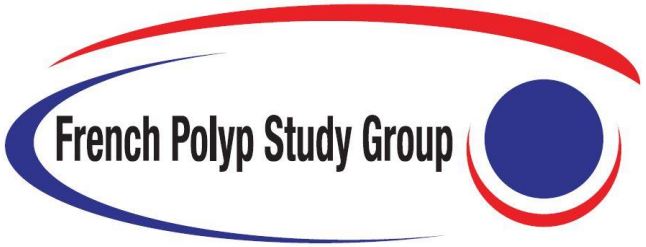


Observatoire de la coloscopie

JC Létard Point du 13 novembre 2017

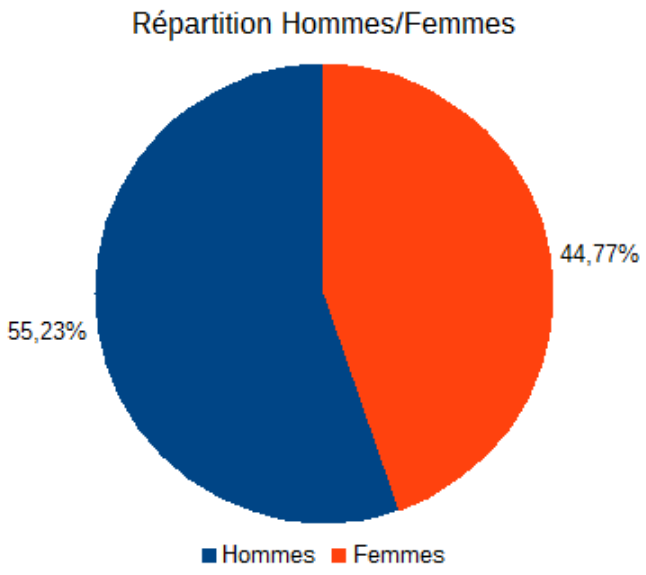
CRD du CREGG

Observatoire de la coloscopie

Nombre de dossiers clôturés au 13 novembre 2017 : **306**

Répartition Hommes/Femmes

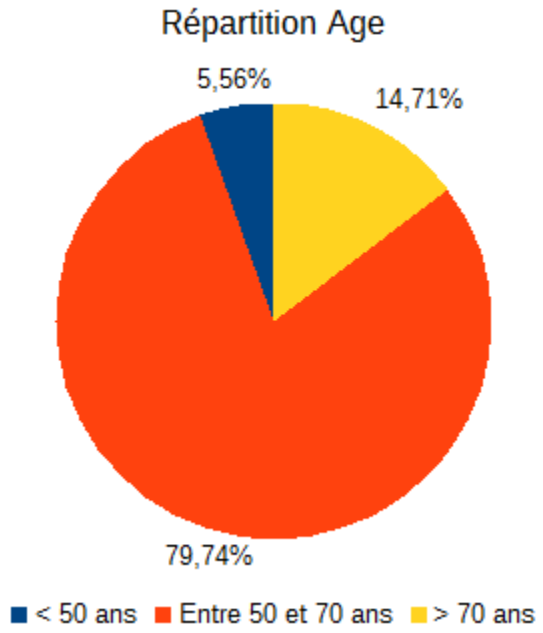
- Hommes : 169
- Femmes : 137



Observatoire de la coloscopie

Age moyen : 61 ans

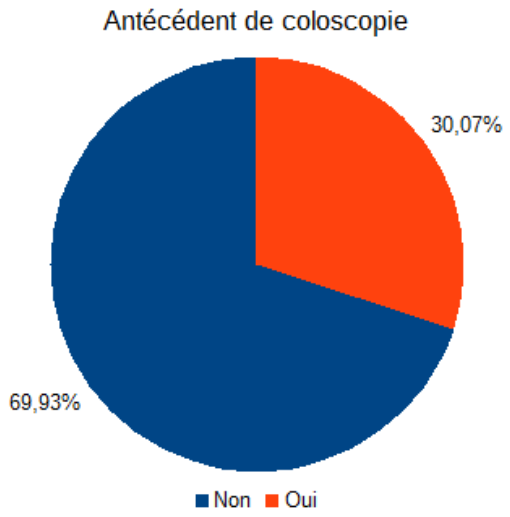
- < 50 ans : 17
- entre 50 et 70 ans : 244
- > 70 ans : 45



