

à retenir

du n°10 décembre 2017

Les techniques mini-invasives en chirurgie hémorroïdaire : la fin du règne de l'hémorroïdectomie ?

Nadia Fathallah, Élise Pommaret, Élise Crochet, Denis Soudan, Nicolas Lemarchand, Hélène Pillant-Le Moul, Vincent de Parades

- Des techniques mini-invasives hémorroïdaires sont en plein essor en raison des suites postopératoires plus simples et moins contraignantes que celles de l'hémorroïdectomie classique.
- Les deux techniques les plus connues sont l'anopexie de Longo et les ligatures sous contrôle doppler +/- mucopexie.
- Les techniques chirurgicales hémorroïdaires dites mini-invasives ne résèquent pas le tissu hémorroïdaire mais le dévascularisent et/ou le remontent et/ou le détruisent.
- L'hémorroïdoplastie au laser, la HeLP® et la radiofréquence Rafaelo® sont les techniques les plus récentes.
- L'anopexie et les ligatures doppler +/- mucopexie sont associées à des suites postopératoires moins contraignantes et moins douloureuses que l'hémorroïdectomie.
- Les complications postopératoires de l'anopexie et des ligatures doppler sont peu fréquentes et le plus souvent mineures.
- L'absence de plaie nécessitant des soins et une douleur moins importante en postopératoire sont les principaux avantages de ces techniques.
- Le risque d'échec précoce, de récurrence à terme et le surcoût sont les inconvénients de ces techniques.
- Ces techniques sont intéressantes chez les patients ayant une maladie hémorroïdaire modérée, en échec du traitement instrumental, redoutant la chirurgie classique et/ou souhaitant éviter un arrêt d'activité prolongé.
- Il faut éviter ces techniques en cas de volumineux prolapsus hémorroïdaire, de thromboses externes répétées, de marisques gênantes et/ou de fissure associée.
- Le choix entre ces différentes techniques se fait selon la plainte du patient, ses attentes, le stade anatomique de la maladie hémorroïdaire, les habitudes du praticien et le matériel dont il dispose. ■

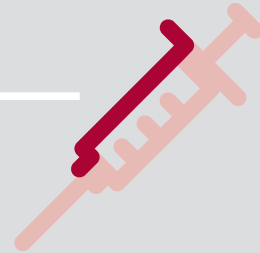
Nutrition et pancréatite aiguë

Bénédicte Caron, Marlène Nguimpi-Tambou, Yaniv Berdugo, Marion Bolliet, Lawrence Serfaty, Bernard Duclos, Jean-Marie Reimund

- Le pancréas occupe un rôle-clé dans la digestion des aliments, l'absorption des macro-nutriments, et donc l'homéo-

stasie nutritionnelle. Au cours des pancréatites aiguës, la dénutrition augmente sa morbi-mortalité.

- Le pronostic de la pancréatite aiguë dépend essentiellement de sa gravité, avec une mortalité variant de 5 à 20 %.
- En absence d'un(de) traitement(s) pharmacologique(s) spécifique(s), seules les mesures générales, symptomatiques, permettent d'en réduire la morbi-mortalité. Le support nutritionnel en est un élément majeur.
- Dans la pancréatite aiguë, surtout dans les formes sévères, l'activation excessive du système inflammatoire et immunitaire conduit à une activation excessive du catabolisme protéique et à une altération du métabolisme glucidique.
- La rupture de la barrière épithéliale avec translocation bactérienne et l'altération des fonctions intestinales augmentent les risques de complications, et par voie de conséquence la morbidité et la mortalité.
- L'intervention nutritionnelle par voie entérale, a pour objectifs de pallier aux effets cataboliques et aux altérations métaboliques et de limiter ses effets sur la fonctionnalité du tube digestif.
- Dans la pancréatite aiguë sévère, de nombreuses études ont montré que la nutrition entérale comparée à la nutrition parentérale améliore le pronostic des malades, notamment en réduisant la fréquence des complications mais aussi la mortalité.
- Le recours à une nutrition parentérale doit rester une exception limitée aux situations d'intolérance majeure ou d'impossibilité technique d'administrer une nutrition entérale.
- Dans la pancréatite aiguë sévère, le recours à des solutions de nutrition entérale élémentaire ou semi-élémentaire n'offre aucun avantage comparé à l'utilisation de solutions polymériques standards qui doivent être utilisées préférentiellement.
- À l'heure actuelle, aucun nutriment spécifique a fait la preuve de son efficacité, même si les études sont encore trop peu nombreuses dans ce domaine et concernent souvent de faibles effectifs.
- Des recommandations éditées par l'European Society of Parenteral and Enteral Nutrition indiquent le support nutritionnel cible.
- Plusieurs études randomisées contrôlées indiquent que le bénéfice de la nutrition entérale n'est réel que si celle-ci est initiée dans les 48 heures suivant le début de la pancréatite aiguë.
- Dans la pancréatite aiguë sévère, l'administration de la nutrition entérale par voie naso-gastrique est aussi efficace et aussi sûre que par voie naso-jéjunale.



