UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2000

THESE N° 1101

SCD UNIV.LIMOGES
D 035 100429 8

LA COLOSCOPIE A L'HOPITAL , DEROULEMENT , RESULTATS ,INFORMATION ET VECU DU PATIENT.

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 8 mars 2000

PAR

Anivel RAMOS DOS REIS

Né le 23 avril 1972 à Périgueux (Dordogne).

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le professeur PILLEGAND	- Président
M. le professeur GAINANT	- Juge
M. le professeur SAUTEREAU	- Juge
M. le professeur VALLEIX	- Juge
M. le docteur CESSOT	- Directeur de thèse
M. le docteur COURAT	- Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESSEURS: Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	THERAPEUTIQUE
BONNAUD François (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	DERMATOLOGIE
BOULESTEIX Jean (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	PEDIATRIE
CATANZANO Gilbert	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	ORTHOPEDIE
COGNE Michel	RADIOTHERAPIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
DARDE Marie-Laure (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PARASITOLOGIE
DENIS François (C.S)	PEDIATRIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	ANATOMIE
DUMAS Jean-Philippe	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Michel (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel	NEUROLOGIE
DUPUY Jean-Paul (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
GAINANT Alain	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAROUX Roger (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GASTINNE Hervé (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
HUGON Jacques (C.S)	REANIMATION MEDICALE
LABROUSSE Claude	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
	REEDUCATION FONCTIONNELLE

LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RIGAUD Michel (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE- ECONOMIE DE LA SANTE - PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

DEDICACES

Nous vous remercions très chaleureusement **monsieur le professeur PILLEGAND**,chef du service d'hépato-gastro-entérologie du centre hospitalier universitaire de Limoges, d'avoir accepté la présidence du jury de ce mémoire. Nous vous remercions également pour la qualité de votre enseignement toujours pratique et clinique , ainsi que pour la disponibilité dont vous faites preuve à l'égard des étudiants qui passent dans votre service. Nous espérons continuer à faire épanouir le savoir acquis durant les six mois que dura notre stage, dans la pratique quotidienne de la médecine.

Un grand merci à **monsieur le professeur SAUTEREAU**, praticien hospitalier dans le service d'hépato-gastro-entérologie, pour nous avoir permis de participer à ce travail réalisé au sein du service. Nous vous savons gré pour l'intérêt que vous avez su éveillé en nous envers les aspects plus techniques de votre spécialité , alors même que notre orientation vers la médecine générale nous rendait parfois quelque peu obtus. Ces notions nous servirons, nous l'espérons, à rassurer et informer le patient anxieux vis à vis de certains examens complémentaires .

Monsieur le professeur GAINANT, praticien hospitalier du service de chirurgie digestive, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de faire partie du jury de cette thèse. Sachez que nous avons beaucoup apprécié la disponibilité dont vous fîtes preuve à chaque sollicitation de notre part lorsqu' un avis chirurgical était nécessaire. Nous espérons faire preuve de la même disponibilité envers les patients que nous suivrons au cours des prochaines années.

Monsieur le professeur VALLEIX, chirurgien des hôpitaux, votre accueil chaleureux tout au long de notre stage hospitalier s'est encore manifesté lorsque nous vous avons sollicité pour faire partie du jury de notre mémoire. Au cours de ces six mois vous nous avez prodigué votre temps sans compter, à chaque fois que vos lumières nous étaient nécessaires, et ce malgré l'emploi du temps inhérent à vos activités. Nous avons apprécié votre disponibilité et pour tout cela nous vous remercions.

Des remerciements très particuliers à **monsieur le docteur CESSOT,** praticien hospitalier gastro-entérologue , d'avoir accepté la direction de ce travail. Votre aide a été d'une valeur inestimable tout comme d'ailleurs l'enseignement clinique au cours de notre stage en gastro-entérologie. Merci également pour l'aide technique et informatique ô combien appréciable pour un néophyte. Puissions-nous avoir été à la hauteur de votre confiance.

Monsieur le docteur COURAT, gastro-entérologue, nous vous remercions pour la qualité et la pertinence de vos arguments ainsi que pour votre disponibilité sans faille, qui ont grandement contribué au déroulement de ce travail. Soyez assuré de notre gratitude la plus totale. Appelé à exercer en terres de Gascogne, nous vous souhaitons de rencontrer la reconnaissance que votre dévouement et votre générosité méritent.

Nous tenons à remercier également les médecins gastro-entérologues qui ont bien voulu remplir les questionnaires au fur et à mesure qu'ils réalisaient les coloscopies ; cette tâche parfois ingrate à été d'une importance capitale :

- **madame le docteur LE SIDANER** praticien hospitalier, service de gastro-entérologie,
- **monsieur le docteur LAOKPESSI**, chef de clinique , service de gastro-entérologie,
- **messieurs les docteurs DUPUY, PARNEIX, TOURNIER, CROGUENNEC , MENAT, ADAM** , attachés au service de gastro-entérologie du C.H.U.

Merci à **monsieur le docteur P.M. PREUX** pour l'aide aux statistiques, écarts-type et autres khi 2. Vos conseils ont été précieux et nous ont évité bien des efforts ; nous vous prions de croire à notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

L'AUDIT : DEROULEMENT

RESULTATS

1/ Conditions générales

a/ profil des patients

b/ médecins prescripteurs

c/ les différents types d'hospitalisation

d/ les indications

e/ préparation et anesthésie

2/ Résultats des examens

a/ qualité de la préparation

b/ les différentes pathologies

c/ les gestes réalisés

d/ résultats d'anatomie pathologique

e/ complications

3/ Le patient vis à vis de l'examen

DISCUSSION

1/ les populations étudiées

2/ les pathologies mises en évidence

3/ les différentes indications de la coloscopie

4/ le type d'hospitalisation choisi

5/ la qualité de la préparation

6/ les résultats en fonction du médecin prescripteur

7/ le patient et son information

CONCLUSION

INTRODUCTION

Les cancers colo-rectaux sont en quatrième position dans le monde en ce qui concerne l'incidence globale des différents cancers.

