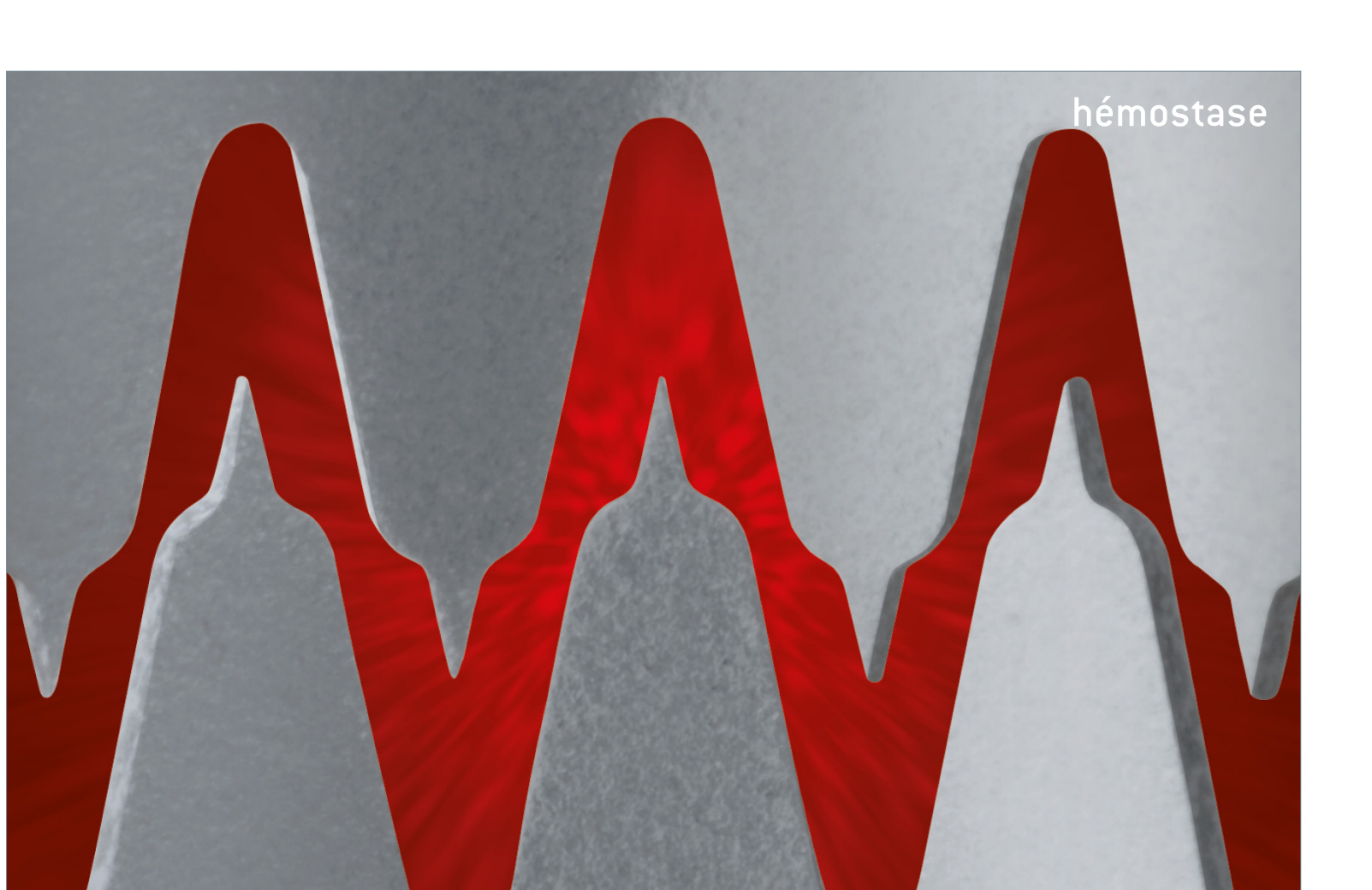


An abstract graphic at the top of the page features a series of overlapping, jagged peaks. The peaks are rendered in a vibrant red color, while the valleys and the background are a muted grey. The overall effect is reminiscent of a stylized waveform or a topographical map.

hémostase

bulletin clinique

OTSC[®]neo pour l'hémostase

L'OTSC[®]neo System

OTSC[®] – le dispositif d'hémostase par excellence (une seule utilisation suffit)

Les avantages cliniques de la technologie OTSC[®] et de ses produits ont été démontrés dans le cadre de plusieurs essais cliniques randomisés contrôlés.

L'OTSC[®] en traitement de première intention améliore considérablement l'hémostase et réduit le risque de récurrence hémorragique dans les hémorragies gastro-intestinales hautes (HGH). Des essais contrôlés randomisés montrent également un taux de réussite clinique significativement plus élevé, défini comme l'absence de récurrence hémorragique entre 7 et 30 jours, compris entre 91,7 %² et 96,8 %⁴ par rapport au traitement endoscopique standard.

Avec l'OTSC[®]neo System, nous avons perfectionné l'OTSC[®] System en tenant compte des retours d'expérience des utilisateurs du monde entier. Les atouts éprouvés du OTSC[®] System sont conservés, tandis que des aspects tels que les performances cliniques, la mise en œuvre et la maniabilité ont été considérablement améliorés.

