

PLACE DE LA VIDEOCAPSULE COLIQUE EN 2014

DR PATRICK LEVY

CONFLITS D'INTÉRÊT

- AUCUN CONFLIT

OBJECTIFS EXPOSE

- Description du procédé
 - Modalités pratiques et préparation
 - Complications
 - Lecture
 - Résultats des études et de l'observatoire
- Observatoire National de l'Endoscopie par Capsule Colique (ONECC)**
- Indications actuelles dans le cadre de l'ONECC
 - Perspectives à court et moyen terme

PROCÉDÉ

- Vidéocapsule colique (VCC) apparue en 2006 et modifiée en 2009
- Taille d'une grosse gélule de 31,5 sur 11,6 mm
- 2 objectifs et angle 172° chacun
- 10 heures d'autonomie et nécessité d'un booster
- De 4 à 36 images par seconde
- Images transmises à un enregistreur avec écran en temps réel et informations pour le patient
- Lecture grâce au logiciel RAPID

JFHOD 2014



www.jfhod.com 20 - 23 mars - Paris



JFHOD 2014



www.jfhod.com 20 - 23 mars - Paris



MODALITÉS PRATIQUES CONSULTATION PREALABLE

- Information sur le procédé
- Recherche de contre-indications (sténoses)
- Arrêt du fer
- Précautions (diabète ...)
- Coût de l'examen : **NON REMBOURSÉ ET HORS**

NOMENCLATURE

- Recherche de contre-indication au booster
- Recueil du consentement

PREPARATION COLIQUE LA PLUS PARFAITE POSSIBLE

- RSR 5 jours avant l'examen
- Laxatif le soir à J-2
- Diète hydrique la veille de l'examen (plat de pâtes à midi ?)
- PEG (3L) ou MOVIPREP[®] (2L) la veille au soir
- PEG (2L) OU MOVIPREP[®] (1L) le matin avec prise de la VCC 1H ensuite.

QUALITE PREPARATION	ELIAKIM	VAN GOSSUM	GAY	SPADA
	ENDOSCOPY 2006	NEJM 2009	AmJGastro 2010	GIE 2011
EXCELLENTE	40%	78%	50%	81%
BONNE	44%		32%	
PASSABLE	11%	22%	11%	19%
INSUFISANTE	5%		7%	
SENSIBILITE				
POLYPE>6MM	56%	64%	76%	84%

PROBLEME DU BOOSTER

- Administration une fois le pylore franchi (ERYTHROMYCINE[®] si besoin)
- FLEET PHOSPHO SODA[®] efficace mais contre-indications
- Gestion par alarmes ou contrôle direct
- Deuxième booster si progression lente ? (intérêt d'un repas)
- Evacuation peut etre aidée par suppositoire (BISACODYL[®])
- VCC éliminée dans les 10H dans 90% des cas

TOLÉRANCE ET COMPLICATIONS

- EFFETS SECONDAIRES

8 sur 109 patients dans étude multicentrique européenne de Spada * (5 liés à la préparation et 3 à une grande fatigue liée au jeûne)