Observatoire de la coloscopie

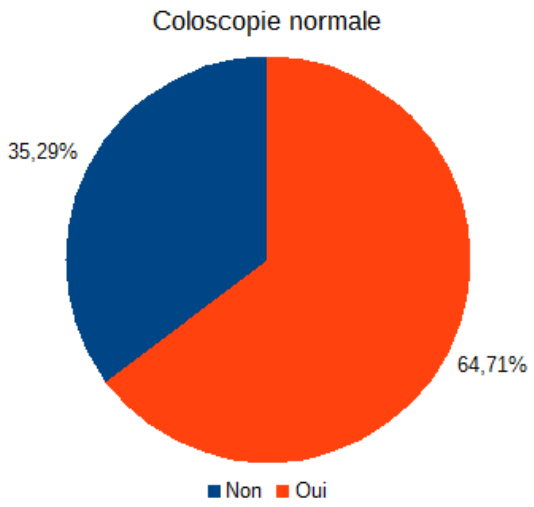
Antécédent de Coloscopie

- Non : 214
- Oui : 92



Coloscopie normale

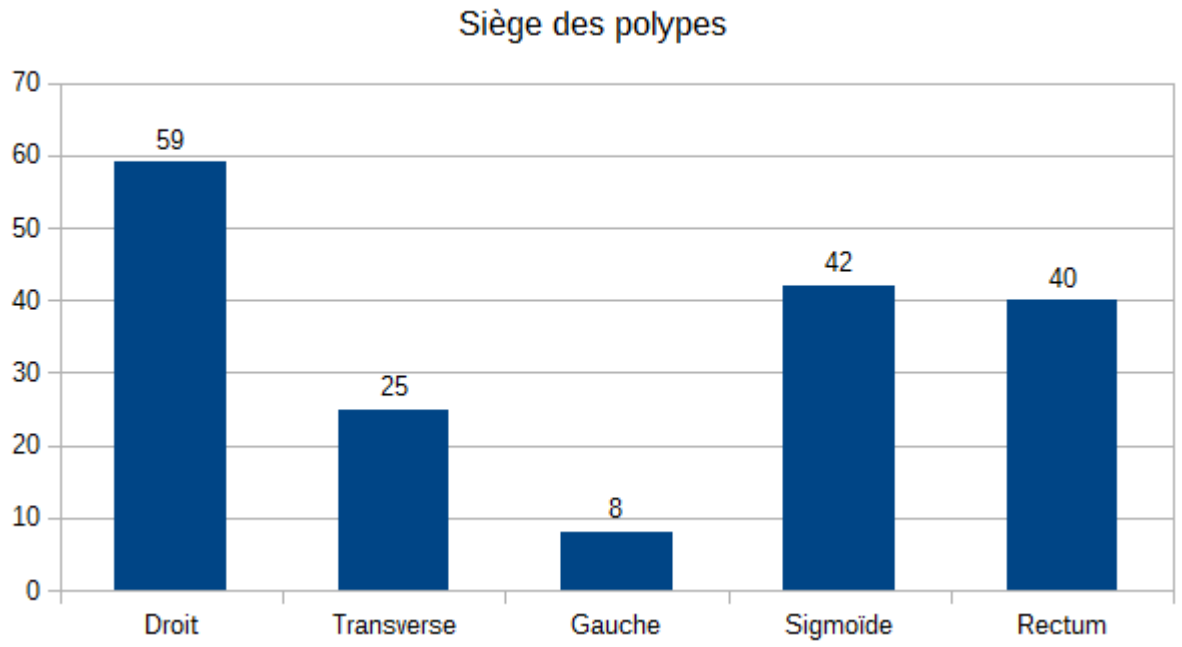
- Non : 108
- Oui : 198



Observatoire de la coloscopie

Siège des 174 polypes :

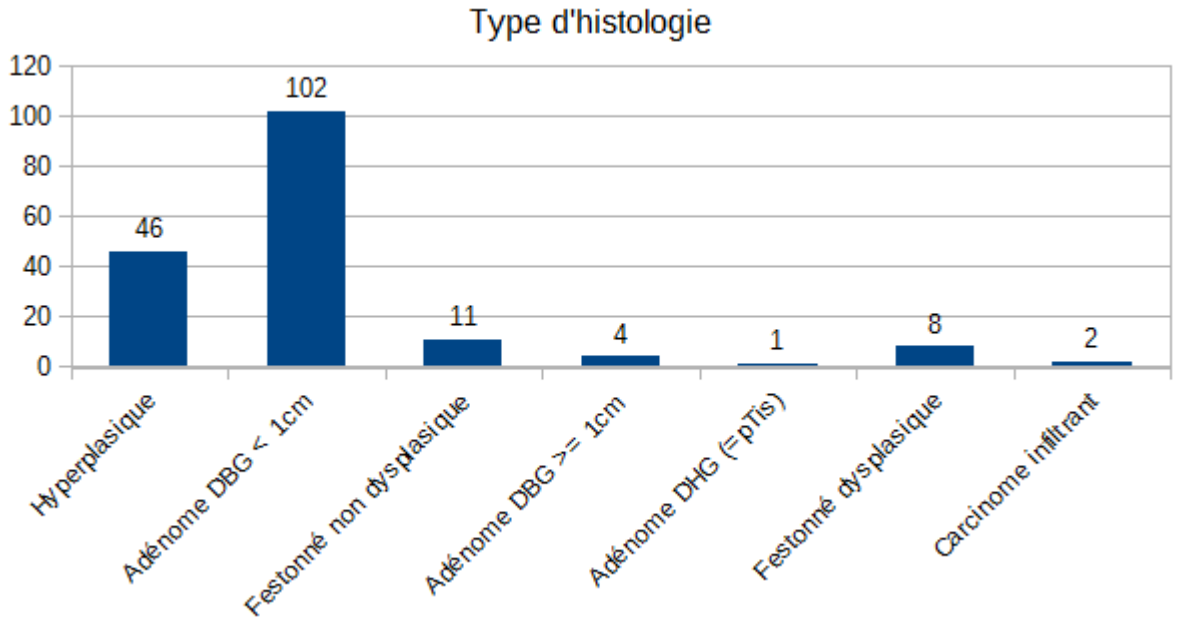
- Droit : 59
- Transverse : 25
- Gauche : 8
- Sigmoïde : 42
- Rectum : 40