Présentation de l'OTSC[®]neo System

L'OTSC[®]neo System est un produit innovant utilisé en endoscopie souple pour l'hémostase et la fermeture de lésions aiguës et chroniques.

L'OTSC[®]neo System se compose d'un capuchon applicateur transparent sur lequel est montés un clip en Nitinol[®], un fil, un dispositif de récupération du fil et une manivelle permettant la libération du clip. La mise en place et l'application du OTSC[®]neo System sont simples et rapides.

Cette procédure offre les avantages suivants :

- Fixation d'un volume important de tissu
- Capture tissulaire stable et effet durable au niveau du site d'intervention grâce à la compression dynamique
- Simple and faster application than other techniques through "une seule utilisation suffit" placement



Caractéristiques et dimensions des capuchons d'application et clips OTSC[®]neo

L'OTSC[®]neo System est disponible dans une large gamme de tailles de capuchons et de modèles de clips afin d'assurer une hémostase fiable, quelles que soient la configuration anatomique et le type d'endoscope. Pour l'hémostase dans le tractus gastro-intestinal supérieur, on utilise les tailles de capuchons (versions OTSC[®] et OTSC[®]neo) mini, 11 et 12 ; la taille de capuchon 14 est utilisée avec les coloscopes.

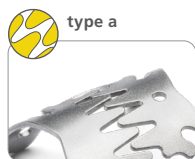
Le capuchon d'application OTSC[®]neo crée un espace entre l'extrémité de l'endoscope et la paroi gastro-intestinale. Cet espace offre une meilleure visibilité et permet au capuchon d'envelopper suffisamment de tissu, en plaçant le vaisseau au centre. Grâce à l'aspiration et au rinçage, le capuchon d'application OTSC[®]neo facilite ainsi le nettoyage des tissus et simplifie la visualisation de la source du saignement.

Les différentes tailles de capuchons correspondent aux diamètres maximaux des endoscopes compatibles et permettent de choisir le capuchon adapté en fonction de la situation anatomique à laquelle vous êtes confronté. Il existe deux profondeurs de capuchon : peu profond (3 mm) et profond (6 mm). Le capuchon peu profond offre une visibilité et une maniabilité endoscopiques sans restriction et est idéal pour les petites lésions ou les zones de tissus fins. Le capuchon plus profond permet à l'utilisateur de rétracter et de sectionner une plus grande quantité de tissu. La taille « mini » est conçue pour les cas d'accès difficile et s'adapte également aux endoscopes pédiatriques.

Il existe trois formes différentes de dents de clip : a, t, gc.

L'espace entre les dents du clip permet une microperfusion des tissus in situ, ce qui évite la nécrose et favorise la cicatrisation.

Tous les clips ont la même capacité de compression des tissus.



type a

On utilise la « clip a » à dents arrondies lorsqu'on souhaite exercer une compression sans coupure sur les tissus.



type t

Le « clip t » est muni de pointes à l'extrémité des dents et s'utilise lorsqu'un ancrage supplémentaire du clip est nécessaire, par exemple dans les tissus durs ou fibrotiques.



type gc

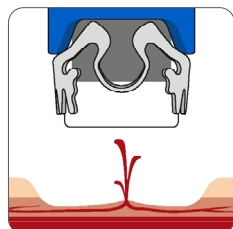
Le « clip gc (pour fermeture gastrique) » est dotée de pointes et de dents allongées et ne convient qu'au traitement des perforations et des lésions de la paroi gastrique.

Techniques d'application

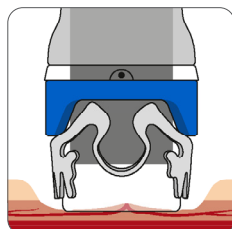
Application pratique de l'OTSC®neo System pour l'hémostase

Technique d'aspiration

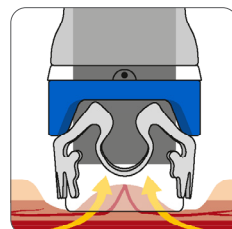
Dans la plupart des cas d'hémorragie gastro-intestinale, il suffit d'appliquer une aspiration endoscopique pour mobiliser le tissu et le maintenir fermement à l'intérieur du capuchon d'application. Une fois le tissu cible capturé à l'intérieur du capuchon, l'hémostase est obtenue en tournant la manivelle afin de libérer le clip OTSC®neo autour du tissu capturé.



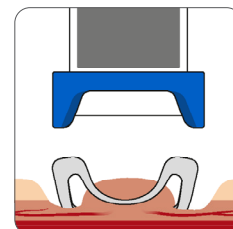
Ciblez la lésion à l'aide du OTSC®neo System.



Placez le capuchon OTSC®neo en contact avec les tissus.



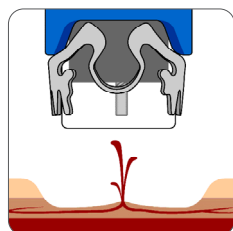
Aspirez le tissu cible dans le capuchon.



