

QUIZZ VIDEO CAPSULE

Docteur Jérôme Bellanger
Service de Gastro-Enterologie
Hôpital Saint Antoine, Paris

4 Cas cliniques seront présentés :

- **Cas 1:** anémie ferriprive inexplicable d'apparition récente chez un sujet jeune.
- **Cas 2:** lymphoedème ancien des membres inférieurs avec aggravation récente chez un homme de 60 ans.
- **Cas 3:** anémie ferriprive chronique inexplicable chez un homme de 70 ans
- **Cas 4:** endocardite récidivante à Streptocoque D sans porte d'entrée digestive individualisable

La Vidéo capsule endoscopique (VCE) est devenue en 5 ans un examen clé dans l'exploration endoscopique du grêle. Sa diffusion reste cependant limitée compte tenu de son coût et de sa non prise en charge par l'assurance maladie (bien qu'un code CCAM ait été créé !!!).

Il est probable que cette situation change dans un proche avenir à la suite de la publication en mai 2006 du rapport de la Haute Autorité de Santé dont nous rapportons ici les grandes lignes:

En cas de saignements digestifs inexplicables (SDI) (situation définie par la négativité des endoscopies haute et basse réalisées dans des conditions optimales de visibilité), la VCE apparaît être l'examen de choix et devrait remplacer la pratique du transit du grêle, de l'enteroscopie poussée. Lorsqu'il existe une suspicion de pathologie tumorale, en particulier en cas d'association avec des signes d'obstruction du grêle, la réalisation préalable d'un scanner abdominal ou si possible d'un enteroscanner doit être proposée.

La rentabilité diagnostique de la VCE est d'autant plus grande qu'elle est réalisée précocement en cas de SDI extériorisé. La rentabilité diagnostique de la VCE en cas de SDI est de plus de 50%, l'impact thérapeutique étant évalué de 45 à 60%. L'enteroscopie à double ballon devient le complément indispensable en cas de lésion accessible à un traitement endoscopique (angiodysplasie, polype notamment) et permet de réduire ainsi le nombre des indications chirurgicales.

L'HAS a validé l'indication de la VCE en cas de forte suspicion clinico-biologique de maladie de Crohn alors que les explorations endoscopiques et histologiques ne permettent pas d'apporter la certitude du diagnostic. L'apport diagnostique de la VCE est dans cette indication de 20 à 70% alors que les résultats de l'enteroclyse ou de l'enteroscanner ne dépassent 20%. De même, la VCE peut être proposée en remplacement du bilan endoscopique pour dépister une récidive de la maladie 6 à 12 mois après résection iléo-caecale.

Par contre, la place de la VCE dans l'évaluation de l'étendue de la MC sur le grêle ou encore son apport devant une colite indéterminée restent des indications à évaluer.

Bien que plusieurs publications internationales recommandent la pratique d'une VCE tous les deux ans en cas de syndrome de Peutz-Jeghers, le groupe de travail n'a pas pu obtenir de consensus sur l'indication d'une VCE dans le suivi des polyposes familiales. Le rapport indique que cette indication sera à réévaluer dans deux ans.

L'intérêt de la VCE dans la maladie coeliaque mérite d'être souligné, même si le rapport signale qu'il s'agit là d'une indication non encore validée, la littérature apparaissant encore trop limitée. Il est facile d'identifier une atrophie villositaire par VCE et cet examen pourrait être une alternative diagnostique lorsque l'endoscopie digestive haute est impossible ou refusée. Le VCE pourrait être l'examen de choix pour le diagnostic des complications endoluminales de la maladie (lymphome du grêle en particulier).

Rappelons enfin que les complications de la VCE sont rares, dominées par les risques d'impaction de la capsule au sein d'une sténose. La présence clinique de signes d'obstruction digestive doit rendre très réservé sur l'indication de l'examen. La réalisation préalable d'un test par « patency capsule » (capsule test dégradable en cas de rétention) peut être alors proposée.

Références :

Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, Gurudu SR, Fleischer DE, Hara AK, Heigh RI, Shiff AD, Sharma VK. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with non-stricturing small bowel Crohn's disease. Am J Gastroenterol. 2006;101:954-64.

Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, Fleischer DE, Hara AK, Heigh RI, Shiff AD, Sharma VK. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol. 2005;100:2407-18

Swain CP. Videocapsule investigation of small bowel. Gastroenterol Clin Biol. 2006;30:750-1

Van Tuyl SA, Van Noorden JT, Kuipers EJ, Stolk MF. Results of videocapsule endoscopy in 250 patients with suspected small bowel pathology. Dig Dis Sci. 2006;51:900-5.