27èmes Journées de Formation Continue

JFHOD 2009

19-22 mars 2009

Palais des congrès PARIS

Docteur Christian BOUSTIERE

Y-a-t-il de bonnes alternatives à la coloscopie en 2009 ?

- Connaître les performances du coloscanner
- Connaître les performances préliminaires de la vidéo-capsule

Conflits d'intérêts

- Aucun

Les Alternatives à la coloscopie

- Lavement baryté
- Colo-scanner à l'eau (grosses lésions)
- Colo-IRM , TEP-scan …

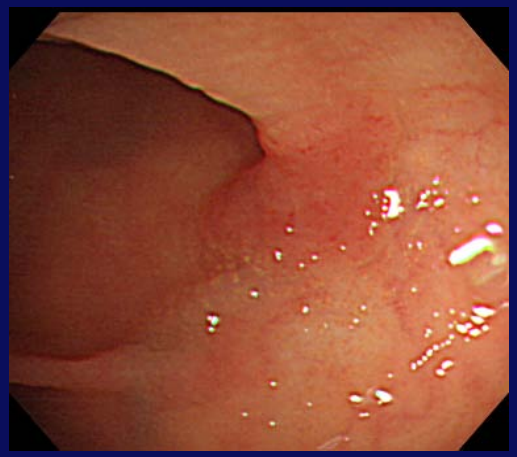
- Coloscopie virtuelle : colographie à l'air avec reconstruction logicielle 3D .
- Vidéo-capsule colique

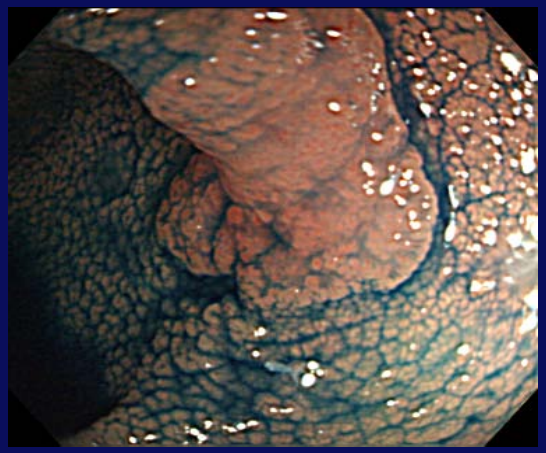
Y a t-il de « bonnes » Alternatives à la coloscopie ?

NON

- Parce que seule la coloscopie permet :
  - Diagnostic des polypes / taille
  - Détection et analyse des lésions planes
  - Possibilité de faire des prélèvements
  - Exérèse des polypes et analyse histo
- Tout en un seul temps !

La Coloscopie reste l’examen de référence





Y a t-il de « bonnes » Alternatives à la coloscopie ?

OUI

- Parce que la coloscopie est :
  - Examen coûteux (hospit, anesthésie)
  - Examen risqué (perforation)
  - Examen redouté par les patients
  - Examen souvent normal …
  - Inutile d’enlever tous les polypes ?

Coloscopie : les chiffres clés (1)
Enquête SFED 2008

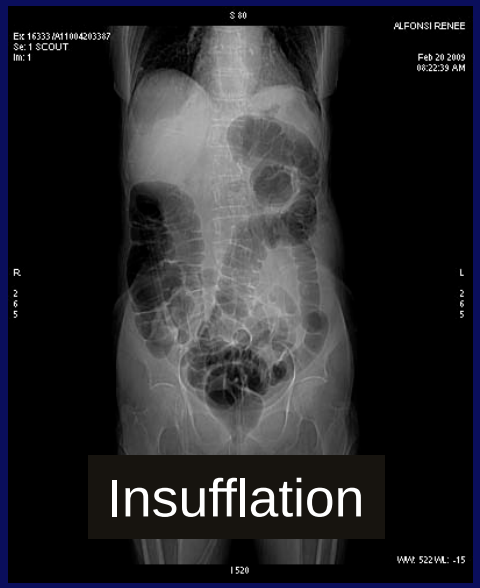
- 1,150 000 colo : - 2,4 % / 2006
  - 1039 répondants
  - 3880 coloscopies chez 6250 patients
- 85% sont réalisées sous anesthésie
- Examen totalité du colon > 93 %
- Préparation « insuffisante » : 30 %
- Examen anormal dans 61 % des cas.