Observatoire de la coloscopie

Type d'histologie :

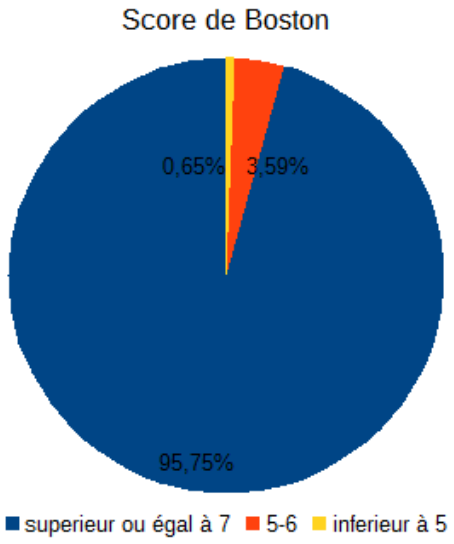
- Hyperplasique : 46
- Adénome DBG < 1cm : 102
- Festonné non dysplasique : 11
- Adénome DBG ≥ 1cm : 4
- Adénome DHG (=pTis) : 1
- Festonné dysplasique : 8
- Carcinome infiltrant : 2



Observatoire de la coloscopie

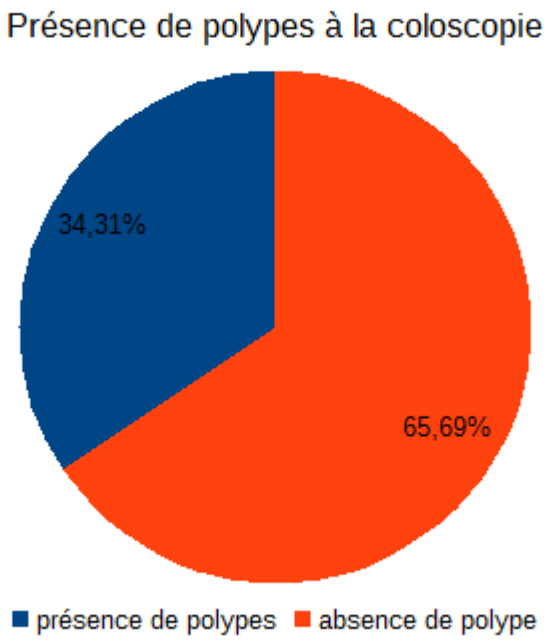
Score de Boston :

- Supérieur ou égal à 7 : 293
- 5-6 : 11
- Inférieur à 5 : 2



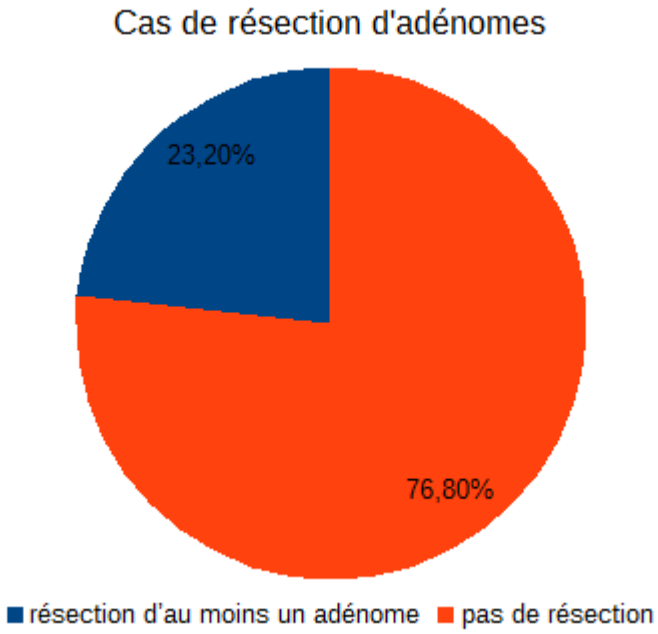
Observatoire de la coloscopie

Nombre réel de coloscopies avec au moins un polype : **105**



Observatoire de la coloscopie

Nombre réel de résection d'au moins un adénome : **71**



Nombre de complications : 1 (Hémorragie traitée par voie endoscopique)