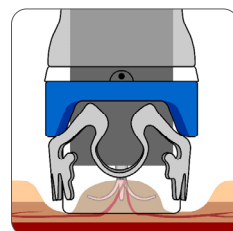
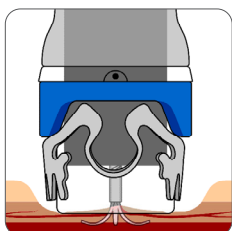
Mettez en place le clip OTSC®neo en tournant la manivelle.

Technique d'ancrage

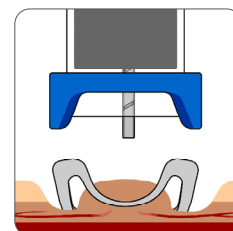
En cas de tissu fibreux ou dur, ou lors d'une application tangentielle, l'OTSC® Anchor peut s'avérer utile pour aligner avec précision le tissu cible sur l'ouverture du capuchon et le maintenir en place pendant la libération du clip. Il n'est pas toujours possible de manipuler entièrement le tissu fibreux à l'intérieur du capuchon. Il suffit toutefois de tirer fermement le tissu vers le bord du capuchon à l'aide de l'OTSC® Anchor, puis d'appliquer le clip. Celui-ci « bondit » légèrement vers l'avant lors de son déclenchement et saisit le tissu situé devant le capuchon.



Positionnez l'OTSC® Anchor et fixez les tissus ; alignez le capuchon OTSC®neo sur la lésion en tirant sur l'Anchor et en faisant avancer l'endoscope.



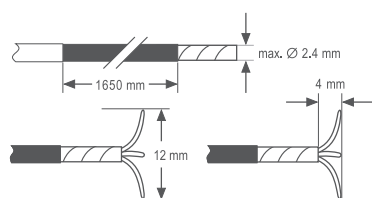
Insérez l'extrémité de la tige de l'OTSC® Anchor dans le capuchon ; les pointes de l'OTSC® Anchor peuvent rester à l'extérieur ; larguez le clip OTSC®neo.



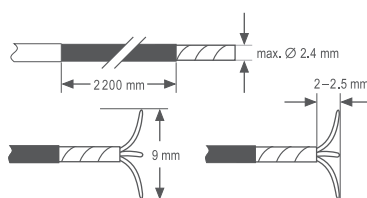
Une fois le clip mis en place, retirez l'OTSC® Anchor du tissu.

L'OTSC® Anchor est disponible en deux tailles. Contrairement à l'OTSC® Anchor 165, l'OTSC® Anchor 220tt est doté de griffes plus courtes et est spécialement conçu pour une utilisation dans les zones du tractus gastro-intestinal où les tissus sont anatomiquement plus fins, comme le côlon et le duodénum.

OTSC® Anchor 165 (tissu épais)



OTSC® Anchor 220tt (tissu fin)

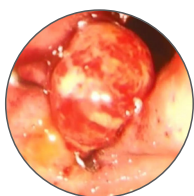
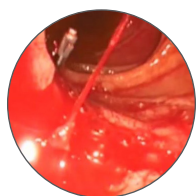


| Exemples concrets

Mise en place d'un clip OTSC® en cas d'hémorragie

Saignement

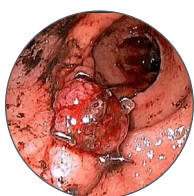
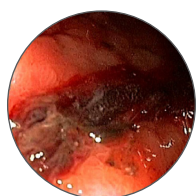
Résultat du traitement



Hémorragie artérielle en jet due à un ulcère duodénal

Les images montrent le traitement par OTSC® d'un saignement artériel en jet (Forrest Ia) provenant d'un ulcère duodénal.

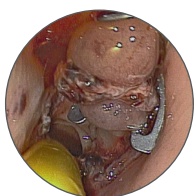
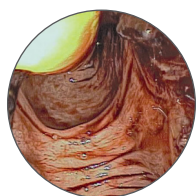
Source: Prof. Dr. P. Chiu, Department of Surgery, Prince of Wales Hospital, Hong Kong, China



Saignement suintant provenant d'un ulcère de Dieulafoy

Une patiente âgée de 70 ans a été hospitalisée pour une infection bronchopulmonaire. La patiente suivait un traitement à la warfarine (pour une thrombose veineuse profonde récidivante) et a présenté une hématomèse (Hb 11,6 g/dl, INR 1,46). Une endoscopie gastro-intestinale haute a révélé un saignement lent provenant d'une lésion de Dieulafoy dans l'antre gastrique. L'hémostase a été obtenue avec succès grâce à l'OTSC®.

Source: Prof. Dr. K. Caca & Dr. A. Schmidt, Department of Internal Medicine, Ludwigsburg Hospital, Germany



Saignement postopératoire au niveau de l'anastomose colique

L'endoscopie d'un patient de 50 ans a révélé un saignement au niveau de l'anastomose, dans la zone de la ligne d'agrafage, après une résection sigmoïdienne par laparoscopie. La lésion hémorragique a été aspirée délicatement à l'intérieur du capuchon OTSC®. L'agrafe a été libérée et l'hémostase a été obtenue immédiatement.

Source: Dr. T. Kratt, Department of Surgery, University Hospital Tuebingen, Germany



Forrest Ib : saignement dû à un ulcère duodénal

Les images montrent le traitement par OTSC® d'un ulcère suintant et hémorragique touchant un gros vaisseau dans le duodénum.