Coloscopie : les chiffres clés (2)
Enquête SFED 2008

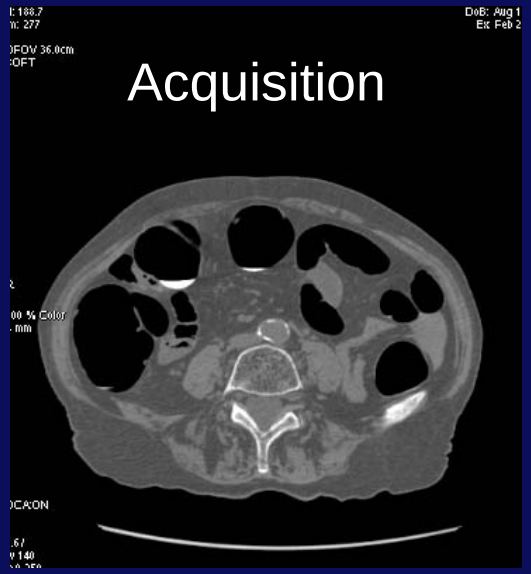
- 1,150 000 coloscopies
- 320 000 Colo + Polypectomies : 28 %
  - Polypes > 1 cm = 11 % et < 6 mm = 45 %
- 43 000 Cancers diagnostiqués : 3,7%
  - 12 % des cas ont moins de 50 ans
- Aucun cas de perforation rapporté ! (0,1 à 0,3 /1000)

Coloscopie virtuelle : la technique

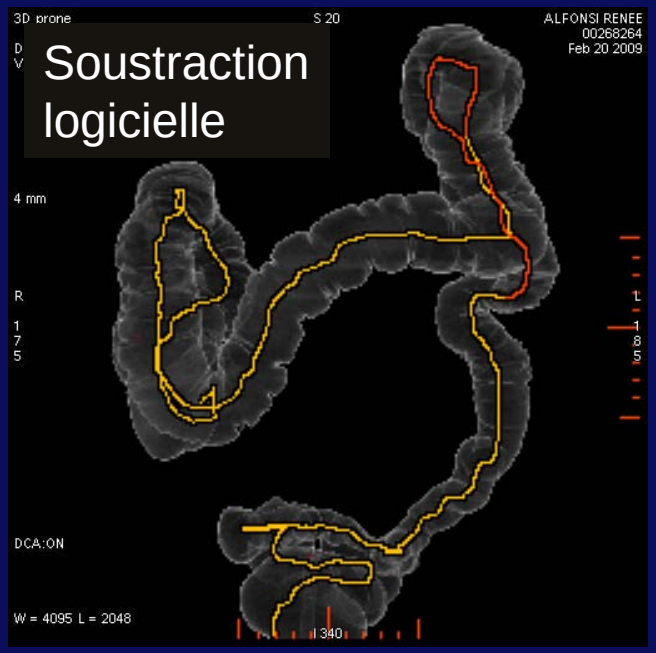
- Préparation complète + marquage des selles
- Insufflation colique : pression contrôlée CO^2
- Scanner multi-barrettes (16 ou +)
- Logiciel spécifique (Viatronix ©)
- Lecture - Interprétation = 20 à 40 mn
- Double acquisition (sans injection iode)



