



Principales méthodes d'exploration du côlon (gros intestin)

[Quelle différence entre rectoscopie, recto-sigmoïdoscopie et coloscopie ?](#)

[Une endoscopie comporte t-elle un risque ?](#)

[Qu'est ce qu'un lavement baryté ?](#)

[Quelle exploration faut-il choisir ?](#)

[Est-il possible de mesurer le temps du transit colique ?](#)

[Pourquoi rechercher dans les selles un saignement invisible ?](#)

4.1.1. Quelle différence entre rectoscopie, recto-sigmoïdoscopie et coloscopie ?

Les examens endoscopiques sont les suivants, par ordre de complexité :

- la rectoscopie au tube rigide n'exige aucune préparation ou seulement l'évacuation rectale par lavement ou microlavement ; elle explore le rectum et peut atteindre le bas sigmoïde (*voir 5.4.*) (**figure 1**) ;
- la rectosigmoïdoscopie au tube souple (appelée aussi coloscopie gauche, ou coloscopie courte) se fait après un ou deux lavements évacuateurs et explore le rectum et une partie du sigmoïde. Elle est interrompue lorsqu'elle est gênée par des matières ou lorsqu'elle provoque des douleurs abdominales ;
- l'iléocoloscopie totale se fait sous anesthésie générale, diazanalgésie ou sédation simple. Elle doit être précédée par un lavage colique complet par 3 à 4 litres d'une solution hydroélectrolytique contenant du PEG 4000 ou du phosphate de sodium. Elle explore tout le côlon et la ou les dernières anses grêles (**figure 2>3>4**).

4.1.2. Une endoscopie comporte t-elle un risque ?

Alors que la rectoscopie et la rectosigmoïdoscopie sont des examens anodins, la coloscopie totale fait courir le risque de perforation colique dont la fréquence estimée est d'environ 1 sur 1 000 examens. Le risque de perforation est accru en cas de polypectomie. Le risque lié à l'anesthésie générale doit être évalué en fonction du contexte clinique.

Une perforation nécessite une intervention chirurgicale d'urgence pour fermer la brèche colique et laver le péritoine. Le diagnostic de la perforation après polypectomie est parfois retardé, nécessitant alors la réalisation d'une colostomie temporaire. Le patient doit être informé des risques de la coloscopie et de l'anesthésie générale. Le risque infectieux bactérien et viral est nul grâce au respect d'une réglementation stricte de désinfection. Le risque de transmission de prions fait rechercher systématiquement par l'interrogatoire et l'examen les facteurs de risque et les signes d'une telle pathologie avant l'examen (**figure 5**).

4.1.3. Qu'est ce qu'un lavement baryté ?

Le lavement baryté se fait sans sédation, après une préparation colique la meilleure possible. Il peut être fait par la méthode dite "standard" en remplissant le côlon de baryte, ou en double contraste en injectant de la baryte puis de l'air pour déposer la baryte en une couche fine sur la paroi colique.

Le lavement baryté en double contraste a l'avantage de détecter des lésions vues de face et d'éviter l'inconvénient des superpositions de segments coliques. La baryte ne doit pas être utilisée en cas de risque ou de suspicion de perforation mais doit alors être remplacée par un produit hydrosoluble comme la gastrograffine.

La scanographie couplée à une opacification colique permet l'étude de la paroi colique et se trouve particulièrement indiquée en cas de suspicion de sigmoïdite diverticulaire.

4.1.4. Quelle exploration faut-il choisir ?

La recherche d'une tumeur ou d'une lésion muqueuse se fait au mieux par endoscopie, éventuellement par lavement en double contraste. L'endoscopie a l'avantage de permettre des biopsies et l'ablation des polypes rencontrés. En revanche, la coloscopie totale est plus invasive que le lavement baryté.

La recherche d'une compression extrinsèque ou d'une sténose se fait de préférence par lavement de baryte ou d'un produit radio-opaque hydrosoluble, mais aussi par une scanographie couplée à une opacification colique qui montre la cause de la compression et l'aspect de la paroi du colon.

Il convient de choisir la méthode la mieux adaptée en tenant compte du terrain et des renseignements attendus de l'examen morphologique.