La France est un pays à haut risque car ces cancers sont ici en premier plan et représentent quinze pour cent des tumeurs malignes avec trente mille nouveaux cas et quinze mille décès par an.

Le pronostic de ces cancers reste relativement sombre puisque le taux de survie à cinq ans est d'environ quarante pour cent .Or le cancer colo-rectal est avec les cancers du sein et du col utérin une pathologie dont on peut assurer la guérison, à condition que le diagnostic soit fait de façon précoce.

La coloscopie se place comme un examen de choix dans la recherche des lésions peu évoluées, voire pré-cancéreuses. En effet, elle permet l'exploration de la région colique , la réalisation des biopsies nécessaires pour les études histologiques ainsi que la résection des polypes potentiellement dangereux.

Etant donnée l'importance de cet examen dans le cadre de la prévention et du traitement de ces tumeurs ainsi que le grand nombre de prescriptions (plus de un million par an), il nous a semblé intéressant d'étudier les modalités de déroulement de cet examen dans le cadre de l'hôpital.

Pour ce faire nous avons procédé à un audit auprès de tous les patients qui ont eu une coloscopie au cours du mois de juin 1999 dans le service

d'hépato-gastro-entérologie du C.H.U. de Limoges.

Les principales interrogations étaient :

_ qui prescrit ?

_ quelles sont les indications ?

_ quels sont les résultats ?

_ quel est le vécu du patient vis à vis de l'examen et se sent-il bien informé des modalités et des risques éventuels ?

Dans un second temps ces résultats ont été comparés aux différentes études déjà publiées .Nous avons également essayé d'évaluer les indications de ces coloscopies en prenant comme référence les récentes recommandations de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

L'audit, déroulement :

Un questionnaire à été présenté à chaque patient ayant subi une coloscopie au cours du mois de juin 1999 . Les explications concernant cette étude leur étaient données au moment de l' examen clinique lors de l'admission dans le service . Etaient exclues de cette étude les coloscopies réalisées en urgence (coloexsufflations) ainsi que les patients mineurs.

Ce questionnaire comportait plusieurs parties remplies à des moments différents de l'examen. La partie concernant l'indication et les contre-indications éventuelles était remplie par le médecin réalisant la coloscopie. Il notait également la qualité de la préparation, le résultat de l'examen, les gestes éventuellement réalisés ainsi que les complications si elles avaient lieu. En ce qui concerne les indications elles étaient séparées en coloscopies totales de première intention , coloscopies totales de deuxième intention après une autre exploration morphologique et coloscopies totales de contrôle. Un avis à priori sur l'opportunité de l'examen était également donné par le médecin pratiquant l'endoscopie.

Le patient était systématiquement vu après l'examen , occasion mise à profit pour remplir la deuxième partie du questionnaire. Celle-ci précisait le médecin prescripteur (généraliste , gastro-entérologue, chirurgien

des différents services de chirurgie viscérale de l'hôpital, oncologue , autres...), le service d'hospitalisation ainsi que le type (hôpital de jour , hôpital de semaine, hospitalisation conventionnelle). Elle s'intéressait également aux modalités d'accès du patient à l'examen (avait-il vu un gastro-entérologue en consultation ?), à l'information donnée avant l'examen (le patient avait-il lu la fiche d'information éditée par la S.F.E.D ?), au passé médical (avait-il déjà bénéficié d'une coloscopie ?).

Enfin, un aspect plus technique sur le régime sans résidus (avait-il été suivi et si oui pendant combien de jours ?) et la préparation colique (quel produit avait été utilisé et quelle en avait été la tolérance ?).

La troisième partie remplie en même temps que la précédente , s'adressait tout particulièrement au patient, puisqu'elle lui demandait de porter un jugement sur les différentes modalités d'information, de préparation et de réalisation de la coloscopie. Les questions portaient sur le délai d'attente de l'examen ainsi que de la consultation d'anesthésie, sur la clarté des informations données par le corps médical, le confort de l'examen lui même, la qualité de l'accueil et enfin le confort des chambres.

Dans un second temps , et en accord avec les médecins ayant réalisé les coloscopies, nous avons comparé les compte-rendus définitifs et les

résultats d'anatomopathologie (lorsque des prélèvements avaient été réalisés) avec les questionnaires décrits précédemment. Ceci permettant de vérifier la justesse du premier recueil.

RESULTATS

1/ Conditions générales

a/ profil des patients

La durée de l'audit fut de un mois, en l'occurrence le mois de juin 1999.

Tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie au cours de cette période ont donc été intégrés à l'étude mis à part ceux qui étaient mineurs ainsi que ceux ayant subi un examen en urgence (coloexsufflations).

Au total cent deux patients ont été retenus.

Tout d'abord on peut constater une répartition relativement bien équilibrée entre les deux sexes puisque cinquante-deux étaient des femmes, cinquante étaient des hommes (respectivement cinquante et un et quarante-neuf pour cent des cas).

L'âge moyen était de cinquante-neuf ans et quatre mois pour des extrêmes allant de vingt-deux à quatre-vingt-cinq ans.

On constate également que parmi ces cent deux coloscopies, cinquante-deux étaient des examens de contrôle (soit cinquante et un pour cent).

b / médecins prescripteurs

En ce qui concerne la prescription on note une nette prépondérance des gastro-entérologues et des médecins généralistes qui représentent

respectivement trente-cinq pour cent et trente-deux pour cent des prescripteurs. Les trente-trois pour cent qui restent sont essentiellement des chirurgiens viscéraux et des médecins internistes (onze et douze pour cent respectivement). Ces résultats ne semblent pas étonnants car les médecins généralistes voient un grand nombre de patients consultant pour des troubles digestifs et de plus ils suivent au long cours des patients ayant des antécédents pathologiques du cadre colique.

De même les chirurgiens viscéraux suivant des patients ayant déjà eu recours à leurs soins sont donc enclins à prescrire des examens de contrôle. Naturellement les gastro-entérologues figurent en première place dans ces résultats de par leur spécialité.

c/ les différents types d'hospitalisation

Trois possibilités s'offraient aux patients en ce qui concerne l'hospitalisation.