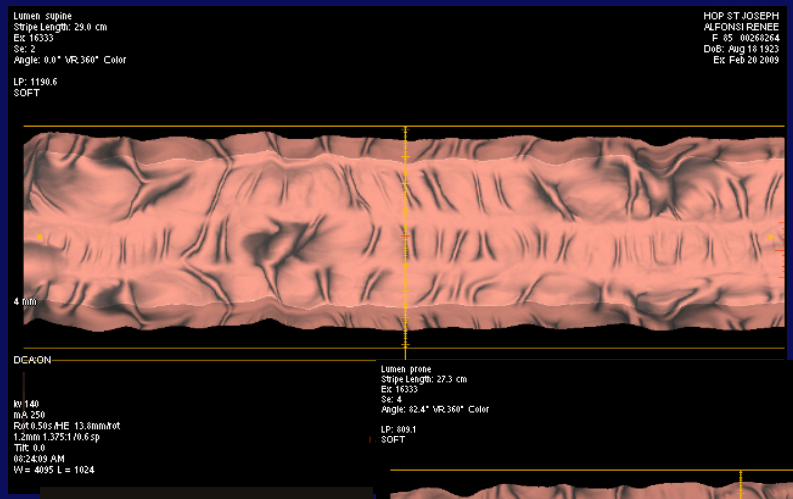
Insufflation

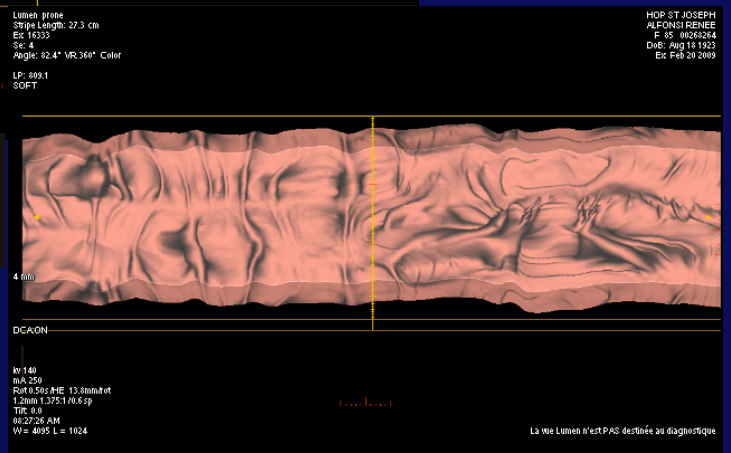


Acquisition



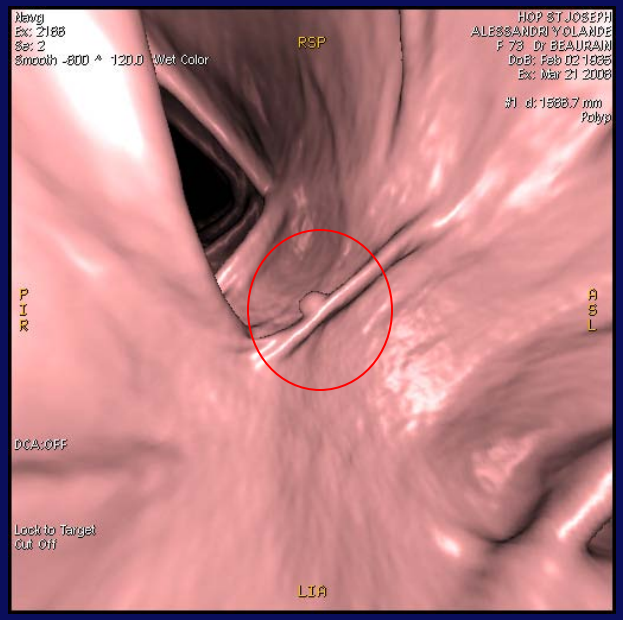
Soustraction logicielle





Analyse 2D « dissection »