Source: Dr. M. Manno & Dr. P. Soriani, UOS Endoscopia Digestiva Area Nord, Azienda USL di Modena, Italy

Suivi et conditionnalité en matière de résonance magnétique

Une fois qu'un clip OTSC®neo a été correctement mis en place, il reste en place pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois. La durée exacte dépend de la quantité et de la texture des tissus fixés. Dans la plupart des cas, le clip OTSC®neo est éliminé naturellement par le tractus gastro-intestinal. Il peut arriver, dans certains cas, qu'il soit recouvert par la muqueuse et qu'il reste dans l'organisme en tant qu'implant à long terme, ce qui ne pose aucun problème grâce à sa conception et à sa biocompatibilité.

Conditionnalité MR

Le clip OTSC®neo est compatible avec l'IRM sous certaines conditions. Les patients peuvent subir un examen IRM en toute sécurité après la mise en place d'un clip OTSC®neo, sous réserve des conditions suivantes : a) un champ magnétique statique inférieur ou égal à 3 Tesla, b) un gradient spatial maximal de champ magnétique de 4 000 gauss/cm (40 T/m). Pour plus de détails, veuillez vous reporter au mode d'emploi. Dans les rares cas où il est nécessaire de retirer un clip, par exemple en cas de complication locale ou de mauvais positionnement, le clip OTSC®neo peut être facilement retiré à l'aide du remOVE System d'Ovesco. Cela vous offre la possibilité d'inverser ou de répéter la procédure.

Données cliniques

1. OTSC® en cas d'hémorragie gastro-intestinale haute

1.1 OTSC® en première intention, s'avère plus efficace que le traitement standard intention dans le cas d'un saignement gastro-intestinal haut non-variqueux

Tableau 1 : Comparaison des cinq essais contrôlés randomisés portant sur l'efficacité de l'OTSC®

	Jensen et al. ¹	Meier et al. ²	Chan et al. ³	Lau et al. ⁴	Soriani et al. ⁵
n (OTSC®/Standard)	53 (25/28)	100 (48/52)	100 (50/50)	190 (93/97)	112 (61/51)
Critère d'évaluation principal	Succès clinique défini comme l'absence de nouvelle hémorragie dans les 30 jours	Succès clinique défini comme l'absence de nouvelle hémorragie dans les 7 jours	Succès clinique défini comme l'absence de nouvelle hémorragie dans les 30 jours	Succès clinique défini comme l'absence de nouvelle hémorragie dans les 30 jours	Succès clinique défini comme l'absence de nouvelle hémorragie dans les 30 jours
Principaux critères d'inclusion	Saignement d'ulcère & Dieulafoy	Lésions à haut risque (cRS* ≥ 7)	Ulcères peptiques de grande taille > 1,5 cm	Tous les NVUGIB**	Saignement d'ulcère
Groupe d'intervention ***	Groupe OTSC® vs. Groupe Standard (env. 50 % d'endoclips / 50 % de thermocoagulation)	Groupe OTSC® vs. Groupe Standard (env. 98 % d'endoclips / 2 % de thermocoagulation)	Groupe OTSC® vs. Groupe Standard (env. 66 % de thermocoagulation / 30 % d'Endoclips / 4 % d'autres combinaisons)	Groupe OTSC® vs. Groupe Standard (env. 64,9 % de thermocoagulation / 26,8 % d'Endoclips / 7,2 % d'autres combinaisons)	Groupe OTSC® vs. Groupe Standard (100 % d'endoclips)
Succès clinique	96,0 % / 71,4 % p = 0,017	91,7 % / 73,1 % p = 0,019	90 % / 82 % p = 0,23	96,8 % / 85,4 % p = 0,006	96,7 % / 74,5 % p = 0,001

*cRS = Score complet de Rockall
 ** NVUGIB = Hémorragie gastro-intestinale haute non variqueuse
 *** un traitement par injection facultatif est autorisé dans les deux groupes

Cinq essais contrôlés randomisés (ECR) ont évalué l'efficacité de l'OTSC® en tant que traitement de première intention des hémorragies gastro-intestinales hautes non variqueuses (HGHNV) par rapport au traitement endoscopique standard : Jensen et al. (2021), Meier et al. (2022), Chan et al. (2023), Lau et al. (2023) et Soriani et al. (2024). Les principaux résultats de ces études sont présentés dans le tableau 1 et la figure 1. Les résultats soulignent l'efficacité de l'OTSC® en tant qu'option thérapeutique de première intention.

Ces cinq ECR ont fait l'objet de deux méta-analyses exhaustives menées par Alali et al. et Mega et al. Ces méta-analyses soulignent le potentiel de l'OTSC® en tant que méthode hémostatique de première intention efficace. Les cinq ECR portaient sur 555 patients (277 traités par OTSC® et 278 par traitement endoscopique standard).