Tout d'abord il y avait les patients qui étaient hospitalisés soit en gastro-entérologie soit dans un autre service du centre hospitalier c'est à dire en hospitalisation conventionnelle.

Ensuite les patients qui venaient réaliser leur examen dans le cadre d'une hospitalisation prévue . Pour ces derniers deux formules étaient possibles ;

l'hospitalisation de jour (le patient entre le matin et sort le soir à son domicile), ou bien l'hospitalisation de semaine avec au moins une nuit passée à l'hôpital.

En considérant l'ensemble des services hospitaliers concernés par cette étude, l' hospitalisation de jour représentait trente-neuf pour cent des cas (soit quarante patients), l'hospitalisation de semaine trente-deux pour cent des cas (soit trente-trois patients), enfin l'hospitalisation conventionnelle représentait vingt-neuf patients (soit un peu plus de vingt-huit pour cent du total) .

Il est à noter que soixante-seize pour cent des patients étaient hospitalisés en gastro-entérologie et que seuls deux patients en hospitalisation de jour l'étaient en dehors de ce service.

d/ les indications

Si l'on prend comme critères de classification les recommandations de la S.F.E.D. on peut diviser en deux groupes distincts les cent deux patients. Tout d'abord ceux qui bénéficiaient de cet examen pour la première fois puis ceux pour qui venaient pour un contrôle.

Parmi les patients du premier groupe certains venaient en première intention. Ils étaient quarante-sept dans ce cas et les indications se répartissaient comme suit :

-

- Les signes cliniques suggérant une pathologie organique représentaient
- dix-neuf motifs,
- les troubles fonctionnels apparus après l'âge de cinquante ans en
- représentaient neuf,
- les motifs de risque génétique étaient au nombre de onze dont deux de
- très haut risque ,
- enfin la découverte de sang occulte représentait quatre cas.

Outre ces différents motifs de coloscopie, sept patients avaient eu cet examen pour des indications en dehors des recommandations :

- un cas de syndrome inflammatoire non expliqué,
- un pour antécédent de néoplasie colique chez un ascendant direct âgé
- de plus de quatre-vingts ans,
- un bilan d'amaigrissement inexpliqué ,
- un bilan de maladie thromboembolique,
- un pour bilan de rectorragies alors qu'une pathologie hémorroïdaire
- était connue,
- enfin deux cas de colopathie ancienne.

Notons que le nombre de motifs est supérieur au nombre de patients car dans quelques cas un même patient pouvait avoir plusieurs motifs comme par exemple des signes cliniques évocateurs de pathologie organique et des

antécédents familiaux de néoplasie colique.

Les patients qui bénéficiaient de cet examen en deuxième intention étaient trois, deux après recto-sigmoïdoscopie et un après opacification radiologique.

e/ préparation et anesthésie

La préparation à la coloscopie consistait en un régime sans résidus préconisé pendant cinq jours consécutifs et précédent l'examen, associé à une purge du colon la veille au soir.

Dans la très grande majorité des cas le régime a été suivi à domicile puisque quatre-vingt-onze patients sur cent deux avaient opté pour cette solution (soit quatre-vingt-neuf pour cent des patients).

Ce régime a été suivi pendant en moyenne cinq jours, l'écart type étant de un virgule un jour et les extrêmes allant de zéro à huit jours. La durée préconisée a donc été très bien respectée par les patients.

En ce qui concerne le produit utilisé pour la purge colique, il s'agissait presque exclusivement de POLYETHYLENE GLYCOL (PEG 4000*). En effet, seuls deux patients avaient été préparés par FLEET PHOSPHO-SODA* ce qui était trop peu pour permettre une quelconque comparaison en termes d'efficacité ou de tolérance entre ces deux produits.

En ce qui concerne l' anesthésie la totalité sauf un des patients en avait bénéficié. Il est à noter que celle-ci a été refusée par une patiente et donc qu'il ne s'agissait pas d'une quelconque contre-indication.
Les produits utilisés étaient dans tous les cas le PROPOFOL au pousse seringue associé dans quelques cas à une injection de MIDAZOLAM .

2/ Résultats des examens

a/ qualité de la préparation :

La qualité de la préparation était jugée par l'endoscopiste au moment de la coloscopie. Parmi les cent deux patients seuls cinquante-huit étaient jugés bien préparés soit cinquante-sept pour cent d'entre eux.
Il existait dans trente-quatre cas une quantité importante de matières liquides ou de liquide de préparation qui gênait la progression, voire l'exploration du colon. Enfin dans dix cas des matières solides étaient trouvées dans le colon.
Il est à noter que la différence de préparation entre les patients ayant déjà subi une coloscopie et ceux qui en bénéficiaient pour la première fois n'est pas significative (le nombre des mauvaises préparations étant même légèrement supérieur dans le premier groupe bien que cette différence ne soit pas significative).

b/ résultats en termes de pathologies :

Les résultats ont été validés en accord avec les différents endoscopistes par une relecture des dossiers des patients, ce qui a permis de corriger quelques erreurs notamment concernant le nombre de patients porteurs d'une diverticulose (neuf d'entre eux avaient été oubliés). Après vérification les résultats étaient les suivants :

- l'exploration de l'ensemble du cadre colique a été possible dans quatre-vingt-douze pour cent des cas soit chez quatre-vingt-quatorze patients.
- Les causes d'échec ont été dans trois cas une sténose, dans trois autres cas la mauvaise qualité de la préparation et dans deux cas des causes techniques sans rapport avec le patient.
- Parmi toutes ces coloscopies quarante-huit pour cent d'entre elles étaient normales (quarante-neuf patients).
- Dans vingt-trois virgule cinq pour cent des cas un ou plusieurs polypes ont été trouvés (vingt-quatre patients).
- Les patients présentant une diverticulose étaient au nombre de dix-neuf (soit dix-huit virgule six pour cent du total).
- Cinq patients étaient porteurs d'une maladie inflammatoire chronique du colon (M.I.C.I.).
- Dans trois cas une tumeur a été mise en évidence .

- Enfin les autres pathologies représentaient dix virgule huit pour cent
-
- des cas (lipomatoses, angiodysplasies, etc....).

c/ les gestes réalisés

Sur l'ensemble des coloscopies, soixante-six patients ne subirent pas de geste particulier.