Navigation 3D



Coloscopie Virtuelle : résultats

- Le CS a démontré sa capacité à détecter les polypes >1 cm avec des résultats équivalents à la CO
- La sensibilité et la VPN est fonction de la taille des polypes détectés :
  - < 5 mm = 30 à 60 %
  - 6 à 9 mm = 65 à 85 %
  - > 10 mm = 85 à 95 %
- La Spécificité globale est meilleure = 90 %

Pickhardt NEJM 2003, 349 ; 2191-2200
Kim NEJM 2007; 357 : 1403-12
Johnson - ACRIN. NEJM 2008 ; 359 : 1207-17

Coloscopie virtuelle : de multiples interrogations

- Disponibilité médecin - scanner et formation
- Absence de cotation CCAM
- Evaluer l'impact sur l'adhésion au dépistage
- Déterminer le rapport coût-efficacité / tests dépistage
- Quels intervalles de surveillance post-CV ?
- Définir un seuil approprié pour réaliser une coloscopie
- Découverte fortuite des incidentalomes extra-coliques
- Les risques de l'irradiation ..

Rockey Gastroenterology 2007 :133;1005-1024
Dominitz Gastroenterology 2009 à paraître

Une classification radiologique inacceptable : C0 à C4

- C0 : examen de mauvaise qualité ou ininterprétable
- C1 : examen normal ou polype < 6mm : Rien
- C2 : polype de 6 - 9 mm (< 3) : surveillance 3 ans (coloscopie ?)
- C3 : polype > 10 mm = coloscopie + polypectomie
- C4 : tumeur ou masse colique = coloscopie ou chirurgie

Kim NEJM 2007; 357 : 1403-12

Coloscopie virtuelle : Quelles indications en 2009 ?

Lettre de cadrage SFED-SNFGE-SFR-INCa Avril 2008

- Les contre-indications à la coloscopie
- Les patients à risque temporaire : anticoagulation, stents récents (double AAP)
- Les échecs de la coloscopie : obstacle ou technique
- Et avec beaucoup de précautions le refus de l'examen

Coloscopie virtuelle et dépistage du CCR

En France ,
La coloscopie virtuelle n'a donc actuellement aucune place dans le dépistage du CCR

Et USA ?

« In light of the most recent NCCT results, the US Preventive Services task force did not endorse this technology for routine CCR sreening »
Ann Intern Med 2008; 149:627-637

Décision du Medicare - Mediaids , rapport évaluation CTC 2008 :
« the evidence is inadequate to conclude that CTC is an appropriate CCR screening test … CTC for CCR screening remains noncovered »

VideoCapsule Colon : VCC

- La VCC mesure 32 mm (grêle 27mm)
- Double capteur = 4 images /sec
- Réserve énergie = 10 h
- Mise en veille 10 mn après son ingestion, descente grêle « éteinte » (2h)
- Mise à jour station travail et logiciel
- Temps de lecture moyen = 30 à 60 mn

VCC : résultats préliminaires

- 2 études préliminaires = 120 patients avec Colo le même jour et lecture en aveugle.
- Résultats prometteurs, et encore meilleurs pour lésion > 6 mm et si relecture par 2 experts.
  - VPN = 56 à 80 %
  - VPP = 69 à 100 %
- 10 % patients exclus pour raisons techniques

- Eliakim Endoscopy 2006; 38:963-970
- Schoofs Endoscopy 2006 ;38 : 971-980

VCC : Problèmes non résolus

- Préparation contraignante :
  - diète + PEG 2L + booster NaP + prokinétiques + suppo …
  - Double but : obtenir la vacuité colique et une évacuation rapide de la capsule < 10 h
- Nombreux critères d'exclusion pour éviter le risque de blocage de la capsule :
  - Prise chronique AINS, Crohn, antcd occlusion, sténose colique connue, Radiothérapie Abdominale…
- 10 à 20 % de non élimination à 10 h.

