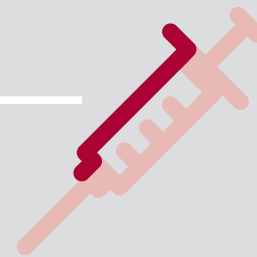


# à retenir

du n°1 janvier 2018



## La polyposse gastrique : diagnostic et prise en charge

Pierre Martyniuck, Ingrid Popa, Andréa Nistor, Marc Hervouet

- La prévalence des polypes gastriques s'élève jusqu'à 6 % de la population générale dans les pays occidentaux.
- Un nombre de polypes supérieur à dix définit le terme de polyposse.
- Les polypes hyperplasiques gastriques représentent environ 17 % des polypes trouvés lors de la réalisation d'une endoscopie digestive haute.
- Lors de la découverte d'une polyposse hyperplasique, les biopsies gastriques sont indispensables à la recherche d'une infection à *Helicobacter pylori*.
- En cas de polyposse hyperplasique, il est recommandé de réaliser une résection des polypes de plus de 5 millimètres.
- La prise d'inhibiteurs de la pompe à proton au long cours, en particulier au-delà d'un an, est probablement à l'origine du développement de polypes glandulokystiques.
- L'hypergastrinémie causée par les inhibiteurs de la pompe à proton n'explique pas la formation des polypes glandulokystiques.
- La dégénérescence des polypes glandulokystiques est rare.
- Après la colectomie, la surveillance se prolonge tout au long de la vie compte tenu du risque persistant de développer un cancer au niveau gastrique, rectal et surtout au niveau duodénal.
- Le risque d'apparition d'une dysplasie de bas grade et de haut grade sur les polypes gastriques est respectivement de 38 % et de 3 %.
- Dans le syndrome de Peutz-Jeghers, le risque de transformation maligne des polypes en cancer gastrique est d'environ 29 %.
- En cas de polyposse juvénile, une surveillance à vie par endoscopie digestive haute régulière est justifiée à partir de l'âge de 12 ans.
- Il existe parfois une rémission de la maladie de Cronkhite-Canada après éradication de *Helicobacter pylori*.
- Une consultation d'oncogénétique doit être systématiquement proposée dans le cadre d'un syndrome de polyposse héréditaire. ■

## Actinomycose digestive

Sandra Granier, Virginie Zarrouk, Jacques Mauillon, Pascal Hammel

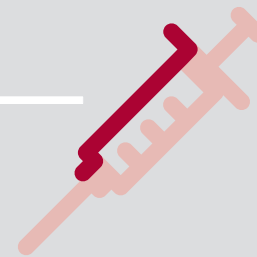
- Le germe *Actinomyces* est présent dans la flore orale, bronchique, gastro-intestinale et génitale à l'état indolent.
- L'infection se propage par contiguïté, et plus rarement par voie hématogène ou lymphatique.

- L'actinomycose est une infection rare.
- L'actinomycose peut toucher l'ensemble de l'appareil digestif.
- Un traumatisme ou une inflammation locale peut altérer la barrière muqueuse et favoriser une actinomycose. Une immunodépression peut l'aggraver.
- L'actinomycose, on n'y pense pas assez !
- La présence d'un exsudat jaunâtre à l'endoscopie doit faire évoquer le diagnostic.
- L'identification de *Actinomyces* requiert un transport très rapide du prélèvement au laboratoire et une culture prolongée.
- L'histologie vient à la rescousse diagnostique en cas de culture négative.
- Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée avec l'amoxicilline. La chirurgie devrait être réservée aux formes compliquées.
- L'actinomycose est rarement associée à un cancer sous-jacent. ■

## Actualités du TIPS, première partie : vers une meilleure sélection des patients

Chloé Billey, Martin Depaire, Christophe Bureau

- Le TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*) a supplanté la chirurgie de dérivation porto systémique, plus morbide.
- L'objectif hémodynamique est d'obtenir un gradient inférieur à 12 mmHg.
- La mise en place du TIPS pour hémorragie réfractaire permet un contrôle de l'hémorragie dans 90 % des cas.
- Le concept de *Early TIPS* consiste en la mise en place d'un TIPS précoce, chez les malades considérés comme à haut risque de récurrence hémorragique.
- Le TIPS est un traitement de seconde ligne et doit être discuté après échec de la prévention secondaire bien conduite de la récurrence hémorragique.
- Le TIPS devient un traitement de première ligne chez des patients avec une ascite tendue récidivante non contrôlée par les diurétiques.
- Le TIPS apporte un bénéfice chez 80 % des patients cirrhotiques atteints d'hydrothorax réfractaire.
- La présence d'une thrombose porte n'est plus une contre-indication à la mise en place d'un TIPS, et pourrait même parfois être une indication.
- Des données suggèrent que certains patients avec hypertension portale non cirrhotique compliquée seraient de bons candidats à la mise en place d'un TIPS.
- Plusieurs petites séries publiées suggèrent l'intérêt du TIPS préopératoire. ■