Video Capsule colique

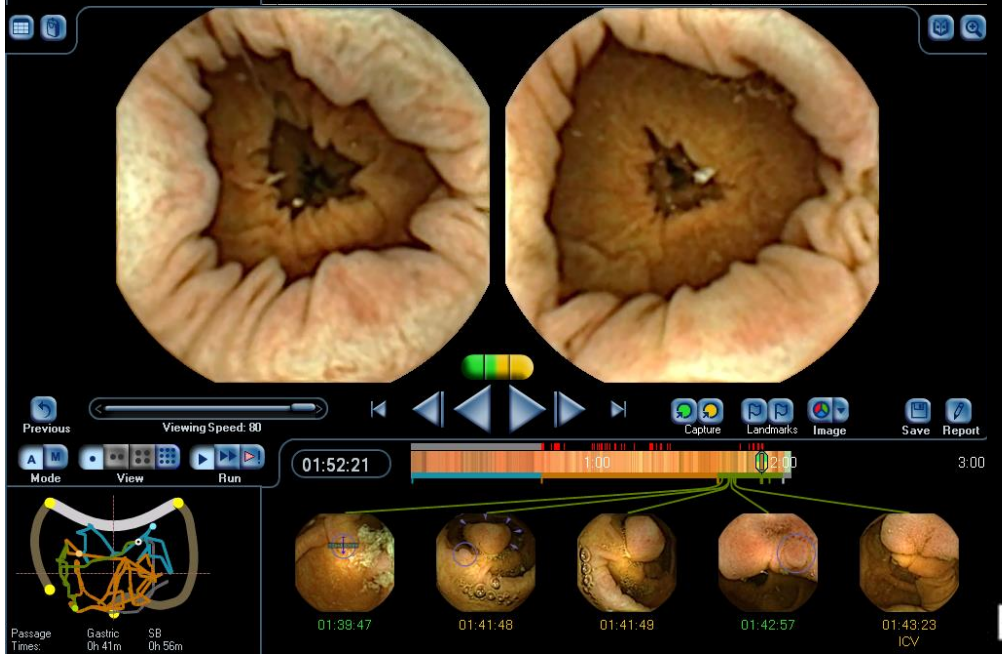
VC2 boostée (MICI) ? examen complet ?

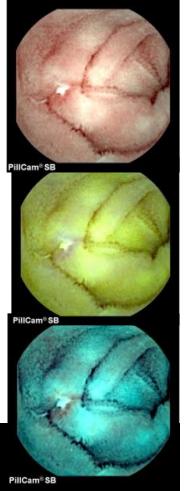
Iziniva boosteur du grêle ?

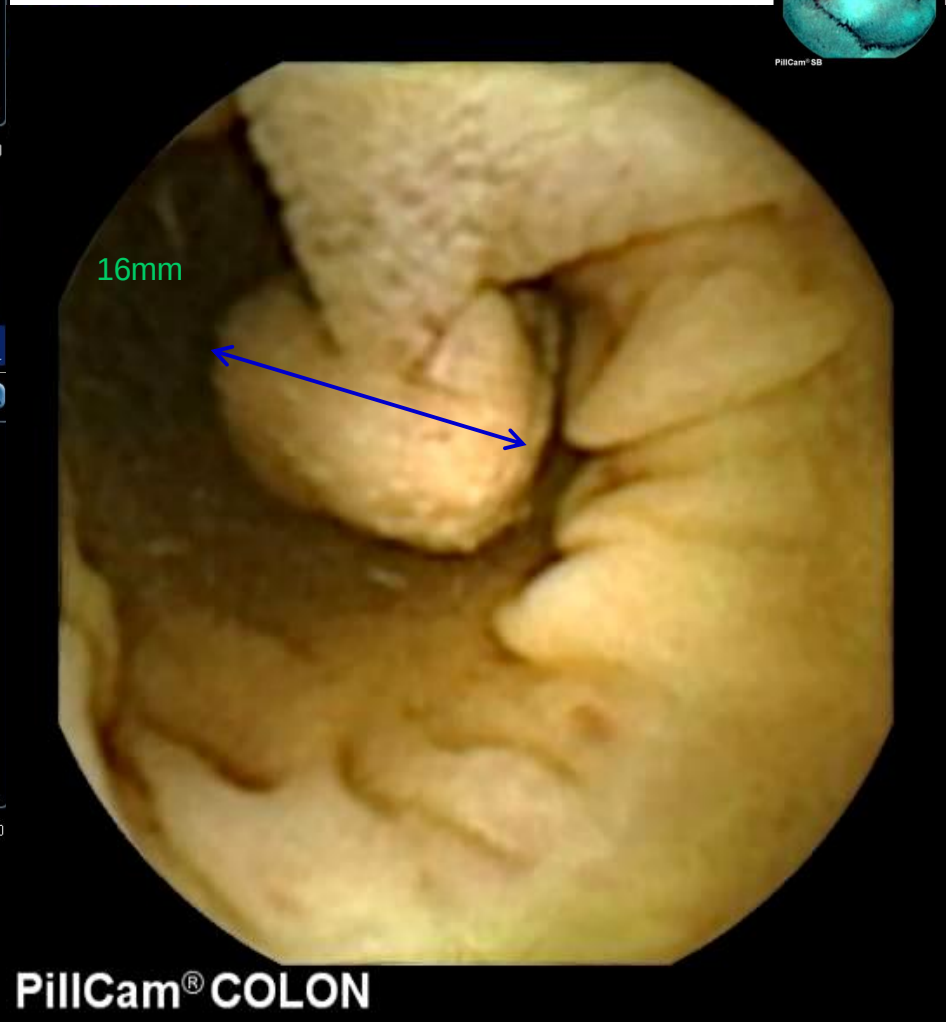
Jean-Christophe Létard (Poitiers)

CRD/CREGG

Logiciels Rapid 7







Capsule PillCam Colon® [1]

