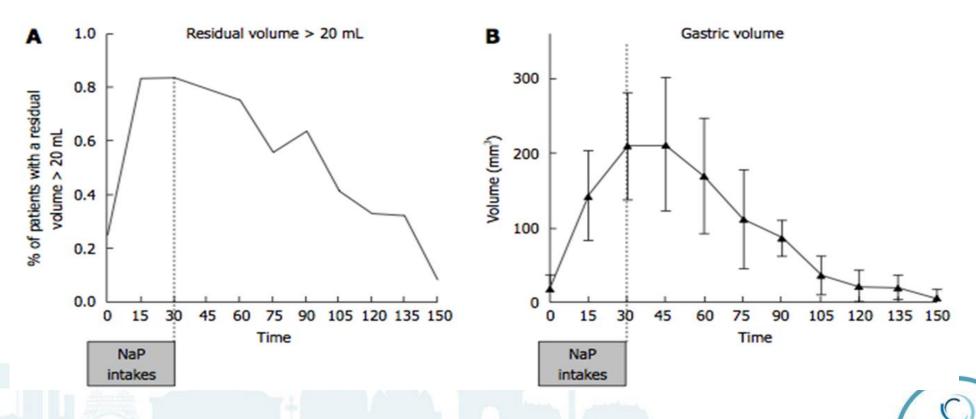








Gastric emptying evaluation by ultrasound prior colonoscopy: An easy tool following bowel preparation





CEFA HGE

« Split Dosing »

Mesure du volume liquide résiduel :

254 « Split Dose » Coloscopie + Gastroscopie : 19,7 ml

712 pts - 411 Gastroscopie seule: 14,6 ml

47 Préparations prise la veille (G+C) : 20,2 ml

Pas de relation entre la fin de la préparation par rapport à l'heure de la coloscopie et le volume résiduel.

Huffman M, Gastrointest Endosc 2010; 72:516-522





Recommandations pour un patient sans facteurs de risque d'inhalation

(2)	2 2 2 3 3 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5					
	Durée (heures)					
1111	Organisation/Review Body	Liquides clairs	Solides			
	ASA 1999	2	6			
	AAGBI 2001	2	6			
	Cochrane 2004	2	6			
	CAS 2005	2	6			
	NNCG 2005	2	6			
	RCN 2005	2	6			
ASA AAGBI Cochr Reviev	Great Britain and Ireland ane Cochrane Database of Systematics	NNCG Norwegian N	CAS Canadian Anaesthetists' Society NNCG Norwegian National Consensus Guideline			

Recommandation de la SFED – SFAR : 3 heures (liquides)

Best Practice & Research Clinical Anasthesiology 2006;20(3):457-69





Quels sont les patients à risque élevé de régurgitations et quelle est alors la durée idéale du jeune ?

- Patients avec troubles de la vidange gastrique (en dehors de l'urgence ou des femmes enceintes)
 - Gastroparésie
 - Diabète (rôle dysautonomie, hyperglycémie...)
 - > RGO
 - Obésité
 - > ATCD chirurgie de l'œsophage et/ou de l'estomac
 - Prise d'opiacés
- Evaluation au cas par cas
- Pas de recommandation systématique d'un jeûne de 12 heures



CEFA HGE

Conclusion

- Chez un patient sans facteurs de risque d'inhalation et devant bénéficier d'une coloscopie sous AG, un délai de 3 heures, entre la préparation et l'induction, est suffisant.
- Le PEG, le NaP (cp) est complètement vidé deux heures après la fin de son ingestion.
- Une appréciation individuelle du risque est nécessaire chez les patients présentant des facteurs de risque d'inhalation (nécessité d'une intubation trachéale)





COLON CLEANSING FOR COLONOSCOPY IN PATIENTS WITH IBD COLITIS: EFFICACY AND ACCEPTABILITY OF 2 LITER PEG VS 4 LITER PEG

<u>Gianpiero Manes</u>, Italy; P. Fontana; G. de Nucci; F. Radaelli; C. Hassan; S. Ardizzone





RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT (RCP):

PREPARATIONS COLIQUES ET MICI





PEG 4 litres seul autorisé dans les MICI évolutives et quiescentes.

PEG 2 litres + Acide ascorbique non autorisé dans les formes actives : **Recommandations SFED 2011**

(Pas d'études comparatives entre PEG 4 l et préparation de faible volume)





Conclusion

L'étude de Manes est essentielle car c'est la première comparant le PEG 4 litres à une préparation de faible volume PEG 2 litres + Bisacodyl

Le scientifique doit orienter le réglementaire avec ce type d'étude afin de faire bénéficier le patient des avancées publiées dans la littérature.

Fiche sfar-sfed indispensable