Treize d'entre eux ont eu une ou plusieurs biopsies, quatorze des polypectomies à la pince froide, onze ont bénéficié de polypectomies à l'anse diathermique, enfin une seule était venue pour une séance de plasma argon .

N.B./ quelques patients ont bénéficié de plusieurs de ces gestes ce qui explique que la somme de ces résultats soit très légèrement supérieure au nombre de patients inclus dans l'étude.

d/ les résultats d'anatomie pathologique

Lorsque des prélèvements ont été réalisés la lecture des comptes-rendus anatomo-pathologiques a permis de façon rétrospective de dénombrer les différentes pathologies.

On a ainsi mis en évidence :

- quatorze polypes adénomateux,
- huit polypes hyperplasiques,

- deux adénocarcinomes,
- deux cas de recto-colite hémorragique,
- six colites non spécifiques,
- une colite radique,
- enfin deux cas de lipomatose.

On note ici une discordance entre ces résultats et ceux du compte-rendu des coloscopies. Ceci vient du fait que certains patients qui avaient des pathologies déjà connues n'ont pas eu de nouvelles biopsies.

e/ complications

Sur l'ensemble des examens réalisés au cours de cette étude, un seul cas est à déplorer en tant qu'accident, il s'agit d'un patient ayant présenté un état de sepsis rapidement résolutif après biopsie d'une tumeur. Le résultat d'anatomie pathologique montra un abcès au sein de la tumeur.

Médecins prescripteurs :

	Nombre de patients	*Pourcentage*
Gastro-entérologues	35	34
Médecins généralistes	33	32
Médecins internistes	12	12
Chirurgiens viscéraux	11	11
Autres	11	11
total	102	100

Les gastro-entérologues et les médecins généralistes ressortent comme les principaux prescripteurs de coloscopies, puisqu'ils représentent environ deux tiers du total.

Tableau numéro 1

Indications

	% dans le groupe	*% par rapport à l'ensemble*
Troubles fonct. Apparus après 50 ans	19.1	8.8
Signes cliniques	40.4	18.6
Sang occulte	7.4	3.9
Risque génétique élevé	19.1	8.8
Risque génétique très élevé	3.7	2.0
Chirurgie colique	0.0	0.0
Autres	14.9	6.9
total	104.6	46.1

Première intention : 47 patients

Deuxième intention : 3 patients

	% dans le groupe	*% par rapport à l'ensemble*
Opacification radio	33.3	1
Recto-sigmoïdo-scopie	66.6	2
total	100	2.9

Ces tableaux montrent les principales indications chez les patients venus passer une coloscopie pour la première fois. La plupart bénéficiait de cet examen en première intention, trois d'entre eux avaient déjà eu un autre examen.

Tableau numéro 2

Indications suite

	% dans le groupe	*% par rapport à l'ensemble*
Modification des symptômes	44.2	22.5
adénome	28.8	14.7
Cancer	19.2	9.8
Risque génétique élevé	1.9	1.0
Risque génétique très élevé	1.9	1.0
Autre	3.8	1.9
total	100	51

Un peu plus de la moitié des patients était venue pour un contrôle.

Ces patients avaient donc déjà eu au moins une coloscopie au cours de leur histoire médicale.

On remarque que l'addition de toutes les indications est légèrement supérieure au nombre de patients (soit cent-cinq indications pour cent-deux patients) car quelques patients présentaient deux raisons différentes.

Tableau numéro 2'

Résultats :

Coloscopie normale	*48%*
Polypes	24%
Diverticules	19%
M.I.C.I.	5%
Tumeurs	3%
autres	11%

Ces résultats sont donnés après vérification des dossiers. Une erreur d'environ dix pour cent à été mise en évidence dans le recueil des résultats, surtout en ce qui concerne le nombre de diverticuloses (neuf d'entre-elles avaient été oubliées).

Tableau numéro 3.

3/ le patient vis-à-vis de l'examen :

Nous avons pensé que cette étude ne pouvait pas être totalement satisfaisante si on n'y associait pas les principaux intéressés que sont les patients. Il s'agissait alors d'évaluer le vécu de chacun vis-à-vis d'un examen pouvant être jugé comme agressif et d'avoir leur opinion quant à l'organisation dudit examen. Naturellement pour des raisons de pratique que le lecteur comprendra, nous avons dû limiter le champ d'investigations en posant quelques questions précises. (Que le lecteur se rassure, la verve de certains patients n'a pas été ignorée ; elle a bénéficié principalement au médecin qui menait l'enquête ainsi qu'au personnel soignant).

Les questions abordées s'intéressaient principalement à l'information que le patient avait reçue, à la tolérance de la préparation, au déroulement de l'examen, ainsi qu'à l'infrastructure d'accueil.

Pour quatre-vingt-deux pour cent des patients l'information était jugée claire ; compliquée dans onze pour cent des cas, et incompréhensible dans sept pour cent des cas.

En ce qui concerne la tolérance de la préparation il est à noter que personne ne l'a jugée bonne.

Quatre-vingt-six patients l'ont trouvée moyenne et les autres restant comme mauvaise.

Le confort de l'examen n'a jamais été jugé mauvais. Pour quatre-vingt-quinze patients le confort était bon, moyen pour sept d'entre eux

Enfin, quatre-vingt-treize pour cent des patients ont trouvé que l'accueil à l'hôpital était bon et soixante-dix-sept pour cent d'entre eux jugeaient que les chambre étaient confortables (ce chiffre ne tient pas compte du fait que le patient pouvait être en chambre seule ou à plusieurs lits ; il y a fort à parier que selon le cas le sentiment a pu être différent).

D / DISCUSSION

Une fois obtenus les résultats de cette étude réalisée au sein du C.H.U. de Limoges, il nous a semblé intéressant de les comparer à ceux de l'étude réalisée par la S.F.E.D. en 1998. Comme nous l'avons déjà vu cent deux patients ont été inclus dans cette étude sur une période de un mois. Ce nombre représente environ huit pour cent de l'ensemble des coloscopies réalisées au centre hospitalier en mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf (au total mille trois cent soixante treize coloscopies). On voit déjà une certaine différence de méthodologie entre les deux études. En effet l'étude de la société d'endoscopie incluait les patients de deux jours consécutifs pour un même endoscopiste. Nous verrons plus tard que ceci peut avoir une certaine influence du moins sur le recueil des données.