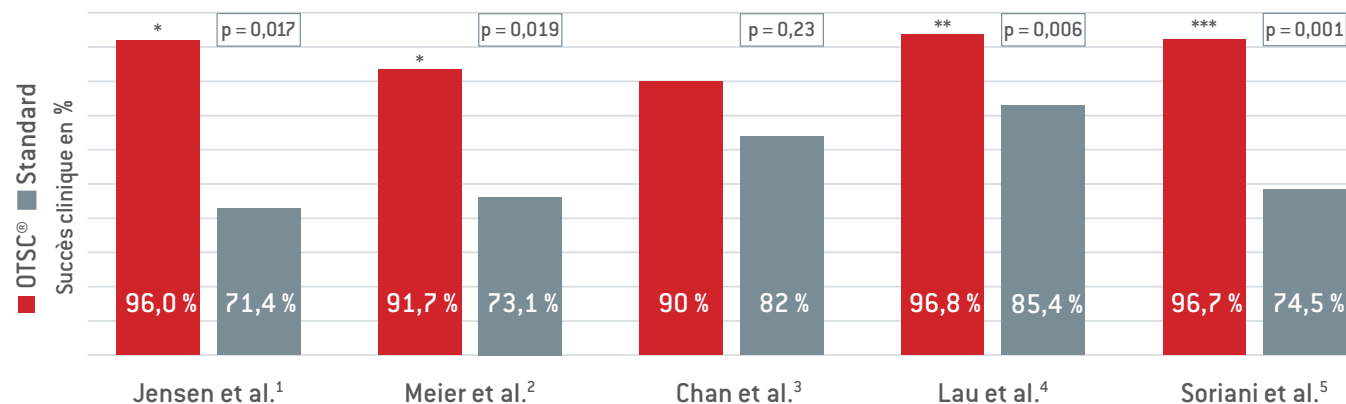
Les résultats ont montré que l'OTSC® réduit considérablement le taux de récurrence hémorragique à 30 jours par rapport aux traitements endoscopiques standard. Le critère d'évaluation principal de l'étude d'Alali et al., qui portait sur le critère composite des saignements supplémentaires – persistants ou récurrents – à 30 jours, a montré une réduction significative avec l'OTSC®, avec un risque relatif (RR) de 0,33 (IC à 95 % : 0,20-0,54).

Cela indique que les patients traités par OTSC® sont nettement moins susceptibles de présenter de nouveaux épisodes hémorragiques dans les 30 jours suivant le traitement. Les résultats ont également révélé une réduction significative des taux de récurrence hémorragique à 30 jours avec l'OTSC®, avec un risque relatif de 0,38 (IC à 95 % : 0,21-0,70)⁶ et 0,43 (IC à 95 % : 0,24-0,77)⁷ respectivement, par rapport aux traitements endoscopiques standard tels que les endoclips ou la thérapie thermique en association avec une thérapie par injection. Cette réduction du risque de saignement récurrent positionne l'OTSC® comme une option supérieure pour l'intervention initiale dans les cas de saignements gastro-intestinaux supérieurs non valvaires (NVUGIB).^{6,7}

Ces résultats plaident en faveur d'une évolution des pratiques cliniques standard pour le traitement des hémorragies intra-abdominales non hémorragiques. En adoptant l'OTSC® comme traitement de première intention, les professionnels de santé peuvent potentiellement améliorer les résultats pour les patients, tout en réduisant le recours à des interventions répétées et les coûts de santé associés.

Données cliniques

Figure 1 : Comparaison des taux de réussite clinique de l'OTSC® dans les cinq essais cliniques randomisés



1.2 L'OTSC® en tant que traitement de deuxième intention pour les hémorragies gastro-intestinales non valves

L'essai clinique prospectif multicentrique randomisé (RCT), l'étude STING (tableau 2), a démontré que l'OTSC® est plus efficace que le traitement standard chez les patients présentant un saignement récurrent d'ulcère gastro-duodénal après une hémostase initiale réussie. Menée dans 9 centres universitaires de référence, cette étude a randomisé 66 patients pour une hémostase réalisée soit par OTSC® (n = 33), soit par traitement standard (n = 33). Le traitement standard était défini comme une hémostase par endoclips (n = 31) ou par thermothérapie (n = 2), associée à une injection d'adrénaline diluée. Le critère d'évaluation principal de l'étude était la survenue d'un nouvel épistaxis dans les 7 jours suivant une hémostase réussie. En cas de nouvel épistaxis, les patients étaient autorisés à changer de groupe. L'OTSC® a montré un taux de réussite technique significativement plus élevé que le traitement standard (93,9 % contre 57,6 % ; p = 0,001). De plus, l'OTSC® a permis un taux de réussite clinique significativement plus élevé (absence de saignement persistant, absence de saignement récurrent) par rapport au traitement standard (84,8 % contre 42,4 % ; p = 0,001).⁸

Dans deux études menées par Kuellmer et al., l'OTSC® a été comparé à l'embolisation artérielle transcathéter (TAE) et aux interventions chirurgicales en tant que traitement de deuxième intention pour les hémorragies ulcéreuses réfractaires. Les deux études ont montré que l'OTSC® présentait des taux de réussite clinique comparables, mais un nombre significativement plus faible d'effets indésirables. Par rapport à la TAE, l'OTSC® a entraîné moins d'effets indésirables (1,5 % contre 12,9 %, p = 0,042) et une mortalité hospitalière plus faible (9,1 % avec l'OTSC® contre 22,6 %), ainsi que des séjours plus courts en soins intensifs.⁹

Tableau 2 : Les clips « Over the Scope » sont plus efficaces que le traitement endoscopique standard chez les patients présentant des saignements récurrents liés à des ulcères peptiques (Schmidt et al., 2018).