Deux dômes optiques 2 images/s chacun

4 images/sec

Diamètre = PillCam SB

Longueur + 5 mm

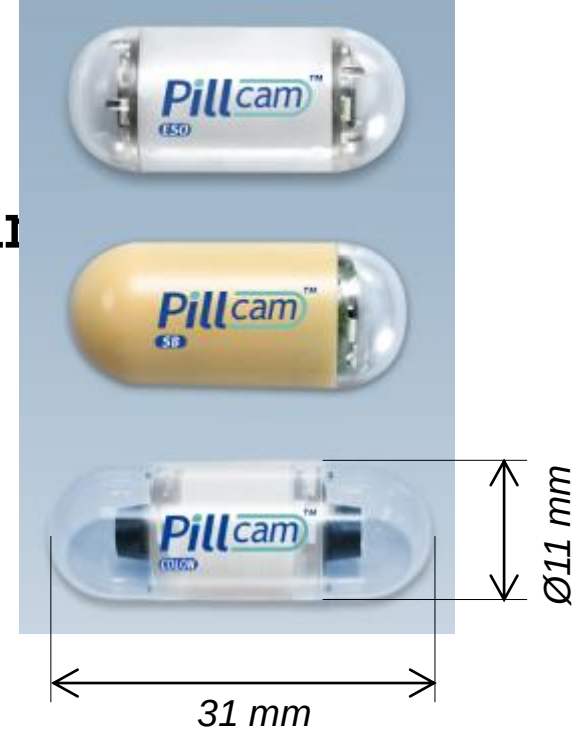
Angle de vue large 156°

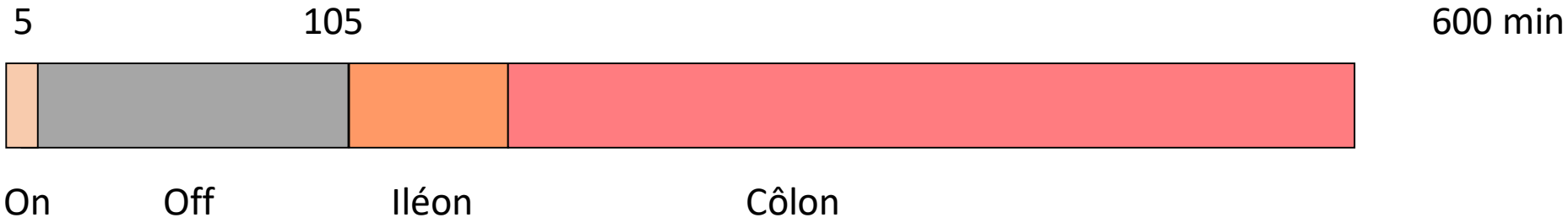
Contrôle automatique de luminosité

Durée de la batterie = 10 heures

Arrêt 5 minutes après ingestion

Redémarrage 105 minutes après ingestion





Capsule PillCam Colon® 2

Taille , diamètre, durée de la batterie idem C1

Deux dômes optiques avancés 2 images/s chacun

Champ de vue : 172° de chaque côté (345°)

AFR (adaptative frame rate de 4 à 35 images/s)

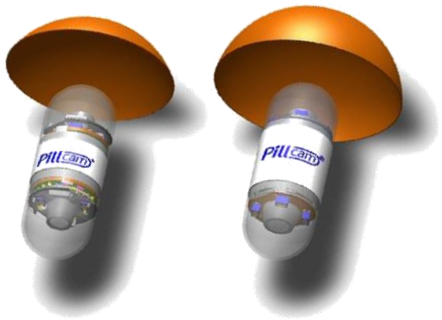
Contrôle automatique de la lumière (ALC)

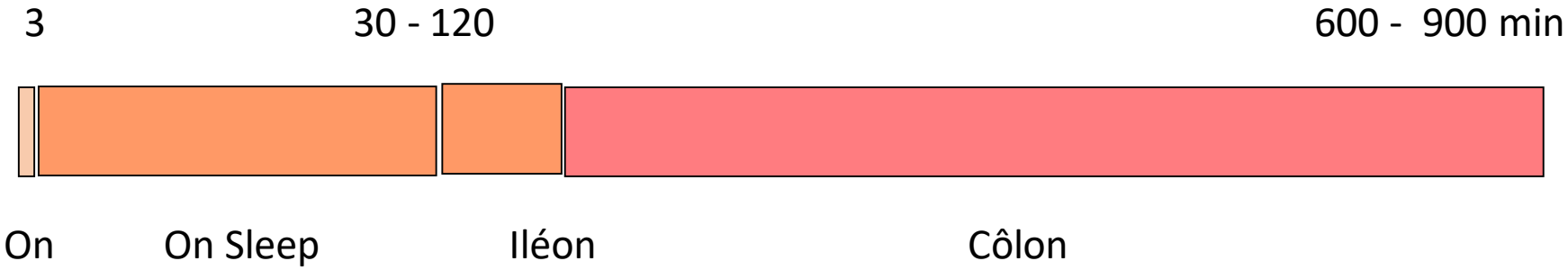
Mesure de la taille des polypes

Coloration virtuelle (bleu et FICE à venir)