La discussion se fera sur plusieurs plans :

Dans un premier temps nous mettrons en parallèle les résultats des deux études en ce qui concerne le type de populations étudiées, les indications , les pathologies mises en évidence et nous essaierons de juger l'opportunité des indications par rapport aux récentes recommandations de l'Agence Nationale pour le Développement de

l'Evaluation médicale (ANDEM).

Puis nous nous intéresserons à l'influence du médecin prescripteur sur le type d'hospitalisation choisie, sur la qualité de la préparation, la « rentabilité de l'examen », l'information donnée au patient.

1/les populations étudiées :

_le tableau numéro 4 montre la répartition par tranche d'âge des deux populations étudiées dans le cadre des deux études.
Comme on peut le constater, l'âge moyen des deux groupes est relativement proche puisque il est de cinquante-neuf ans pour l'étude de Limoges et de cinquante-huit ans pour l'étude de la SFED.
Dans les deux cas la tranche d'âge la plus représentée concerne les patients entre cinquante et un et soixante-dix ans, soit cinquante pour cent des effectifs à Limoges contre quarante-sept pour cent pour la SFED. La deuxième tranche est celle des patients de plus de soixante-dix ans à Limoges (vingt-quatre pour cent), alors qu'elle n'est qu'en troisième position pour la SFED après la tranche des patients entre trente et un et cinquante ans (vingt-deux pour cent contre vingt-six pour cent).
Toutefois compte tenu du fait que ces résultats sont relativement

proches il n'y a pas de différence significative entre les deux populations. Remarquons que dans les deux cas la tranche d'âge des moins de trente ans arrive en dernière position avec six pour cent des cas à Limoges contre quatre pour cent pour l'étude de la SFED.
Il est à noter que les femmes sont plus représentées dans notre étude que dans celle de la SFED puisque elles représentent cinquante et un pour cent des patients contre quarante-quatre pour cent dans le deuxième cas.

L'ensemble de ces résultats nous laisse penser que la population que nous avons incluse dans l'étude est relativement proche de celle de la SFED, ce qui la rend représentative. Il faut aussi mettre en exergue le fait que la majorité des médecins endoscopistes qui ont réalisé les explorations dans notre service ont également participé à l'étude de la SFED. De là vient le fait que nous pensions que certains de nos résultats soient extrapolables à l'étude de la SFED.

2/ les pathologies mises en évidence et les gestes réalisés :

Dans ce domaine la comparaison peut se faire à la fois avec l'étude de la SFED et avec les résultats de l'étude de DEVULDER et coll. qui étudiait le temps consacré à l'enseignement de la coloscopie.

La réussite technique était relativement proche dans ces trois études puisque la coloscopie était totale dans quatre-vingt-douze pour cent des cas dans notre étude contre quatre-vingt-seize virgule sept pour cent pour la SFED et quatre vingt-douze pour cent des colons non réséqués pour Devulder.

Le résultat était normal dans cinquante-trois pour cent des cas dans notre étude contre vingt-trois pour cent dans le cas de la SFED. Après vérification des résultats le chiffre de notre étude tombe à quarante-huit pour cent ce qui est de toute façon très nettement supérieur au résultat de la SFED.

Le reste des résultats était par contre très proche dans les deux études. La principale différence concerne les cas de diverticules qui sont trouvés dans dix-huit virgule six pour cent des cas contre vingt-cinq pour cent des cas pour la SFED. Les cas de néoplasies représentaient deux virgule neuf pour cent des cas contre trois pour cent , les polypes étaient trouvés chez vingt-trois virgule cinq pour cent des patients contre vingt-six pour cent, les maladies inflammatoires étaient quatre virgule neuf pour cent contre quatre virgule quatre pour cent dans le cas de la SFED.

En ce qui concerne les gestes réalisés au cours de la coloscopie, on observe un taux de vingt et un virgule six pour cent après correction

rétrospective. Ce taux est respectivement de dix-neuf pour cent dans le cas de la SFED et de trente-cinq pour cent dans l'étude de DEVULDER. De la même façon, douze virgule sept pour cent des patients ont subi une ou plusieurs biopsies contre trente-deux virgule deux pour cent pour la SFED et cinquante-huit pour cent pour DEVULDER.

Profil des patients :

	Etude à Limoges	*Etude de la SFED*
Moins de 30 ans	6%	4%
Entre 31 et 50 ans	21%	26%
Entre 51 et 70 ans	50%	47%
Plus de 70 ans	24%	22%
Age moyen	59	58

Ce tableau montre que les deux populations étudiées par les deux études sont relativement proches. De plus nombre d'endoscopistes ayant travaillé pour l'étude réalisée à Limoges, avaient aussi participé à celle de la SFED. Ceci permet de penser que les résultats observés à Limoges sont représentatifs.

Tableau numéro 4

Résultats comparés :

	% étude de Limoges	*% étude SFED*
Polypes	23.5	26
Cancer	2.9	3
Diverticulose	18.6	25
MICI	4.9	4.4
autres	10.8	3.9

Les résultats des deux études sont relativement proches. On observe une différence essentielle en ce qui concerne le taux des diverticules.

Le tableau qui suit montre les causes d'échec dans les deux études, comparées au taux de réussite .

	Etude de Limoges	*Etude de la SFED*
Obstacle	2.9 %	0.6 %
Mauvaise préparation	2.9 %	0.9 %
Difficultés techniques	2.0 %	1.8 %
Taux de réussite	92 %	96.7 %

Tableaux numéros 5 et 5'

Comparaison première intention/ contrôle :

Le tableau ci-dessous montre que les différences de résultats dans les cas de contrôle par rapport aux examens de première intention ne sont pas significatives. Notons que les cas de tumeurs ont été mis en évidence exclusivement chez des patients qui venaient pour un contrôle.

	contrôle	*Première intention*
	En pourcentage	En pourcentage
normal	43.6	44.6
tumeur	5.5	0
polype	21.8	21.4
diverticules	12.7	21.4
MICI	9.1	0
autres	7.3	12.5

tableau numéro 6

3/ les différentes indications à la coloscopie :

la comparaison entre les deux études est difficile à établir du fait que dans l'étude de la SFED ces indications sont classées par symptômes sans qu'il soit précisé explicitement s'il s'agit d'examens de première intention ou de contrôles.