	Traitement standard (n = 33)	OTSC® (n = 33)	valeur p
Nombre de clips, médiane [intervalle]	2 [1–8]	1 [1–2]	0,02
Recours à la thermothérapie, n (%)	2 (6,1)	0 (0)	0,492
Succès technique*, n (%)	19 (57,6)	31 (93,9)	0,001
Défaillance technique, n (%)	14 (42,4)	2 (6,1)	0,001
Saignements récurrents, n (%) [IC à 95 %]	5 (16,1) [3,2–16,1]	3 (9,1) [0–18,2]	0,468
Succès clinique **, n (%)	14 (42,4)	28 (84,8)	0,001
Mortalité hospitalière, n (%)	1 (3,0)	3 (9,1)	0,613
Mortalité totale, n (%)	2 (6,3)	4 (12,1)	0,672

*Définie comme une hémostase réussie conformément au protocole

**Défini par l'absence de saignement persistant et l'absence de saignement récurrent

Par rapport aux interventions chirurgicales, l'OTSC® a permis de réduire la durée des séjours en soins intensifs ($4,7 \pm 6,6$ jours contre $16,2 \pm 18,0$ jours, $p < 0,001$) et a entraîné une diminution significative du nombre d'événements indésirables graves (4,5 % avec l'OTSC® contre 70,3 % avec la chirurgie, $p < 0,001$). La mortalité hospitalière était également significativement plus faible avec l'OTSC® (35,1 % contre 9,1 %, $p = 0,003$).¹⁰

Ces résultats suggèrent que l'OTSC® permet non seulement d'assurer une hémostase efficace, mais constitue également une alternative plus sûre, associée à moins de complications, ce qui en fait un choix privilégié pour la prise en charge des hémorragies ulcéreuses réfractaires lorsque les traitements initiaux ont échoué.^{9,10}

Données cliniques

2. L'OTSC® donne de bons résultats pour l'hémostase endoscopique dans le tractus gastro-intestinal inférieur

L'OTSC® a également donné des résultats prometteurs dans la prise en charge des hémorragies gastro-intestinales basses (HGIB). Dans une étude multicentrique menée par Manta et al., les données de patients atteints d'hémorragies gastro-intestinales hautes (HGH) (n = 214) et d'hémorragies gastro-intestinales basses (HGIB) (n = 72) traités par OTSC® en première intention ont été évaluées. Le taux de réussite technique était de 97,9 % et celui de l'hémostase primaire de 96,4 %. La durée médiane d'hospitalisation était de quatre jours.¹¹ Manta et al. ont également analysé l'utilisation de l'OTSC® chez des patients présentant une hémorragie gastro-intestinale aiguë ne répondant pas aux traitements endoscopiques conventionnels. Une hémostase primaire a été obtenue dans 97 % des cas (29/30). Une récurrence hémorragique est survenue chez deux patients dans les 24 heures, mais a été traitée avec succès par injection endoscopique conventionnelle.¹² En 2021, Kawano et al. ont évalué l'OTSC® dans le traitement des saignements diverticulaires coliques chez 36 patients. Le taux de réussite de l'intervention était de 100 %, le taux d'effets indésirables de 0 % et le taux de récurrence hémorragique à 30 jours de 8,3 %.

Aucune embolisation artérielle transcathéter (EAT) ni aucune intervention chirurgicale supplémentaire n'ont été nécessaires.¹³

Tableau 3: Traitement endoscopique de première intention par agrafage endoscopique chez les patients présentant une hémorragie gastro-intestinale haute ou basse : une étude multicentrique (Manta et al., 2018).

	Total (n = 286)	HGH (n = 214)	HGIB (n = 72)
Taux de réussite technique (%)	280 (97,9)	208 (97,2)	72 (100)
Hémostase primaire (%)*	270 (96,4)	202 (97,1)	68 (94,4)
Nouvelle hémorragie précoce (%)**	12 (4,4)	9 (4,5)	3 (4,4)
Transfusion sanguine post-traitement (%)	14 (4,9)	8 (3,7)	6 (8,3)
Durée d'hospitalisation, médiane (intervalle) ; jours	4 (3-11)	4 (2-10)	4 (3-11)
Mortalité (%)	5 (1,9)	4 (2)	1 (1,5)

HGH, hémorragie gastro-intestinale haute ; HGIB, hémorragie gastro-intestinale basse

*Ces résultats ont été calculés chez 280 patients chez lesquels la procédure a été couronnée de succès sur le plan technique.

**Calculé chez 270 patients chez lesquels l'hémostase primaire a été obtenue.

Ces études montrent que l'OTSC® peut constituer un excellent traitement de première intention non seulement dans le tractus gastro-intestinal supérieur, mais aussi dans le tractus gastro-intestinal inférieur.