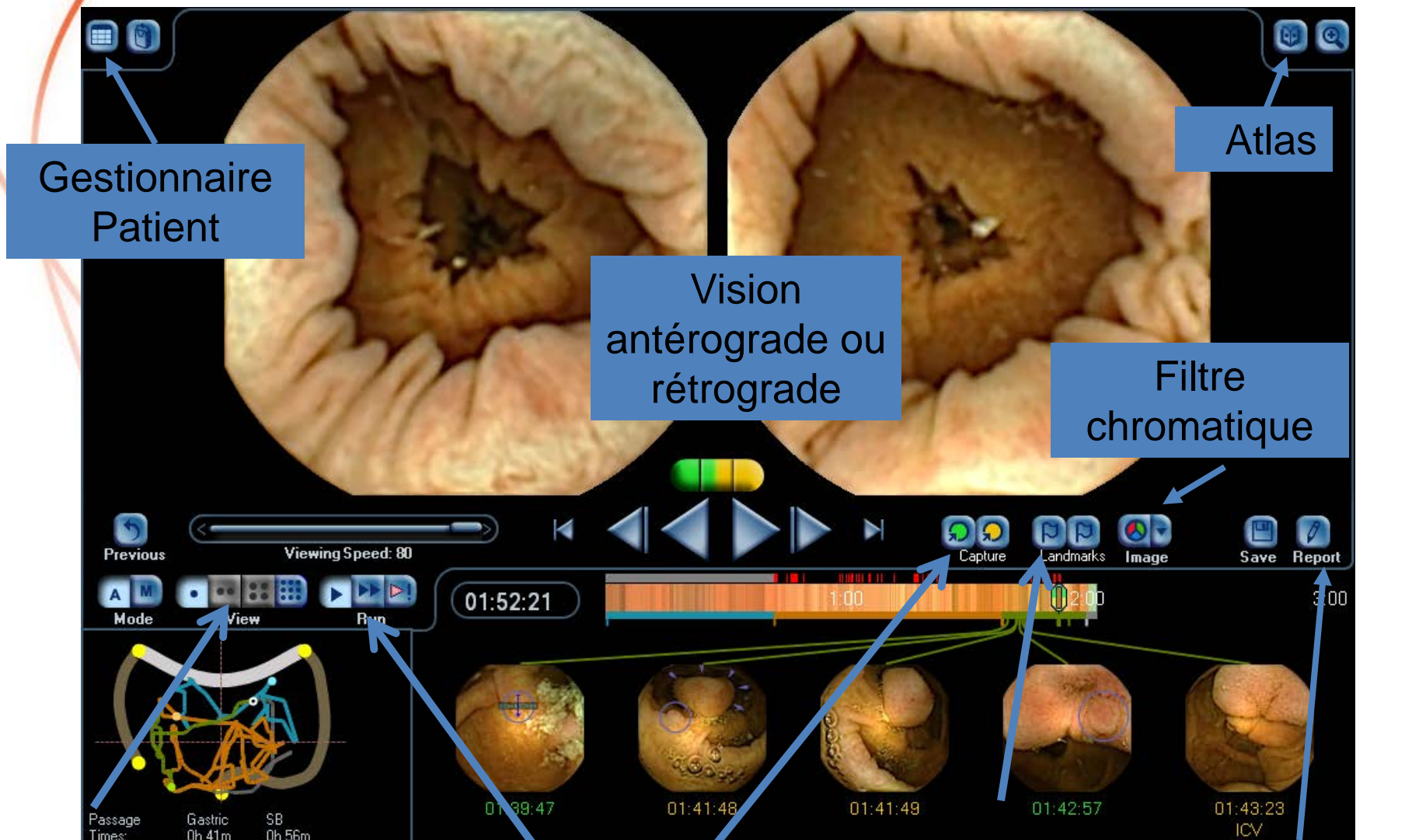
- COMPLICATIONS

3 rétentions *(2,6%) dues à des sténoses tumorales : extraction endoscopique ou chirurgicales lors de la résection de la tumeur

***Spada et al Second génération colon capsule endoscopy compared with colonoscopy. Gastrointest Endosc 2011**

LECTURE

- **Grâce au logiciel RAPID 8**
- **Lecture en “quick view” puis lecture tête par tête dans un deuxième temps**
- **Logiciel d’estimation de la taille des polypes**
- **Temps de lecture variable : temps moyen de 50 mn**
- **Lecture en mode collage**
- **Compte-rendu détaillé avec clichés**