Ce que l'on peut dire, c'est que dans le cas de l'étude réalisée à Limoges les prescriptions d'examens de contrôle représentaient un peu plus de cinquante et un pour cent du total. Ce type d'examen n'est pas prescrit de façon significativement plus importante par les gastro-entérologues que par l'ensemble des autres médecins ; les taux sont respectivement de cinquante-quatre pour cent pour les gastro-entérologues et de quarante-neuf pour cent pour les autres médecins.

Il est important de noter qu'en ce qui concerne les médecins généralistes, ils ne prescrivirent que trente-six virgule quatre pour cent de coloscopies de contrôle ce qui les place comme principaux prescripteurs d'examens de première intention.

Nous avons remarqué quelques cas de prescriptions qui ne correspondent pas aux recommandations de l'ANDEM. En général il s'agissait de non respect des délais entre deux examens ou des

tranches d'âge (deux cas), de colopathies anciennes, connues et traitées sans modification récente de la symptomatologie (trois cas), de contrôle de polypes hyperplasiques (un cas). Trois cas supplémentaires étaient des examens qui entraient dans le cadre de bilans d'amaigrissement, de syndrome inflammatoire, de maladie thromboembolique.

Au total il s'agit donc de neuf patients sur cent deux (huit virgule huit pour cent des cas), ce qui est relativement modeste. Sur l'ensemble de ces neuf cas, un seul était prescrit par un gastro-entérologue. Six de ces examens ont été prescrits par des médecins internistes.

Naturellement il ne s'agit pas ici de mettre en doute le bien fondé de la plupart de ces examens. Il faudrait reprendre cas par cas chaque dossier pour se faire une opinion plus précise. De plus, les recommandations de l' ANDEM tiennent compte de critères essentiellement médicaux ou chirurgicaux qui peut être ne sont pas exhaustifs. De même elles ne tiennent pas compte de certains facteurs extra-médicaux tels que l'anxiété de certains patients cancérophobes qui sont donc demandeurs de ce type d'examens. Le rôle du médecin prescripteur est relativement difficile dans ces cas là.

4/ le type d'hospitalisation choisi :

Plusieurs possibilités d'hospitalisation s'offraient aux patients, à savoir l'hospitalisation de semaine, de jour ou bien encore l'hospitalisation conventionnelle.
Globalement l'hospitalisation de jour a été choisie dans trente-neuf pour cent des cas. Ce taux varie néanmoins en fonction du médecin prescripteur ; en effet si les gastro-entérologues et les médecins généralistes l'ont utilisée dans respectivement quarante huit virgule six pour cent et quarante-cinq virgule cinq pour cent des cas, les autres médecins prescripteurs n'avaient opté pour cette solution que chez vingt-six virgule cinq pour cent de leurs patients.

Concernant les patients qui se trouvaient hospitalisés pour la journée, on remarque qu'ils sont en moyenne plus jeunes que les autres de façon significative. En effet l'âge moyen était de cinquante-trois virgule six ans (plus ou moins quatorze virgule cinq ans) versus soixante et un virgule deux ans (plus ou moins quatorze virgule six ans). Ce résultat était attendu car cette forme d'hospitalisation nécessite une certaine autonomie du patient en ce qui concerne la préparation à la coloscopie. Elle suppose également que le patient ne soit pas seul chez lui après l'anesthésie générale.

Si on prend en considération le fait que le patient venait pour une coloscopie de contrôle ou non , on ne trouve pas de différence significative en ce qui concerne le choix de ce type d'hospitalisation.

Nous avons vu plus haut que le service le plus utilisé était celui d'hépato-gastro-entérologie (soixante-seize pour cent des cas). Dans ce cas précis la quasi totalité des coloscopies a été réalisée en hospitalisation de jour ou de semaine (le patient passait alors une nuit dans le service et y faisait sa préparation colique), seuls deux cas correspondaient à des hospitalisations conventionnelles. Ce résultat s'explique par le fait que deux tiers des coloscopies étaient prescrites par des gastro-entérologues et des médecins généralistes qui hospitalisent de façon très majoritaire dans ce service.

5/ la qualité de la préparation :

Nous avons déjà vu que les colons étaient jugés propres dans seulement cinquante-sept pour cent des cas.

La qualité de la préparation n'était pas corrélée de façon significative à la durée du régime sans résidus ni à la tolérance de la purge. Le fait que la durée conseillée de cinq jours pour le régime sans résidus ait été bien suivie par les patients peut expliquer ce résultat. De même comme nous l'avons vu les réponses concernant la tolérance de la purge ont été relativement homogènes.

Il ressort de cette étude que le fait de voir en consultation un gastro-entérologue avant l'examen était un facteur de meilleure préparation. En effet la présence de matières solides dans le colon est plus importante de façon significative chez les patients qui n'ont pas consulté auprès d'un gastro-entérologue soit seize virgule quatre pour cent des cas contre deux virgule un pour cent.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les patients ayant déjà eu une coloscopie n'étaient pas mieux préparés que les autres. Le taux de mauvaise préparation était même légèrement supérieur dans ce groupe, bien que la différence ne fût pas significative.

6/ les résultats en fonction du médecin prescripteur :

Ainsi que nous l'avons déjà entrevu dans le chapitre précédent, des différences de résultat sont perceptibles selon que le médecin prescripteur est gastro-entérologue ou non. Le tableau numéro 7 montre ce que l'on pourrait qualifier de « rentabilité » du gastro-entérologue. L' on remarque que seuls trente-quatre virgule trois pour cent des coloscopies prescrites par eux étaient normales contre cinquante-cinq virgule deux pour cent pour les autres prescripteurs. De même, le pourcentage de cas de polypes atteint trente et un virgule quatre pour cent contre dix-neuf virgule quatre pour les médecins non gastro-entérologues.