3. Analyse du rapport coût-efficacité : l'OTSC® peut s'avérer plus rentable pour l'hémostase que le traitement standard

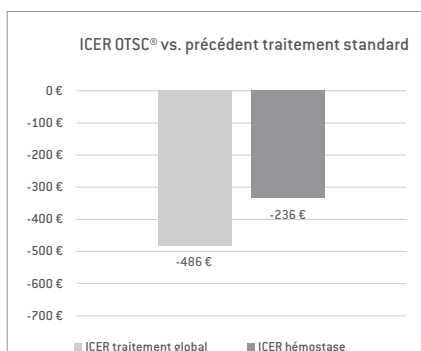
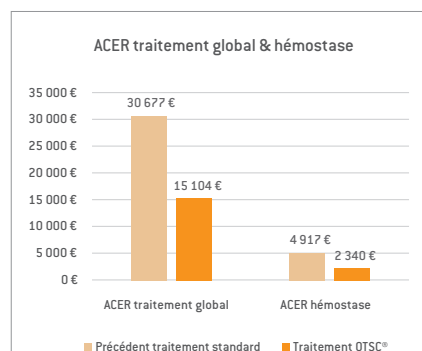
À partir des données cliniques de l'essai randomisé contrôlé STING, Kuellmer et al. ont analysé le rapport coût-efficacité du OTSC System pour l'hémostase et l'ont comparé à l'ancien traitement standard (endoclips conventionnels ou coagulation thermique associée à une injection). Pour cette analyse, les paramètres de rapport coût-efficacité ACER* et ICER** ont été calculés du point de vue du prestataire de soins de santé. Les résultats de l'analyse (tableau 4) montrent que l'ACER* du traitement par OTSC® est inférieur de 50 % à l'ACER* de l'ancien traitement standard, pour le traitement global à l'hôpital (15 104,48 € contre 30 677,05 €) et pour l'intervention endoscopique seule (hémostase) 2 340,46 € contre 4 917,41 €. L'ICER (traitement par OTSC® par rapport à l'ancien traitement standard) est de -468 € pour le traitement global

et de -236 € pour l'hémostase seule ; en d'autres termes, l'utilisation de l'OTSC® n'entraîne pas de coûts supplémentaires, mais permet au contraire de réduire les coûts par rapport à l'ancien traitement standard. Ce rapport coût-efficacité résulte de l'absence de coûts liés au suivi pour le traitement des hémorragies secondaires.¹⁴ Ces résultats sont également corroborés par Yu et al., qui ont démontré que l'OTSC® est particulièrement rentable en tant que traitement de première intention chez les patients présentant un saignement ulcéreux de risque moyen (Rockall 4-7) ou élevé (Rockall ≥ 8).¹⁵

Ces données montrent que le traitement OTSC®, qui présente des avantages cliniques supérieurs, est également rentable et permet même de réduire les coûts.

Tableau 4: OTSC vs traitement standard des hémorragies ulcéreuses récidivantes : une analyse coût-efficacité (Kuellmer et al., 2019).

	ACER* traitement global	ACER* hémostase	ICER** traitement global	ICER** hémostase
Ancien traitement standard	30 677,05 €	4 917,41 €	-468 €	-236 €
Thérapie OTSC®	15 104,48 €	2 340,46 €		



*Rapport coût-efficacité moyen (Average Cost-Effectiveness Ratio, ACER) : coûts moyens (en euros) par hémostase réussie (sans récurrence hémorragique)

**Rapport coût-efficacité différentiel (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER) : coûts différentiels moyens (en euros) associés à l'effet thérapeutique supplémentaire de l'OTSC® (hémostase réussie sans récurrence hémorragique)

Résumé

L'OTSC® démontre systématiquement un bénéfice clinique et s'avère supérieure aux techniques standard en matière d'hémostase gastro-intestinale

Le traitement par OTSC® affiche des taux de réussite supérieurs à ceux de la thérapie standard. En tant que traitement de première intention pour les hémorragies gastro-intestinales hautes, l'OTSC® améliore l'hémostase et prévient les récives hémorragiques

- Les taux de réussite clinique de l'OTSC® en matière d'hémostase sont nettement supérieurs à ceux du traitement standard, tant en première intention qu'en deuxième intention
- En tant que traitement de deuxième intention, l'OTSC® réduit considérablement la durée du séjour en soins intensifs et la mortalité hospitalière
- L'OTSC® a également donné des résultats prometteurs en matière d'hémostase dans le traitement des hémorragies gastro-intestinales basses
- La technique OTSC® est une procédure économique (analyse coût-efficacité)

» OTSC® apporte un bénéfice cliniquement pertinent et scientifiquement prouvé aux patients souffrant d'hémorragies.