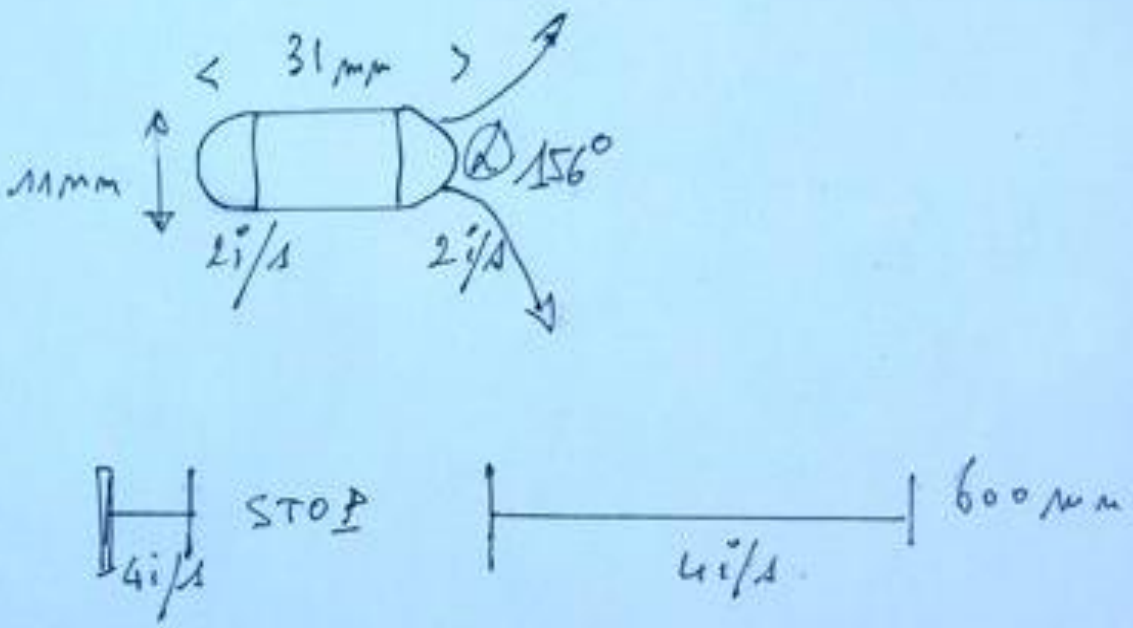
DR3 interactif communication dans les deux sens