Dans le cas des tumeurs malignes les taux sont de cinq virgule sept versus un virgule cinq ; toutefois le nombre peu élevé de tumeurs mises en évidence (trois cas sur cent-deux coloscopies) doit tempérer ces résultats.

En ce qui concerne les maladies inflammatoires du colon, leur symptomatologie polymorphe et parfois déroutante, incite souvent à la demande d'un avis auprès du spécialiste ce qui peut expliquer le fait que tous les cas de découverte ou de suivi de notre étude aient été en rapport avec des examens prescrits par des gastro-entérologues.

Enfin le pourcentage de diverticulose est relativement proche dans les deux cas soit dix-sept virgule un versus dix-neuf virgule quatre pour cent des cas.

7/ le patient et son information :

Nous l'avons déjà vu plus haut dans l'exposé , les explications concernant l'examen étaient données à différents moments et par différents moyens. La première explication pouvait avoir lieu au moment de la consultation et de la prescription de l'examen ; en second lieu la fiche d'information éditée par la SFED était donnée à chaque patient pour qu'il en prenne connaissance. Enfin les patients hospitalisés en gastro-entérologie avaient la possibilité de se faire expliquer les points qui leur paraissaient peu clairs au moment de la visite du médecin qui précédait l'examen. Ce moment était pour certains patients très important car la mauvaise maîtrise du Français voire l'illettrisme étaient un obstacle à la lecture de la fiche. Cela dit ces cas étaient très rares puisque seuls trois patients étaient dans cette situation.

Soixante-dix virgule cinq pour cent des patients avaient lu la fiche de la SFED. Ce taux peut paraître important, mais il est étonnant que près

de trente pour cent des patients ne jugent pas nécessaire la lecture d'un document qui leur explique en détail les différentes modalités de la prescription et de la réalisation d'un examen qui peut être vécu comme angoissant. Est-ce par ce que les explications orales semblent suffisantes à ces patients ? ou bien des explications trop détaillées sont-elles mêmes sources d'angoisse pour certains patients ? il est difficile de répondre à ces questions dans le cadre de cette étude .

Toutefois un élément est important pour apporter une lumière. En effet ce taux global cache en réalité une différence significative si l'on considère séparément les patients vus par un gastro-entérologue et les autres. Dans le premier cas la fiche avait été lue par quatre-vingt-sept virgule deux pour cent des patients contre cinquante-six virgule quatre pour cent dans le second cas. La parole du spécialiste semble donc être plus persuasive que celle de ses confrères sur le comportement de ses patients.

Si l'on compare les patients qui avaient lu la fiche d'information et ceux qui ne l'avaient pas lue , on est étonné par le fait qu'ils ne se sentent pas mieux informés pour autant. Quatre-vingt-trois virgule trois pour cent se sentent bien informés dans le premier cas. Ils sont quatre-vingt pour cent dans le second.

De même les patients vus en consultation par un gastro-entérologue ne se sentent pas mieux informés que les autres alors même qu'ils ont pris la peine de lire la fiche explicative (mais ceci n'est pas un critère de bonne compréhension d'après ce que nous venons de voir). Les taux de satisfaction sont respectivement de quatre-vingt-deux virgule neuf et quatre-vingt-deux virgule un pour cent des cas.
Enfin les patients qui venaient pour une coloscopie de contrôle (donc c'était au moins leur deuxième examen), ne se sentaient pas mieux informés que ceux qui venaient pour la première fois.

Nous mesurons là non seulement les difficultés de communication qui peuvent exister entre les patients et les médecins prescripteurs de ce type d'examens, mais aussi la limite des moyens existants pour l'information du patient ainsi que pour l'évaluation de son degré de compréhension.

La « rentabilité » du gastro-entérologue :

	Prescrit par gastro.	*Prescrit par un autre médecin*
	pourcentage	pourcentage
Normal	34.3	55.2
Tumeur	5.7	1.5
Polype	31.4	19.4
Diverticules	17.1	19.4
MICI	14.3	0
autres	11.4	10.4

En moyenne le gastro-entérologue obtient moins de résultats normaux, et ce de façon significative.

C'est ce que l'on pourrait appeler sa « rentabilité ».

Tableau numéro 7

L'information des patients :

	Vu par un gastro.	*Non vu par un gastro.*	*Moyenne totale*
Lecture de la fiche SFED	87.2%	56.4%	70.5%
Satisfaction de l'information	87.2%	78.2%	82.3%

Nous voyons dans le tableau précédent que soixante-dix virgule cinq pour cent des patients ont lu la fiche d'information. Ils sont plus nombreux à l'avoir lue lorsqu'ils avaient été vus par un gastro-entérologue. Toutefois ils ne se sentent pas mieux informés pour autant dans ce cas là. Le taux de satisfaction global est tout de même élevé.

Tableau numéro 8

CONCLUSION :

La coloscopie est un examen très pratiqué chaque année en France. La prévalence du cancer du colon dans un pays à risque relativement élevé en fait une exploration de choix dans le diagnostic précoce, le suivi, voire le traitement de certaines de ces tumeurs. Outre le cancer colique d'autres pathologies sont mises en évidence par cet examen. Il nous est apparu que malgré le nombre élevé de ces actes (plus d'un million d'examens chaque année) peu d'études avaient mis en valeurs les différentes modalités de déroulement ainsi que la place du patient.

Alors même que la plupart de ces examens est réalisée dans le secteur privé, il nous a semblé intéressant d'essayer de donner le profil de cette activité au sein du centre hospitalier de Limoges.
Tout d'abord la population sélectionnée (l'ensemble des patients ayant eu une coloscopie au cours du mois de juin 1999) est suffisamment proche de celle de l'étude de la SFED pour que les résultats puissent être considérés comme représentatifs.

Elle montre la place prépondérante du gastro-entérologue et du médecin généraliste dans la prescription de cet examen.
L'utilité de la consultation auprès d'un gastro-entérologue est mise en valeur par le fait d'une meilleure « rentabilité » de l'examen qui passe

aussi par une meilleure préparation des patients.