Sources

1. Jensen DM, Kovacs T, Ghassemi KA, Kaneshiro M, Gornbein J. Randomized Controlled Trial of Over-the-Scope Clip as Initial Treatment of Severe Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19(11):2315-2323.e2.
2. Meier B, Wannhoff A, Denzer U, Stathopoulos P, Schumacher B, Albers D, Hoffmeister A, Feisthammel J, Walter B, Meining A, Wedi E, Zachäus M, Pickartz T, Küllmer A, Schmidt A, Caca K. Over-the-scope-clips versus standard treatment in high-risk patients with acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a randomised controlled trial (STING-2). Gut. 2022 Jul;71(7):1251-1258.
3. Chan S, Pittayanon R, Wang H-P, Chen J-H, Teoh AY, Kuo YT, Tang RS, Yip HC, Ng SKK, Wong S, Mak JWY, Chan H, Lau L, Lui RN, Wong M, Rerknimitr R, Ng EK, Chiu PWY. Use of over-the-scope clip (OTSC) versus standard therapy for the prevention of rebleeding in large peptic ulcers (size ≥ 1.5 cm): an open-labelled, multicentre international randomised controlled trial. Gut. 2023;72(4):638-43.
4. Lau JYW, Li R, Tan C-H, Sun X-J, Song H-J, Li L, Ji F, Wang B-J, Shi D-T, Leung WK, Hartley I, Moss A, Yu KYY, Suen BY, Li P, Chan FKL. Comparison of Over-the-Scope Clips to Standard Endoscopic Treatment as the Initial Treatment in Patients With Bleeding From a Nonvariceal Upper Gastrointestinal Cause: A Randomized Controlled Trial. nn Intern Med. 2023 Apr;176(4):455-462.
5. Soriani P, Biancheri P, Bonura GF, Gabbani T, Rodriguez de Santiago E, Dioscoridi L, Andrisani G, Luigiano C, Deiana S, Rainer J, Del Buono M, Amendolara R, Marino M, Hassan C, Repici A, Manno M. Over-the-scope clip as first-line treatment of peptic ulcer bleeding: a multicentre randomized controlled trial (TOP Study). Endoscopy. 2024;[56]:665-73.
6. Alali AA, Almadi MA, Martel M, Barkun AN. The use of cap-mounted clips as a primary hemostatic modality in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. Saudi J Gastroenterol. 2024;30(4):200-9.
7. Mega PF, Brunaldi V O, Bestetti A M, Kum AST, de Sousa IV, Lera dos Santos, ME, de Moura EGH. Over-the-scope clips vs standard endoscopic interventions for first-line treatment of NVU-GI bleeding: Meta-analysis of randomized trials. Endoscopy International Open 2025; 13(01): 1 - 5.
8. Schmidt AR, Gölder SK, Goetz M, Meining A, Lau JYW, Delius S v., Escher M, Hoffmann A, Wiest R, Messmann H, Kratt T, Walter B, Bettinger D, Caca K. Over-the-Scope Clips Are More Effective Than Standard Endoscopic Therapy for Patients With Recurrent Bleeding of Peptic Ulcers. Gastroenterology. 2018;155(3):674-686.e6.
9. Kuellmer A, Mangold T, Bettinger D, Maruschke L, Wannhoff A, Caca K, Wedi E, Hosseini ASA, Kleemann T, Schulz T, Jung C, Thimme R, Schmidt A. Over-the-scope clip versus transcatheter arterial embolization for refractory peptic ulcer bleeding-A propensity score matched analysis. United European Gastroenterol J. 2021;9(9):1048-56.
10. Kuellmer A, Mangold T, Bettinger D, Schiemer M, Mueller J, Wannhoff A, Caca K, Wedi E, Kleemann T, Thimme R, Schmidt A. Reduced mortality for over-the-scope clips (OTSC) versus surgery for refractory peptic ulcer bleeding: a retrospective study. Surg Endosc. 2023;37(3):1854-62.
11. Manta R, Mangiafico S, Zullo A, Bertani H, Caruso A, Grande G, Zito FP, Mangiavillano B, Pasquale L, Parodi A, Germanà B, Bassotti G, Monica F, Zilli M, Pisani A, Mutignani M, Conigliaro R, Galloro G. First-line endoscopic treatment with over-the-scope clips in patients with either upper or lower gastrointestinal bleeding: a multicenter study. Endosc Int Open. 2018;6(11):E1317-E1321.
12. Manta R, Galloro G, Mangiavillano B, Conigliaro R, Pasquale L, Arezzo A, Masci E, Bassotti G, Frazzoni M. Over-the-scope clip (OTSC) represents an effective endoscopic treatment for acute GI bleeding after failure of conventional techniques. Surg Endosc. 2013;27(9):3162-4.
13. Kawano K, Takenaka M, Kawano R, Kagoshige D, Kawase Y, Moriguchi T, Tanabe H, Katoh T, Nishi K, Kudo M. Efficacy of Over-The-Scope Clip Method as a Novel Hemostatic Therapy for Colonic Diverticular Bleeding. J Clin Med. Published online.
14. Kuellmer A, Behn J, Meier B, Wannhoff A, Bettinger D, Thimme R, Caca K, Schmidt AR. Over-the-scope clips are cost-effective in recurrent peptic ulcer bleeding. United European Gastroenterol J. 2019;7(9):1226-33.
15. Yu JX, Russell WA, Asokkumar R, Kaltenbach T, Soetikno R. Clipping Over the Scope for Recurrent Peptic Ulcer Bleeding is Cost-Effective as Compared to Standard Therapy: An Initial Assessment. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2020 Jan;30(1):91-97.

Portée pédagogique :

Dans cette brochure, nous fournissons des informations destinées aux professionnels de santé à titre d'outil pédagogique et en toute bonne foi. Ces informations sont fournies sans aucune garantie, bien qu'elles aient fait l'objet d'un examen approfondi et soient considérées comme utiles et précises au moment de la publication. Les auteurs et les fabricants ne peuvent être tenus responsables des pertes ou dommages résultant de leur utilisation. Nous renvoyons aux notices d'utilisation fournies avec chaque dispositif, qui contiennent des consignes valides.