Gestionnaire Patient

Atlas

Vision antérograde ou rétrograde

Filtre chromatique

Affichage

QuickView

Capture D' image

Repère Anatomique

Rapport

Fichier Affichage Rapport

Collage SBI CQV QV Affichage

Dispositions d'affichage Unique Double Quadruple Mosaïque

Ajustement de l'image Off On Ajuster

Ajuster à la fenêtre 70%

Zoom

Miniatures Localisation Barre de progression SB

Éditeur de commentaires

Afficher tout Plein écran

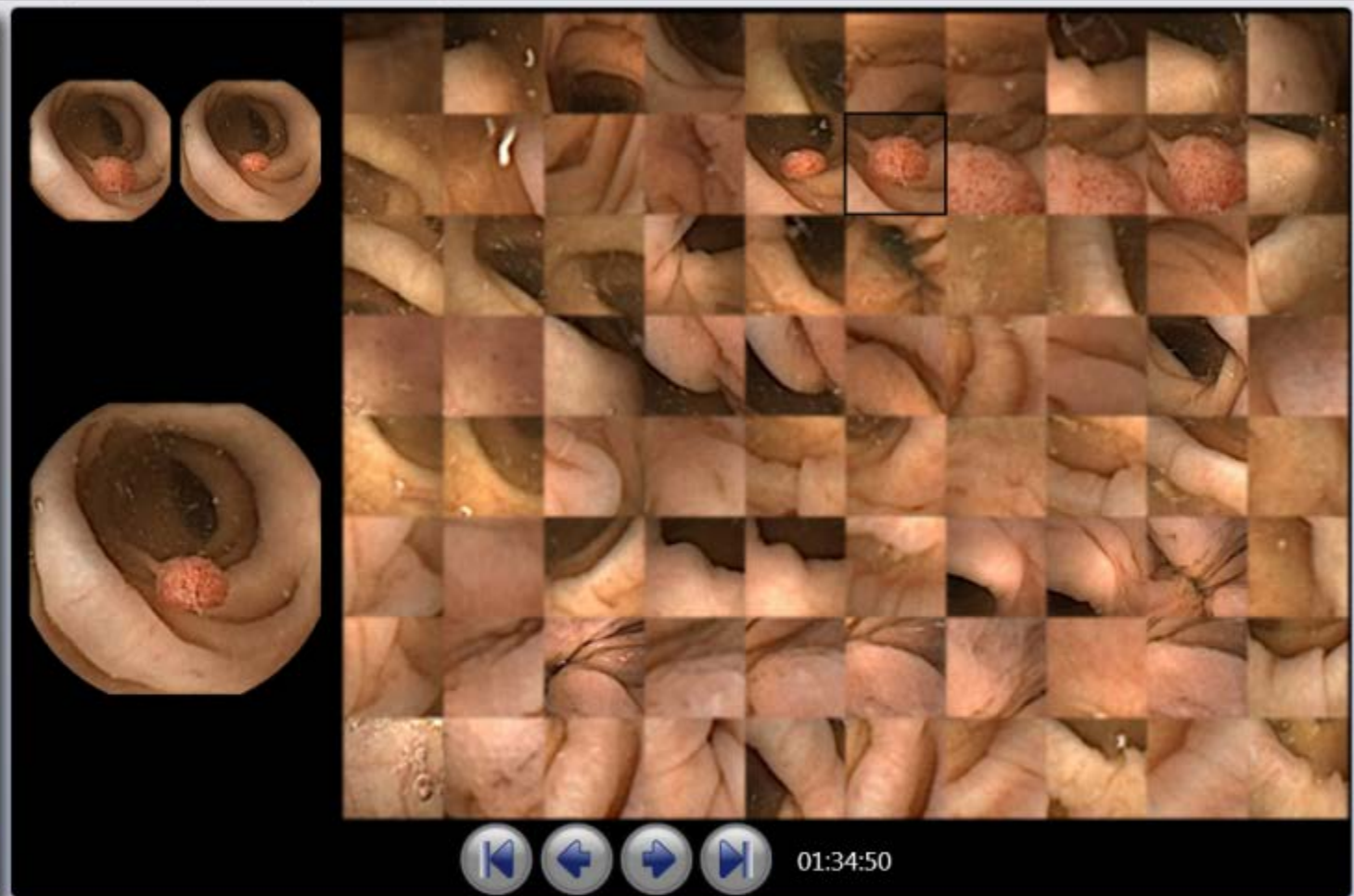
Éditeur de commentaires

Commentaires de la miniature

Commentaires de l'étude

Commentaires :

Plus d'une miniature est sélectionnée



Navigation controls: Previous, Play/Pause, Next, Stop

01:34:50

Temps de passage : COLON 1h 11m

Timeline: 0:30 1:00 1:30 2:00

01:22:46	01:22:51 Image de...	01:27:06	01:33:16	01:33:23	01:34:49	01:34:49	01:34:50	01:34:50	01:34:50

RESULTATS DES ETUDES :

SENSIBILITE ET SPÉCIFICITÉ DE LA VCC

	PILLCAM 1	PILLCAM 2	PILLCAM 2	PILLCAM 2
	VanGossum 2009(1)	Eliakim 2009(2)	Spada 2011(3)	Rex 2013(4)
SITES	8 Européens	5 Israel	8 Européens	16 US +Israel
PATIENTS	320	98	109	689
	TAILLE	POLYPES > 6	MM	
PREVALENCE	27%	19%	41%	
SENSIBILITÉ	64%	89%	84%	88%
SPÉCIFICITÉ	84%	76%	64%/92%	82%
	TAILLE	POLYPE > 10	MM	
PRÉVALENCE	16%	8%	29%	
SENSIBILITÉ	60%	88%	88%	92%
SPÉCIFICITÉ	98%	89%	95%	95%

1 VanGossumNEJM2009 2 EliakimEndoscopy2009

3SpadaGastroIntestEndosc2011 4Rex GastrointestEndosc2013

		VCC	CV
POLYPE	SENSIBILITÉ	100	35
> 6MM	SPÉCIFICITÉ	91	92
	PPV	95	100
	NPV	100	52
POLYPE	SENSIBILITÉ	100	67
> 10MM	SPÉCIFICITÉ	96	100
	PPV	86	100
	NPV	100	92