En ce qui concerne les indications, l'étude met en valeur le bon respect des recommandations de l'ANDEM et de la SFED.

Les patients quant à eux se sentent plutôt bien informés par le corps médical. Toutefois une partie d'entre eux ne lit pas les documents qui sont remis à titre d'information ; un travail de persuasion semble donc nécessaire de ce côté là. De plus l'accent est mis sur le fait que l'information écrite ne suffit pas et que l'entretien avec le médecin prescripteur reste primordial.

Enfin il apparaît que dans ce type d'études, qui demande une constance de concentration sur le moyen terme (un mois) en ce qui concerne le recueil des données, des erreurs tendent à s'immiscer. Ce taux d'erreur a été évalué à environ dix pour cent et concernait essentiellement le nombre de cas de diverticulose.

Nous avons donc tracé un premier profil de ce qu'est l'activité coloscopique dans le service de gastro-entérologie du centre hospitalier de Limoges. Ceci nous permet de connaître un peu mieux les différents médecins prescripteurs, les principales indications d'examens, les résultats de ces examens.

De même nous connaissons mieux les patients qui en bénéficient. Nous savons qu'ils se sentent plutôt bien accueillis et en moyenne sont confiants.

Naturellement cette étude n'est pas exhaustive et d'autres travaux seront nécessaires pour mettre en évidence les différents aspects de l'activité coloscopique. Nous espérons qu'elle puisse être un point de départ pour une approche sans cesse améliorée tant de l'aspect technique que du côté humain.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

Endoscopies digestives basses. Recommandations et références médicales.

Gastroentérol Clin Biol 1996 ; 20 : 881-96.

- CANARD JM, CARAYON P, ESCOURROU J, GAY G, GREFF M, GRIMAUD JC et al.

La coloscopie en France en 1998: résultat d'une enquête prospective nationale de la société française d'endoscopie digestive (SFED).

Gastroentérol Clin Biol 1999 ; 23 : 319-22.

- DEVULDER F, GALLET P, ZEITOUN P.

Temps consacré à l'enseignement de la coloscopie. Etude prospective de 362 examens consécutifs.

Gastroentérol Clin Biol 1999 ; 23 : 319-22.

- RAYMOND JM, MICHEL P, CAPDENAT E, BEYSSAC R, COUZIGOU P et al .

Conditions de réalisation de l'endoscopie digestive haute en ambulatoire. Résultats d'une enquête nationale.

Gastroentérol Clin Biol 1996 ; 20 : 564-9.

- RAYMOND JM, MICHEL P, BEYSSAC R, CAPDENAT E, COUZIGOU P et al.

- Opinion des patients après la réalisation d'une endoscopie digestive haute en ambulatoire. Résultats d'une enquête nationale.

- Gastroentérol Clin Biol 1996 ; 20 : 570-74.

- COURAT L, RAMOS A, CESSOT F, LAOKPESSI A, DESPORT JC, LE SIDANER A, BARRIERE E, SAUTEREAU D, PILLEGAND B.

Résultats d'un audit sur la pratique des coloscopies en centre hospitalier : médecin prescripteur, type d'hospitalisation, indication et résultats.

Acta endosc 1999 ; vol 29 ; supp 2 ; n° 3 : 435

- RAMOS A, COURAT L, CESSOT F, LAOKPESSI A, PICHON N, DESPORT JC, LE SIDANER A, SAUTEREAU D, PILLEGAND B.

Résultats d'un audit sur la pratique des coloscopies en centre hospitalier : le patient, son information, sa préparation et son vécu.

Acta endosc 1999 ; vol 29 ; supp 2 ; n°3 : 436.

-

TABLE DES MATIERES

Liste des enseignants de la faculté .....4 , 5

Dédicaces..... 6 à 9

Plan de la thèse ....10 , 11

Introduction..... 12 , 13

Audit ; déroulement.....14 à 16

Résultats.....17 à 31

Discussion.....32 à 50

Conclusion.....51 à 53

Références bibliographiques.....54 à 56

Serment d'HIPPOCRATE.....58

Illustrations :

Médecins prescripteurs.....26

Indications.....27 , 28

Résultats.....29

Profil des patients.....37

Résultats comparés.....38

Comparaison première intention/ contrôle.....39

La rentabilité du gastro-entérologue.....49

L'information du patient.....50

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 110

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RAMOS DOS REIS Anivel ; la coloscopie à l'hôpital, déroulement, résultats, information et vécu du patient ; 60 p ; thèse de médecine ; Limoges année 2000.

RESUME

La coloscopie est un examen essentiel pour l'exploration du cadre colique.

Etant donné qu'il s'agit d'un examen très prescrit en France (plus de un million par an), nous avons étudié les modalités de prescription, le déroulement, les résultats en termes de pathologies rencontrées, mais aussi le vécu des patients, leurs sentiments vis à vis de l'examen et de l'information qu'ils avaient reçu.

Un audit a donc été réalisé prenant en compte la totalité des patients du mois de juin 1999, soit cent deux au total (à titre de comparaison mille trois cent soixante treize examens ont été réalisés au CHU de Limoges en 1999).

Les gastro-entérologues et les médecins généralistes ressortent comme les principaux prescripteurs. Il existe une meilleure « rentabilité » dans le cas où la coloscopie est prescrite par un gastro-entérologue.

Les patients se sentent bien informés dans plus de 80% des cas et vivent plutôt bien leur séjour à l'hôpital.

L'ensemble de ces résultats a été dans un second temps comparé à ceux d'études déjà publiées (SFED 1998, DEVULDER 1999...) ; les populations étudiées sont suffisamment proches pour que nos résultats soient représentatifs.

Cet audit a permis une approche de l'activité coloscopique dans le cadre de l'hôpital; nous connaissons mieux les patients, leurs sentiments, leurs attentes.

MOTS-CLES

Audit , Coloscopie , Gastro-entérologie , Information.

JURY

Président : Monsieur le professeur PILLEGAND
Juges :Messieurs les professeurs GAINANT , SAUTEREAU, VALLEIX
Directeur : Monsieur le docteur CESSOT
Membre invité : Monsieur le docteur COURAT