VCC : Résultats récents

- Plusieurs études multicentriques sont en cours :
- PHRC résultats intermédiaires : 105 p. *
  - 90 % VCC excrétées en 10 h
  - Prépa bonne ou excellente : 55 % …
  - Polype > 6 mm : Sens 55%, Spec 87% et VPN 88 %
- Etude ESGE : 320 p. **
  - Prépa bonne ou excellente : 60 %
  - Polype > 10 mm : VPN = 90 %

** Sacher-Huvelin JFHOD 2009*
*** Devière Gastroenterology 2008;134 AB 784*

VCC : les Images

images de qualité et « aspect endoscopique »
- vision aquatique parfois gênante
- Pas de distension possible
- image fugace
- Difficultés de localisation
- apparence différente des polypes détectés / colo ?

Quelle place pour ces alternatives ?

- CV et VCC pourraient avoir un rôle de filtre actif avant décision de coloscopie.
- Intérêt médico-économique est de réduire le nombre de colo normales ou polypectomies inutiles sans dégrader le niveau de prévention :
  - Faut-il mieux définir le groupe à Haut Risque ?
  - Peut-on espacer les contrôles après colo normale ?
  - Peut-on négliger les petits polypes, pour éviter une coloscopie « inutile » ?
- Le problème : le polype « 6 - 9 » , dangereux ou pas ?

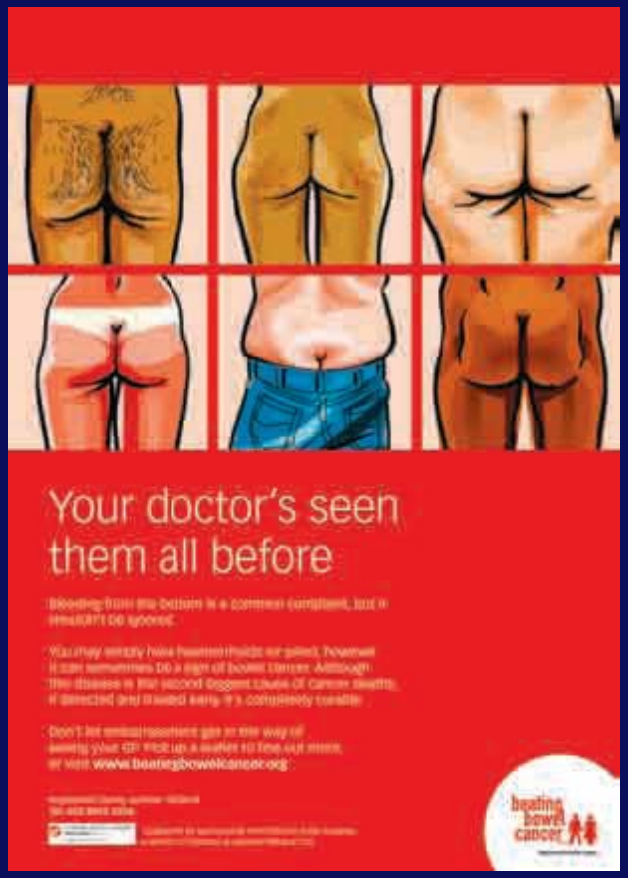
Martinez Gastroenterology 2009; 136: 832-41

Le polype < 1cm est il dangereux ?

	Nombre total	*6 - 9 mm*
	adénomes	*DHG - Carcinome*
• *Butterly ClG 2006*	1933	10 %
• *Lieberman GE 2008*	3541	7 %
• *Bretagne GCB 2008*	1284	15 %
• *Graser Gut 2009*	221	13 %

Donc IL FAUT TOUS LES ENLEVER !

La Prévention du CCR



Savoir informer et convaincre nos patients …

2007

Savez-vous que le cancer de l'intestin peut être guéri et surtout évité ?

Le cancer de l'intestin (ou cancer colorectal) est fréquent et grave : 36 000 personnes en sont atteintes chaque année en France et il est responsable de 16 000 décès par an.

Pourtant, le cancer de l'intestin peut être guéri s'il est découvert suffisamment tôt, voire évité s'il est encore au stade de tumeur bénigne (polype).