### Facteurs prédictifs d'efficacité de l'immunothérapie en oncologie digestive

Anthony Lopez

- Pour le cancérologue digestif, pas un jour ne se passe actuellement sans que l'immunothérapie ne soit évoquée, notamment par les patients.
- La réponse à l'immunothérapie n'est possible que lorsque les facteurs stimulant l'immunité anti-cancéreuse surpassent les facteurs inhibiteurs.
- Ces facteurs sont à la fois liés à la tumeur (altérations génétiques, sécrétion de cytokines...), à l'hôte (microbiote intestinal, présence d'une infection...) et à l'environnement (exposition solaire...).
- Le taux de réponse objective est d'environ 20 % et la médiane de survie globale de sept mois avec les inhibiteurs de checkpoint immunitaire en oncologie digestive.
- Trois cas de figure favorables se détachent avec l'immunothérapie en oncologie digestive : l'association inhibiteurs de checkpoint immunitaire + chimiothérapie dans les cancers gastriques, les tumeurs microsatellite instable et les cancers du canal anal.
- Chez les patients avec une tumeur digestive PD-L1 +, le taux de réponse objective est doublé voire triplé par rapport aux patients porteurs d'une lésion PD-L1.
- Le statut microsatellite instable est à l'heure actuelle le facteur prédictif d'efficacité le plus pertinent des inhibiteurs de checkpoint immunitaire.
- La charge en néo-épitopes mutationnels apparaît comme l'élément central de l'immunité anti-tumorale, ce qui fait de ce paramètre le plus prometteur en termes de prédiction d'efficacité de l'immunothérapie.
- D'autres facteurs prédictifs sont à confirmer, comme le phénotype tumoral, le microbiote intestinal, la génétique de l'hôte ou certains facteurs environnementaux comme l'exposition solaire. ■

### Dossier FMC

#### Les hépatites virales non-A, non-B, non-C, non-D

Cordonné par Jean-Pierre Bronowicki

- La contamination fécale de l'eau est responsable des grandes épidémies d'hépatite E dans les zones d'endémie.

- Les cas sporadiques peuvent être dus à l'ingestion de viande crue ou mal cuite.
- Le taux de mortalité de l'hépatite aiguë E chez la femme enceinte en zone d'endémie est très élevé.
- En France, l'hépatite E survient souvent chez un sujet ayant une hépatopathie chronique dans 25 % des cas.
- Des formes chroniques ont été décrites chez les patients immuno-déprimés. Dans ces cas, le traitement repose sur la ribavirine.
- Le diagnostic de l'hépatite E repose sur la recherche des anticorps anti-VHE IgM et de l'ARN-VHE dans les selles ou le sang.
- L'infection à un virus appartenant à la famille des herpes virus évolue en 3 phases : primo-infection, latence, réactivation.
- L'infection à HSV peut être grave chez l'immunodéprimé et la femme enceinte avec atteinte possible de l'œsophage, du poumon et du foie. Dans les formes sévères d'hépatites herpétiques, la mortalité peut atteindre 80 % sans traitement par l'aciclovir. Ce traitement doit être débuté avant toute confirmation biologique.
- Une cytolysé hépatique minime est observée chez plus de 25 % des enfants atteints de varicelle.
- Des hépatites graves à CMV s'observent le plus souvent chez les patients immuno-déprimés. L'infection ou la réactivation à CMV doit être prévenue par valganciclovir ou ganciclovir ou valaciclovir chez les patients recevant une transplantation d'organe.
- Une cytolysé hépatique existe dans 90 % des cas de primo-infection à EBV. L'EBV est une cause rare d'hépatite fulminante.
- Une cytolysé hépatique minime est trouvée dans 70 % des cas de rougeole chez l'adulte. La rougeole peut entraîner des hépatites graves notamment chez l'immunodéprimé et chez les femmes enceintes.
- En cas de suspicion d'arbovirose, un prélèvement sanguin avec les renseignements cliniques peut être adressé au CNR des arbovirus à l'Institut Pasteur. C'est le laboratoire qui choisira les PCR et/ou les sérologies les plus pertinentes.
- En cas de fièvre jaune, le foie peut être atteint lors de la deuxième phase toxique. Le risque de décès dans ce cas est important.
- L'élévation des transaminases est quasi constante au cours de la dengue. ■