- **Permet l'emploi de la VCC par les hépatogastroentérologues dans le respect des bonnes pratiques (préparations t indications)**
- **Comprend un comité de pilotage et un conseil scientifique indépendant**
- **500 gastroentérologues formés dans 17 formations**
- **124 centres actifs et plus de 1 000 examens**
- **Répartition égale privé (49,6%) et public (50,4%)**
- **Illustre la modernité de la spécialité**
- **Contribue à la recherche épidémiologique de terrain**
- **Interêt du remplissage de E-CRF**

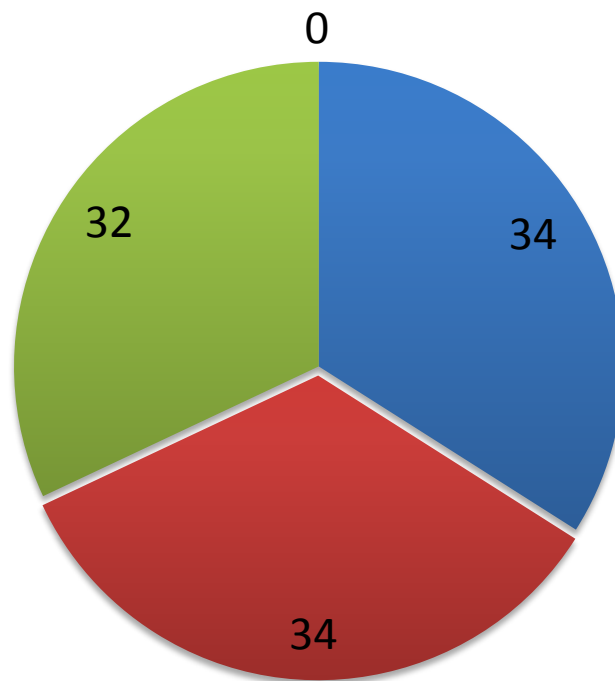
INDICATIONS DANS LE CADRE DE L'ONECC

3 INDICATIONS

- 1 ECHEC OU COLOSCOPIE INCOMPLÈTE**
- 2 CI TEMPORAIRE OU PERMANENTE À LA COLOSCOPIE ET /OU À L'ANESTHÉSIE**
- 3 REFUS DU PATIENT DE LA COLOSCOPIE MALGRÉ SIGNES D'ALARME APRÈS INFORMATION DÉTAILLÉE**

ONECC recueille les informations épidémiologiques et les éventuels effets secondaires

INDICATION DES VCC DANS ONECC



■ COLO INCOMPLETE ■ CI A COLO ■ REFUS DE COLO

QUALITÉ DE LA PRÉPARATION

TYPE DE PRÉPARATION

PREPARATION	NOMBRE PATIENTS	% PATIENTS	% EXCELLENT/BON
PEG 4L	567	53,6%	79%
MOVIPREP	256	24,2%	79%
AUTRE	234	22,1%	78%
TOTAL	1057	100%	78%

NOMBRE DE POLYPES SIGNIFICATIFS (polypes > 5mm ou > 3 polypes)

