



LES BONNES INDICATIONS DE LA CAPSULE ENDOSCOPIQUE EN 2005

Kouroche VAHEDI

Service d'Hépatogastroentérologie et d'Assistance Nutritive

Hôpital Lariboisière

2, rue Ambroise Paré

75010 PARIS

kouroche.vahedi@lrb.aphp.fr

Introduction

La capsule vidéo-endoscopique (CVE) est une innovation diagnostique dans l'exploration non invasive de l'intestin grêle, seul dispositif permettant de fournir une image endoscopique de l'ensemble de l'intestin grêle en ambulatoire, sans anesthésie, et sans aucun risque de transmission d'agent infectieux. En 2004, l'ANAES a donné un avis favorable pour l'utilisation de la CVE dans certaines pathologies de l'intestin grêle, notamment dans l'exploration du saignement digestif inexpliqué, qui reste actuellement l'indication la plus étudiée et la mieux validée de cet examen.

1. Indication reconnue : hémorragie digestive occulte ou anémie ferriprive inexpliquée

Il s'agit de l'indication la plus étudiée et la mieux validée de la CVE. Les saignements digestifs restent inexpliqués dans environ 5 à 10% des cas, après la réalisation d'une gastroscopie et d'une iléo-coloscopie. Une lésion de l'intestin grêle est alors suspectée. La rentabilité diagnostique de l'entéroscopie poussée varie entre 30 et 80%, mais dans 10 à 40% des cas elle met en évidence des lésions oeso-gastroduodénales ou coliques initialement non diagnostiquées, ce qui ramène sa rentabilité pour les lésions du grêle entre 13 et 49% (1). La supériorité de la CVE en terme de rentabilité diagnostique par rapport à l'entéroscopie poussée dans le cadre des saignements digestifs inexpliqués a été rapportée par plusieurs études prospectives randomisées, avec une rentabilité diagnostique de 63 à 76% (2-4). Une étude récente sur 100 malades suivis sur 1 an a montré que la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive de la CVE étaient respectivement de 90%, 95% et 97%; par ailleurs, la rentabilité de la CVE était significativement supérieure en cas de saignement récent (5). Une étude récente sur 35 malades a montré l'impact thérapeutique de la CVE en cas de saignement digestif inexpliqué, dans la mesure où elle a permis un traitement -médical, endoscopique ou chirurgical- dans 37% des cas (6).

2. Indications émergentes

La maladie de Crohn

En cas de suspicion clinique de maladie de Crohn chez des patients avec iléocoloscopie, gastroscopie et transit du transit du grêle normaux, la CVE permet de montrer des anomalies évocatrices de Crohn dans environ 40 à 70 % des cas selon les séries (7,8). Il a été montré que la rentabilité de l'examen par CVE semble supérieure en terme de sensibilité dans le diagnostic de lésions grêliques de la maladie de Crohn par rapport au transit du grêle et à l'entéroscanner. Plusieurs études ont rapporté une grande fréquence de lésions grêliques détectées par la CVE chez des patients présentant d'autres localisations de la maladie. Néanmoins, l'impact clinique réel de ces lésions n'est pas clairement connu.

Des études sont actuellement en cours, évaluant la place de la CVE dans les situations suivantes : détermination de l'extension grêlique de la maladie, définition d'un score endoscopique lésionnel, diagnostic de maladie de Crohn au cours des colites dites inclassées, évaluation de la réponse thérapeutique, recherche de signes endoscopiques de récurrence post-opératoire.

La maladie coeliaque

La place de l'examen par CVE au cours de la maladie coeliaque de l'adulte est en cours d'évaluation. Les études préliminaires ont montré que la CVE permet une bonne caractérisation des lésions élémentaires endoscopiques de la maladie coeliaque (aspect atrophique, festonné, nodulaire ou fissuraire). Cette technique permettrait aussi la détection de certaines complications de la maladie coeliaque (adénocarcinome, lymphome, ulcérations intestinales) chez les patients réfractaires au régime sans gluten, ou chez ceux présentant une sprue réfractaire. Une étude est actuellement en cours pour évaluer la place de la CVE par rapport à l'entéroscanner dans ces situations. Une observation récente de détection d'ulcérations jéjuno-iléales par la CVE chez un adulte atteint de MC symptomatique malgré un RSG vient d'être rapportée.

Les tumeurs du grêle

L'exploration par CVE représente un intérêt dans le diagnostic des tumeurs grêliques. Plusieurs séries ont rapporté une prévalence de 5 à 10% de tumeurs intestinales détectées lorsqu'un examen par CVE était réalisée pour une suspicion de pathologie grêlique, parmi lesquelles plus de 50% de tumeurs malignes (adénocarcinome, carcinoïde, GIST, lymphome). L'intérêt de la capsule réside surtout dans la détection des petites tumeurs (de moins de 1 cm), dont le diagnostic est difficile par les techniques d'imagerie (transit du grêle, entéroscanner). Au cours des polyposes adénomateuses familiales, la CVE permet la détection d'adénomes jéjunaux avec une corrélation de plus de 90% par rapport aux lésions mises en évidence par entéroscopie poussée.

Les complications des AINS

Les lésions ulcéreuses de l'intestin grêle sont une complication fréquente des AINS. L'examen par CVE permet indiscutablement une meilleure connaissance de la fréquence et de la nature des lésions grêliques secondaires à la prise d'AINS. Ces lésions sont dominées par des pertes de substances isolées ou multiples, des ulcérations potentiellement hémorragiques, et des sténoses parfois multiples. La distinction entre lésions dues aux AINS et maladie de Crohn est parfois difficile.

Une récente étude a montré que la prise d'AINS était associée à un risque relatif de survenue de pertes de substance grêliques (> à 1 mm) de 3 par rapport à la prise de placebo, ce sur-risque n'étant pas retrouvé de manière significative après prise d'AINS de type anti-cox2.

Bibliographie

1. Romelaer C, Le Rhun M, Beaugerie L, Gournay J, Masliah C, Coron E, et al. Puch enteroscopy for gastrointestinal bleeding, diagnostic yield and long-term follow-up. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:1061-66.
2. Mylonaki M, Fritscher-Ravens A, Swain P. Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding. *Gut* 2003;52:1122-1126.
3. Saurin JC, Delvaux M, Gaudin JL, Fassler I, Villarejo J, Vahedi K, et al. Diagnostic value of endoscopic capsule in patients with obscure digestive bleeding: blinded comparison with video push-enteroscopy. *Endoscopy* 2003;35:576-84.
4. Adler DG, Knipschild M, Gostout C. Prospective comparison of capsule endoscopy and push enteroscopy in patients with GI bleeding of obscure origin. *Gastrointest Endosc* 2004;59:492-8.
5. Pennazio M, Santucci R, Rondonotti E, et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. *Gastroenterology* 2004;126:643-653
6. Bensoussan E, Antonietti, Hervé S, Savoye G, Ramirez S, Leclaire S, et al. Diagnostic yield and therapeutic implications of capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:1068-73.
7. Fireman Z, Mahajna E, Broide E, Shapiro M, Fich L, Sternberg A, Kopelman Y, et al. Diagnosing small bowel Crohn's disease with wireless capsule endoscopy. *Gut* 2003;52:390-392.
8. Mow WS, Lo SK, Targan SK, Dubinsky MC, Treyson L, Abreu-Martin M, et al. Initial experience with wireless capsule endoscopy in the diagnosis and managment of inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:31-40.