1 électrode de plus postérieure

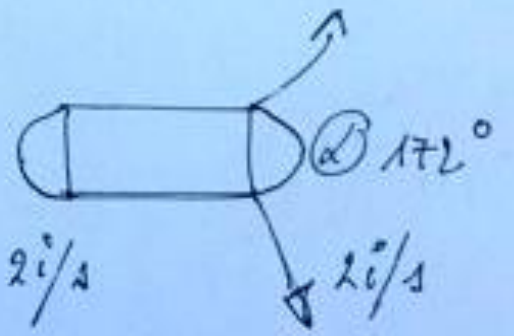




C1

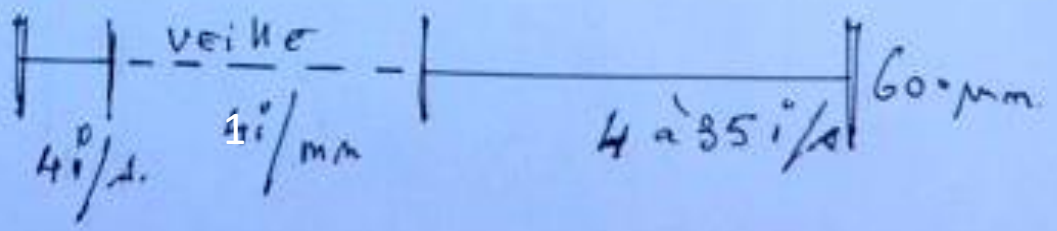


C2

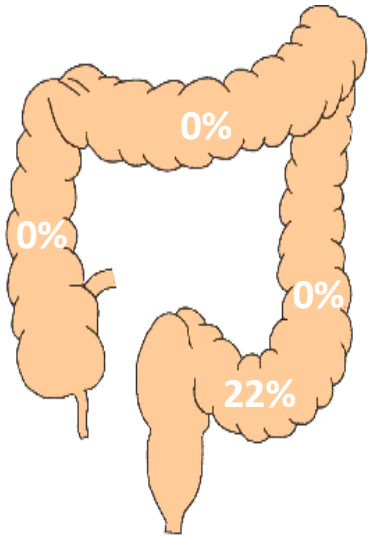
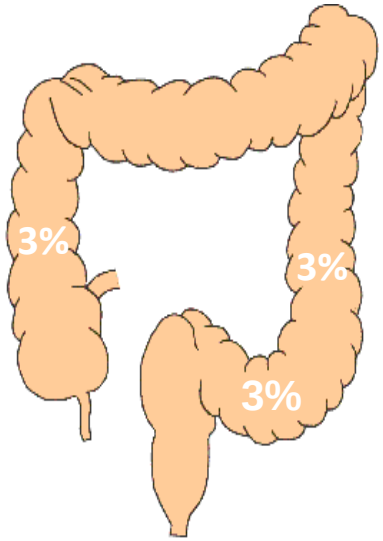
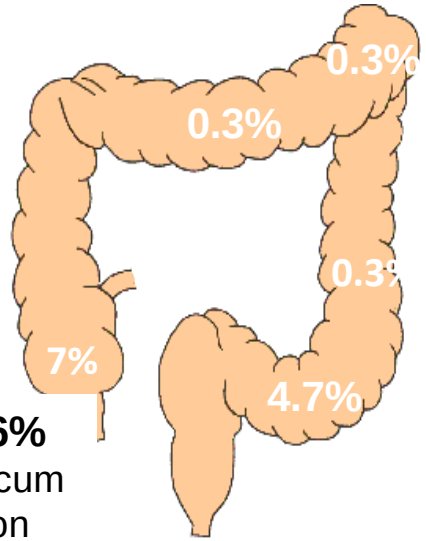
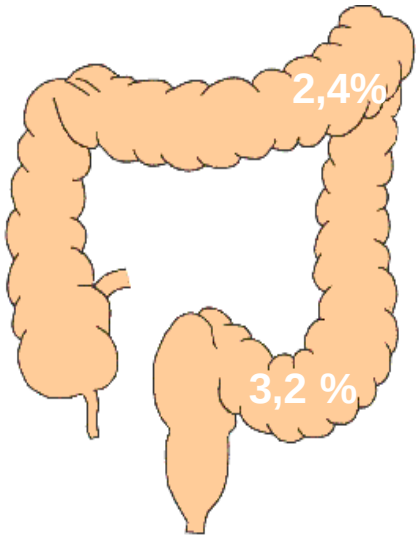


Contrôl Automatique (ALC) Lumière

- DR3 interactif Double Sens Communication
- MESURE Taille polypes.
- Coloration virtuelle Bleu / F.ce
- AFR. Adaptative Frame Rate.



Evacuation de la capsule à 10 h

Eliakim Endoscopy 2006	Schoofs Endoscopy 2006	Van Gossum NEJM 2009	Gay Am J Gastro 2010
			
78%	84%	92,8%	94,4%

1,6% caecum non atteint

Booster le Grêle
et

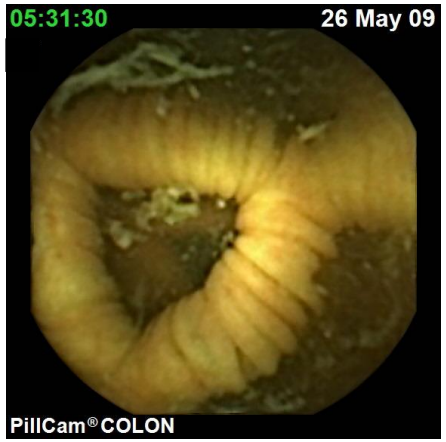
Préparer le colon

Echelle d'évaluation de la propreté colique

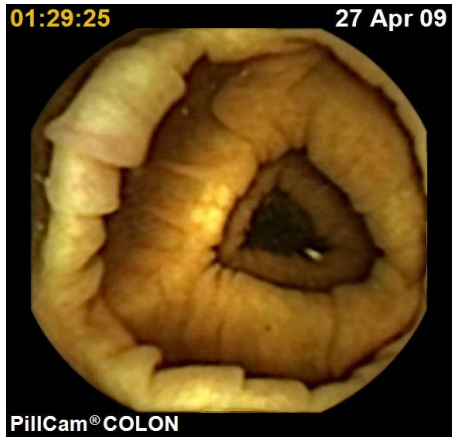
Poor

Fair

Good



Excellent



Poor	Large amount of fecal residue	**Inadequate**
Fair	Enough feces or turbid fluid present to preclude a completely reliable examination	
Good	Small amount of feces or turbid fluid, but not enough to interfere with examination	**Adequate**
Excellent	No more than small bits of adherent feces	

Qualité Préparation	Eliakim Endoscopy 2006	Van Gossum NEJM 2009	Gay Am J Gastro 2010	Sacher-Huv. APT 2010	Letard JFHOD 2009
Protocole J-1	**Liquides clairs**			**Pas de régime**	**Liq. clairs**
J 0	**3L PEG**			**3L PEG**	**Moviprep 2L**
	1L PEG – 2 Boosts NaP – Bisacodyl suppo			**Idem Devière**	**NaP 1 dose**
Qualité de préparation					
Excellente	**40 %**	78 %	**50 %**	55 %	**41 %**
Bonne	**44 %**		**32 %**		**50 %**
Correcte	**11 %**	22 %	**11 %**	45 %	**9 %**
Insuffisante	**4 %**		**5 %**		**-**

Protocole de préparation colique (4 Litres de PEG)

J –5 to J –2	Régime sans résidus
J –2	Ingestion of 2 L liquides clairs Sennosides 4 comprimés en soirée
J –1	07.00 - 19.00 Liquides clairs 19.00 - 21.00 2 L PEG
Jour J	06.00 – 07.00 2L PEG 07.45 1 comp. Domperidone 08.00 Ingestion de PillCam Colon 10.00 Booster 1 30 mL Fleet Phospho Soda + 1L eau 14.00 Booster 2 15 mL Fleet Phospho Soda + 1L eau 16.30 suppositoire Bisacodyl si capsule non expulsée