Patients avec polypes dans 38,4% des cas
Dont 21% de polypes significatifs

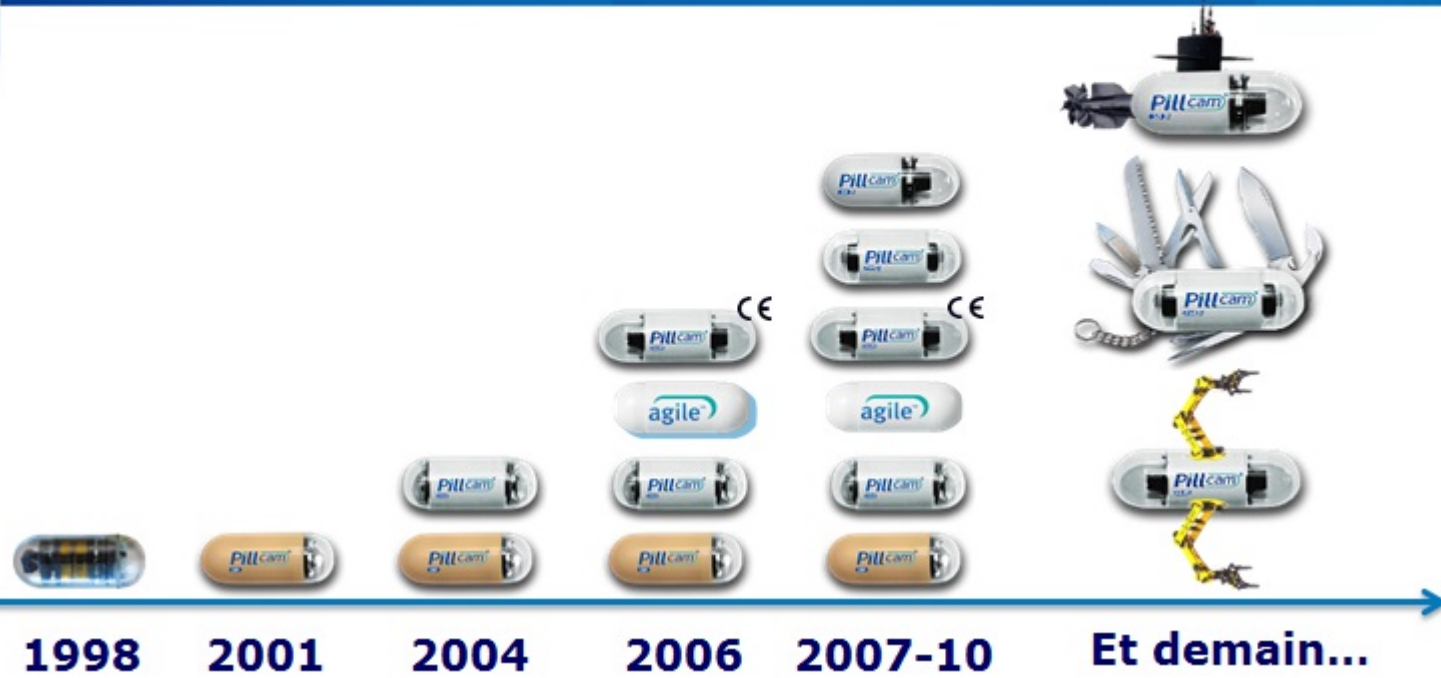
Qualité de préparation	Nbre patients avec polype significatif
Excellente (384)	71 (39%)
Bonne (292)	67 (37%)
Moyenne (117)	37 (20%)
Mauvaise (63)	5 (3%)

PERSPECTIVES À COURT TERME

1 REMBOURSEMENT de la VCC dans le respect des indications de l'ONECC

2 Nécessité de mener DES ETUDES pour évaluer la place de la VCC par rapport aux autres techniques

L'innovation incrémentale

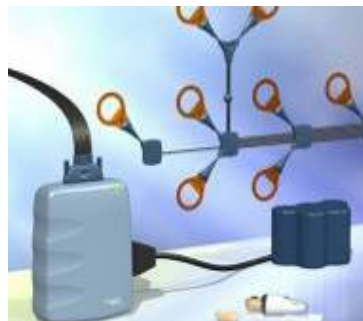


1999

2000

2003

2009...2013



- **Améliorations techniques des VCC : progrès rapide depuis la navette dans les années 80 ...
1° VCC en 2006 , 2° en 2009...**
- **Logiciels performants permettant de diminuer le temps de lecture**
- **Guidage transcutané magnétique des VCC permettant d'éviter la stagnation caecale voir un examen colique en temps réel**
- **Augmentation du nombre d'examens et concurrence entrainant une baisse des prix**

Toute la stratégie de dépistage et de prévention du cancer colique :

- Etude prospective américaine sur l'intérêt de la coloscopie pour diminuer le risque de cancer colique (1)**
- Limite de l'hémocult dans les séries américaines (2) et anglaise (3)**

**QUELLE TECHNIQUE DE DETECTION AVANT
COLOSCOPIE INTERVENTIONNELLE DANS GROUPE À
RISQUE MOYEN**

Test fécal tous les 2 ans ou VCC tous les 10 ans

Dokter

prudent

MERCI!

Bonjour

soyez

SVP!



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

- 1 LA VCC PERMET UNE EXPLORATION COMPLETE DU COLON DANS 90% DES CAS**
- 2 SA SENSIBILITÉ ET SA SPÉCIFICITÉ SONT LIÉES À LA PRÉPARATION**
- 3 LA SENSIBILITÉ ET LA SPÉCIFICITÉ POUR LE DIAGNOSTIC DE POLYPE > 6MM ATTEINT 80% ET DÉPASSE 90% POUR LES POLYPES > 10MM**
- 4 SA RÉALISATION ACTUELLE SE FAIT DANS LE CADRE DE L'ONECC AVEC 3 INDICATIONS (COLO INCOMPLÈTE , CI A LA COLO , REFUS DE LA COLO POUR PATIENT À HAUT RISQUE OU SIGNAL D'ALARME)**
- 5 SA PLACE DANS LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DU CANCER DU COLON RESTE À DÉMONTRER**