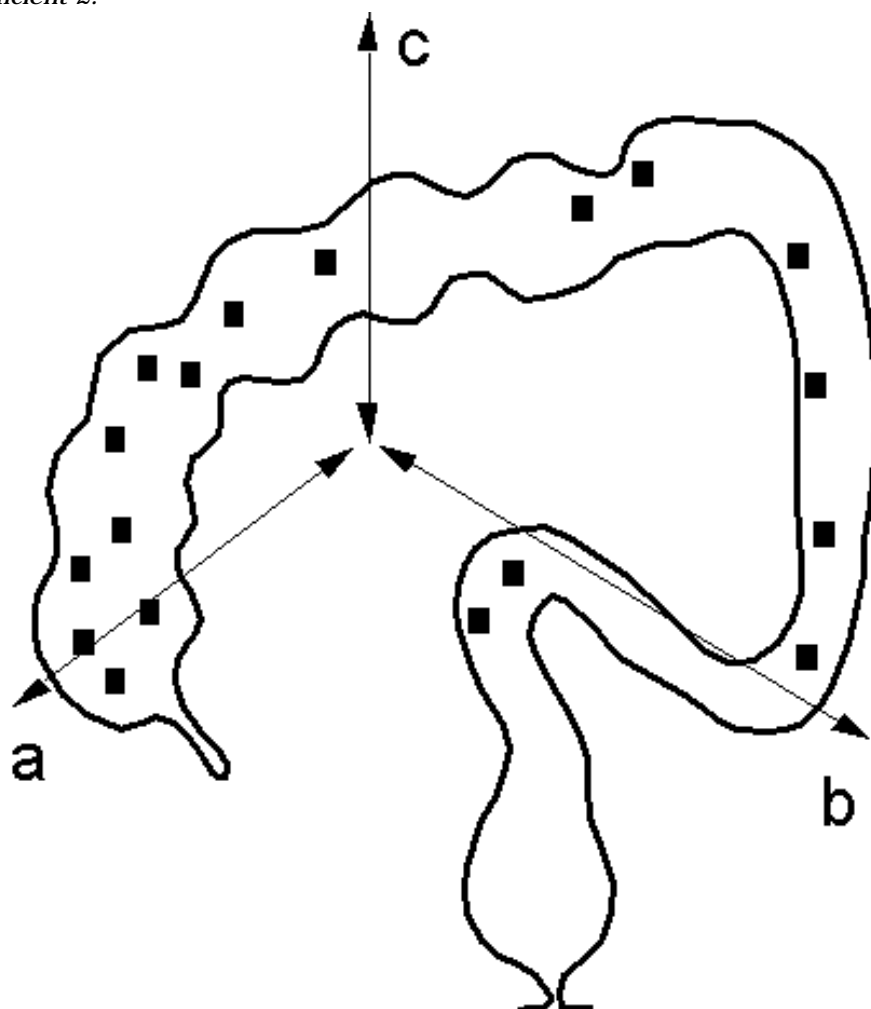
4.1.5. Est-il possible de mesurer le temps du transit colique ?

Le transit oro-anal du carmin indique principalement le temps de transit colique. Il est de 24 heures environ. S'il est inférieur à 8 heures, il indique un transit colique accéléré (diarrhée motrice ; voir plus loin).

Les marqueurs radio-opaques, ingérés par voie orale et identifiés par une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP), permettent de mesurer un transit colique trop lent masqué par le délitement terminal des matières créant une fausse diarrhée.

Schéma de mesure du temps de transit colique

Le sujet ingère quotidiennement 10 marqueurs radio-opaques cubiques (3 mm de côté) pendant 6 jours. Au 7^e jour une radiographie d'abdomen sans préparation est réalisée. Les marqueurs sont comptabilisés sur l'ensemble du cadre colique et dans chacun des 3 segments (côlon droit, gauche et recto-sigmoïde) définis par les lignes joignant les épineuses à la jonction L5-S1 (a et b) et par la ligne médiane au-dessus de L5-S1 (c). Le temps de transit colique total ou segmentaire en heures, est égal au nombre de marqueurs total ou de chaque segment, multiplié par le coefficient 2.



4.1.6. Pourquoi rechercher dans les selles un saignement invisible (figure 6) ?

Elle répond au seul objectif d'un dépistage de masse, dans le but de sélectionner des sujets asymptomatiques pouvant faire l'objet d'une recherche par coloscopie de tumeurs colo-rectales. Elle se pratique par le recueil de selles à mettre au contact d'un papier imprégné d'un réactif détectant l'hémoglobine. Cette investigation, de trop faible sensibilité, n'est pas adaptée à des patients ayant des symptômes coliques ou rectaux qui relèvent d'investigations plus performantes.