Eliakim et al. Endoscopy 2009

PillCam Colon® [1] vs Colon® [2]

	PillCam COLON 1	PillCam COLON 2	
Study	**Van Gossum[1]**	**Eliakim[2]**	**Spada [3]**
No of sites	8 European	5 Israeli	8 European
No of pts.	320	98	109
Polypes ≥ 6mm			
Prevalence	27% (87)	24% (35)	41% (45)
Sensitivity	**64%**	**89%**	**84%**
Specificity	**84%**	**76%**	**64% / 92%***
Polypes ≥ 10mm			
Prevalence	16% (50)	14% (20)	29% (32)
Sensitivity	**60%**	**88%**	**88%**
Specificity	**98%**	**89%**	**95%**

*

Colon Capsule Endoscopy: Can Moviprep® be used as Bowel Preparation as well as Booster? Observation Study in 95 Patients

Jean Christophe Létard,[1] Patrick Adenis Lamarre,[1] Pascale Georget,[1] and Michel Charbit[2]

1. Polyclinique de Poitiers, Poitiers; 2. 37 Rue Louis Rouquier, Hauts-de-Seine

Création du premier
Observatoire CREGG
Sur la VCC

Qui est devenu l'ONECC

Jean Christophe Létard is a Doctor of gastroenterology and heptology at Polyclinique de Poitiers, Poitiers. He achieved his Doctor of Medicine and Gastroenterology and Hepatology qualifications at Limoges, Bordeaux, in 1991. Dr. Letard has published a number of papers and books on the subject of gastroenterology and hepatology, including *Ultrasonographie Clinique Abdominale Et Digestive* and *Gastrointestinal Endoscopy in Practice*. He is a member of the French National Society of Gastroenterology (SNFGE), Treasurer of the Association of Digestive Surgical Pathology and Chairman of the Technical Committee and Imaging (SFED) since 2001. He has also previously held the position of Vice President of the French Endoscopic Society. His research interests include colonic cancer prevention, video-capsule endoscopy, experimental endoscopy and animal models for learning endoscopy.

117 patients VC2

70 moviprep + fleet TOC = 3 h 12 mn. T colique 3 h 22 mn 85,7% examens coliques complets

25 patients => moviprep + moviprep

TOC 3 h 03 mn. T Colique 6 h 07 mn. 52% examens coliques complets

22 patients => moviprep + izinova + boost du boitier

TOC 2 h 47 mn T Colique 4h 10 mn. 50 % examen du coliques complets (Antre – grêle – colon-)

Mais
100% (antre – grêle),
95% (antre – grêle – CDrt, CT),
80% (antre – grêle – CDrt, CT, CGche),

55% (antre – grêle – CDrt, CT, CS),
Rectum ½

En cas de boost du boitier le temps max d'enregistrement passe à 6h57 mn en moyenne (max 8 h) vs 12 h en moyenne (max 17h 53 mn) si phase de veille.

Doit on recherche l'Hpylori chez les Collatéraux du 1 degré d'un patient infecté ?

Etude préliminaire Hp1 – CRD/CREGG

JC Létard

De Novembre 2016 à novembre 2017

- 41 familles
- 78 collatéraux (enfants, fréres sœurs, parents si jeunes, épouses)
- Test hélikit

- 25, 6% de positifs !

- Remarque : doit on y penser ?
- Quelle est la prévalence en 2017 de l'Hp en France ?
- Peut on être plus puissant dans nos résultats ?

Cas clinique

- Nouveau type de syndrôme
- Savoir y penser
- Prévalence augmente

- Madame C, 25 ans, a consulté aux urgences pour des douleurs thoraciques et abdominales associées à des nausées et vomissements incoercibles.

- Durant l’hospitalisation de Me C, dans notre service, l’utilisation d’anti-émétiques et d’analgésiques de palier I et II était d’une efficacité décevante sur les symptômes et notamment les douleurs, le seul facteur apaisant les douleurs Me C était la prise de douches très chaudes l’ayant conduit à inonder sa chambre.

- L’examen clinique était strictement normal en dehors d’un amaigrissement de 5 kg en 1 an, les examens biologiques normaux, sans syndrôme infectieux ou inflammatoire de même que les examens morphologiques normaux (échographie, scanner, endoscopie). Une allergie ou intolérance alimentaire ont été écartés secondairement, l’analyse des selles était normale.

- L’évolution a été favorable en 48 h, sous perfusion de sérum physiologique et inhibiteur de la pompe à protons (40 mg iv), la patiente est sortie au 3ième jour avec comme diagnostic celui de …..

- Quelle question à poser et Quel est votre diagnostic ?

Tableau I. Critères pour le diagnostic clinique de l'hyperémèse canabinoïde. D'après Simonetto et coll. (8)

Eléments essentiels au diagnostic :
Consommation chronique de cannabis
Critères majeurs :
Nausées et vomissements cycliques Résolution à l'arrêt du cannabis Amendement des symptômes avec des bains ou une douche Douleurs abdominales épigastriques ou périombilicales Consommation hebdomadaire de marijuana
Critères supportant le diagnostic :
Age < 50 ans Perte de 5 kg Prédominance matinale des symptômes Négativité de l'exploration complémentaire (biologique, endoscopique, imagerie) Absence de troubles du transit