




► *Quelle Place pour la Coloscopie Virtuelle en France en 2006 ?* ◀

De nouvelles techniques de diagnostic des lésions coliques sont depuis quelques années régulièrement présentées dans les congrès nationaux et internationaux (coloscopie virtuelle par scanner ou IRM, Aeroscope[®], capsule colique, ...). Les affirmations de leurs concepteurs concernant le potentiel de ces différents examens sont bien évidemment optimistes et il est donc difficile de prédire la place qu'il faudra à l'avenir attribuer respectivement à ces techniques et à la coloscopie standard que chacun d'entre nous effectue. La mieux évaluée et la plus diffusée de ces techniques est la coloscopie virtuelle par reconstruction colique en trois dimensions (3D) grâce au traitement des images obtenues en tomодensitométrie à acquisition hélicoïdale. Si en France l'examen de référence de la muqueuse colique reste la coloscopie (consensus de la Haute Autorité de Santé en 2004), aux Etats-Unis la coloscopie virtuelle est déjà une alternative à la coloscopie pour ce qui est du dépistage. Pour se faire une opinion sur cet examen, un [document reprenant les données actuellement disponibles](#) ( 82 Ko) vient d'être mis en ligne sur sfed.org, le site Web de notre Société. Quels en sont les points marquants ?

La coloscopie virtuelle est faiblement invasive (hormis son caractère irradiant) et semble être mieux acceptée par le patient que la coloscopie. La différence est toutefois peu importante du fait de la nécessité persistante d'une préparation par voie orale et d'une insufflation de dioxyde de carbone (CO₂) par voie anale.

Une méta-analyse des résultats des différentes séries de la littérature retrouve une sensibilité assez limitée, de 48 % pour les polypes d'une taille inférieure à 6 millimètres, de 70 % pour ceux de 6 à 9 mm et de 85 % pour ceux supérieurs à 9 mm. La spécificité est en revanche excellente, entre 92 et 97 % suivant la taille du polype. Les résultats sont inégaux suivant les séries. Un certain nombre d'éléments peuvent expliquer ce caractère disparate : épaisseur des coupes utilisées, nombre de canaux détecteurs, expertise des lecteurs, ... Les meilleurs résultats concernent les études les plus récentes et on peut par conséquent se demander si cet examen ne va pas progressivement s'imposer comme un concurrent à la coloscopie standard et/ou comme une alternative à l'HEMOCCULT[®] pour le dépistage en population.

En fait, la coloscopie virtuelle méconnaît largement les lésions planes ou déprimées ; par ailleurs sa sensibilité pour les polypes < 9 mm et surtout < 6 mm est insuffisante. Ceci fait que le débat entre partisans et opposants de la coloscopie virtuelle repose essentiellement sur le risque de laisser en place un adénome de 5 mm. Si l'histoire naturelle de ces polypes est mal connue, on sait que de 1 à 3 % des adénomes de 5 mm présentent un foyer au moins en dysplasie de haut-grade. Pour les Japonais, les petits cancers déprimés (qui représentent 3 % des lésions néoplasiques) sont agressifs même s'ils sont de petite taille (8 % de taux d'envahissement de la sous-muqueuse si < 6 mm). Même si l'on considère que la coloscopie standard omet aussi un pourcentage non-négligeable de lésions, ses performances sont nettement supérieures (26 % des lésions de 5 mm sont omises dans les études avec double coloscopie). La place de la coloscopie virtuelle chez les patients symptomatiques et en cas de dépistage des populations à haut (antécédents) et très haut risque paraît donc limitée. La coloscopie virtuelle pourrait en revanche se discuter comme examen de dépistage de masse, en concurrence avec la recherche de sang occulte dans les selles... La question est de savoir à partir de quel diamètre de polype détecté en coloscopie virtuelle devra être effectuée la coloscopie thérapeutique. La taille de 5 mm est habituellement retenue comme le meilleur compromis, avec un faible taux de faux-positifs. La définition de cette taille-seuil implique cependant que l'on accepte de laisser en place les adénomes < 5 mm. L'information du patient à ce sujet sur le risque à laisser ces polypes ne sera pas simple... Il pourrait plutôt se discuter de réséquer systématiquement toutes les lésions identifiées même si l'intérêt économique de la coloscopie virtuelle pourrait alors

être diminué.

Pour mieux déterminer les performances réelles de la coloscopie virtuelle en France, une importante étude multicentrique va être lancée prochainement en partenariat entre la Société Française de Radiologie (SFR) et la SFED (sous la coordination de Denis HERESBACH). Elle a pour but d'actualiser les performances de la coloscopie virtuelle, d'estimer sa reproductibilité et son impact économique ainsi que de la situer dans la stratégie de dépistage du cancer colo-rectal. Un budget spécifique a été nécessaire, obtenu par l'intermédiaire d'un STIC (Soutien aux Techniques Innovantes et Coûteuses) hospitalier. Les centres d'endoscopie participants sont reconnus pour la qualité de leurs intervenants, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Pour que l'implication soit maximale, une réunion est prévue durant Vidéo-Digest 2006 pour préciser les conditions de réalisation des coloscopies (quels opérateurs, quel matériel, quelle technique, ...).

En attendant les résultats de cette étude multicentrique SFED-SFR, la place de la coloscopie virtuelle est bien définie par l'HAS : c'est un examen à réserver aux patients pour lesquels la coloscopie standard est contre-indiquée ou a échoué... Dans les autres cas, la notion de perte de chance pourrait être introduite par les patients en cas de lésion méconnue...

Bertrand NAPOLEON, Denis HERESBACH, Gérard GAY, Jean-Marc CANARD, Jean-Christophe LETARD, Thierry PONCHON, Bruno RICHARD-MOLARD, Gilbert TUCAT, et l'ensemble du Conseil d'Administration de la Société Française d'Endoscopie Digestive.

[\[Remarques et suggestions\]](#) [\[Envoyer à un confrère\]](#) [\[Ne plus recevoir cette lettre\]](#)

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. En application des articles 34 et suivants de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du Webmaster de la Société Française d'Endoscopie Digestive à l'adresse suivante : Docteur Franck DUMEIRAIN - Webmaster sfed.org - Bel-Air - 87800 Nexon, ou par e-mail à webmaster@sfed.org.

Copyright : Société Française d'Endoscopie Digestive / 2006