En pratique pour vous, il y a 3 situations

1 — Vous présentez des symptômes digestifs :

- sang visible dans les selles ;
- douleurs abdominales récentes ;
- diarrhée ou constipation d'apparition récente.

• Vous devez en parler à votre médecin traitant pour qu'il décide s'il faut vous orienter vers un hépato-gastroentérologue pour la réalisation d'une coloscopie.

2 — Vous n'avez pas de symptômes digestifs mais vous avez un ou des parents proches (père, mère, frères, sœurs ou enfants) atteints de cancer colorectal ou porteurs de polypes de l'intestin.

• Vous devez en parler à votre médecin traitant pour qu'il décide s'il faut vous orienter vers un hépato-gastroentérologue pour la réalisation d'une coloscopie.

3 — Vous avez entre 50 et 74 ans, mais vous n'avez pas de symptômes ni d'antécédents familiaux,

un dépistage organisé du cancer colorectal est mis en place ou va être mis en place dans votre département.

• Posez la question à votre médecin traitant qui vous expliquera ce qu'il en est et ce que vous devez faire.

SFED — Une information de la Société Française d'Endoscopie Digestive

sanofi aventis

2009

CREGG — Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie

1ère Journée d'information sur la prévention des cancers digestifs par endoscopie

Mardi 24 mars 2009

Vous avez dans votre famille un parent proche au 1er degré qui a eu un cancer du côlon : frère, sœur, père, mère, enfant	OUI	NON
Vous avez dans votre famille un parent proche qui est suivi pour des polypes du côlon par coloscopie	OUI	NON
Vous avez eu personnellement un cancer du côlon ou des polypes du côlon	OUI	NON
Vous avez vous-même eu par le passé une maladie inflammatoire du côlon	OUI	NON
Vous avez récemment constaté la présence de sang dans les selles	OUI	NON
Vous avez récemment constaté des modifications inhabituelles de votre transit (diarrhée, constipation, ballonnement)	OUI	NON
Vous souffrez de douleurs abdominales récentes et inexpliquées	OUI	NON
Votre Médecin Généraliste a découvert sur la prise de sang une anémie inexpliquée (diminution du nombre de globules rouges)	OUI	NON

Si vous répondez oui à une seule question, vous ne devez probablement pas réaliser le dépistage par Hémoccult® mais plutôt une coloscopie.
Cet examen permettra d'éviter le cancer. Parlez-en à votre Médecin Généraliste ou à votre Gastro-entérologue.

Polype pédiculé « coloscopie

Cancer superficiel du côlon « chirurgie

Mieux vaut enlever un polype bénin par coloscopie que le côlon par chirurgie au stade de cancer

ANGH — Institut National du Cancer — SFED — SNFGE — Roche

Les Points Forts

1- La coloscopie est l'examen de référence pour l'exploration du colon ;
2 - Le coloscanner ou coloscopie virtuelle est la seule alternative à la coloscopie actuellement validée ;
3 - Les indications du coloscanner sont les échecs, les contre-indications ou dans certains cas, le refus de la coloscopie ;
4 - La vidéocapsule colique doit être encore évaluée et certains problèmes techniques ou de préparation résolus ;
5 - Dans le cadre du dépistage du CCR en population, ces nouveaux examens n'ont actuellement aucune place.

VIDÉO DIGEST
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE
SFED
20ème édition
Réunion de formation continue en endoscopie digestive de la Société Française d'Endoscopie Digestive
DÉMONSTRATIONS D'ENDOSCOPIE
» VIDÉO HAUTE DÉFINITION EN DIRECT
DE LA POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE
ATELIERS
ÉTAT DE L'ART EN ENDOSCOPIE
22-24 OCTOBRE 2009
PALAIS DES CONGRÈS, PARIS
www.videodigest-sem.fr
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE
Séminaire de formation