- Dans les pancréatites aiguës légères ou modérées, la nutrition entérale n'est habituellement pas utile, la reprise de l'alimentation par voie orale étant le plus souvent rapidement possible.
- Contrairement aux habitudes encore bien ancrées en pratique clinique quotidienne, cette réalimentation per os peut d'emblée faire appel à une alimentation solide. ■

Infiltration locale d'anti-TNF α pour les fistules anales de Crohn : une fausse bonne idée ?

Damien Soudan, Nadia Fathallah, Élise Pommaret, Vincent de Parades, Philippe Marteau

- On estime que l'atteinte ano-périnéale survient dans 40 % à 50 % des cas de maladie de Crohn à 20 ans d'évolution.
- La physiopathologie de la fistule anale de la maladie de Crohn semble reposer sur le phénomène de transition épithélio-mésenchymateuse dont de nombreux inducteurs comme le TNF α ont été identifiés.
- Les anti-TNF α IV sont aujourd'hui les traitements les plus efficaces pour obtenir une cicatrisation des fistules anales de maladie de Crohn.
- L'administration locale d'anti-TNF α permettrait en théorie d'améliorer la biodisponibilité du médicament au sein du trajet fistuleux.
- Les taux de guérison complète clinique des fistules après infiltration d'infliximab est de 36 à 75 %.
- L'usage d'infiltration locale d'anti-TNF α était une thérapeutique acceptable, et bien tolérée.
- L'usage d'anti-TNF α IV pour un contrôle parfait de la maladie luminale en complément de l'infiltration locale doit encore être évalué. ■

La prévention du cancer de l'anus : bientôt sur les écrans ?

Vincent de Parades, Nadia Fathallah, Simon Pernot, Damien Levoir, Jean-David Zeitoun, Élise Crochet, Paul Benfred, Nabil Baba Hamed, Élise Pommaret, Manuel Aubert, Éric Raymond

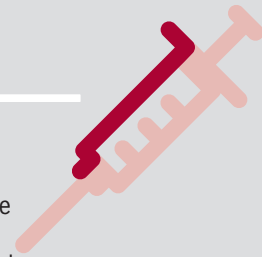
- L'incidence du cancer de l'anus augmente d'un peu plus de 2,5 % par an dans le monde.
- Les principaux facteurs de risque sont l'infection par le VIH mais aussi un antécédent de néoplasie cervico-vulvo-vaginale, un antécédent d'infection(s) ano-rectale(s) sexuellement transmise(s), des rapports anaux passifs, un « grand » nombre de partenaires sexuels, le tabagisme et/ou les états d'immuno-dépression.
- L'infection par les papillomavirus humains est reconnue comme un agent causal de ce cancer.

- Le cancer invasif est en général précédé par une lésion précancéreuse de néoplasie intra-épithéliale de haut grade.
- La population spécifique des hommes homosexuels infectés par le VIH pose un problème préoccupant.
- L'utilisation de préservatifs est peu efficace en prévention primaire.
- L'efficacité de la vaccination a été démontrée dans la prévention de la survenue des lésions de néoplasie intra-épithéliale de l'anus.
- La vaccination est recommandée chez les jeunes filles avant leurs premiers rapports sexuels et chez les hommes homosexuels avant l'âge de 26 ans.
- L'enjeu majeur de la prévention du cancer de l'anus va résider dans la capacité de la communauté soignante à convaincre la population de la pertinence de la vaccination contre les papillomavirus humains.
- La généralisation à grande échelle de cette vaccination permettrait également de prévenir la survenue des lésions de néoplasie intra-épithéliale du col de l'utérus, de la vulve et du vagin ainsi que celles des voies aéro-digestives supérieures dans les deux sexes.
- La prévention secondaire consiste à dépister les lésions de néoplasie intra-épithéliale qui précèdent le cancer invasif chez les patients à risque.
- Il n'y a pas de consensus sur les modalités du dépistage des lésions précancéreuses.
- Ce dépistage est recommandé chez certains sujets à risque, notamment les patients infectés par le VIH, mais ses modalités et sa pertinence sont encore source de débat. ■

Les télomères et leurs caractéristiques dans le cancer colorectal

Éric Le Balc'h, Thierry Lecomte, Michel Charbonneau

- Les télomères permettent de préserver l'intégrité du génome.
- Pour devenir immortelles, les cellules tumorales doivent contourner la sénescence répllicative induite par le raccourcissement télomérique.
- La taille des télomères au sein du tissu tumoral est plus petite que celle mesurée au sein du tissu sain adjacent.
- Les caractéristiques télomériques et les voies de signalisation impliquant la voie EGFR sont étroitement liées.
- Une activité de la télomérase intense et/ou un taux important d'ARN messager codant pour hTERT dans le tissu tumoral sont des facteurs de mauvais pronostic du cancer colorectal.
- Le taux plasmatique d'ARNm TERT est un facteur pronostique dans le cancer colorectal. ■



Méthodes alternatives à la cytologie pour le diagnostic d'infection spontanée du liquide d'ascite chez le patient cirrhotique

Grégoire Boivineau, Delphine Weil-Verhoeven, Jean-Paul Cervoni, Vincent Di Martino, Thierry Thévenot

- La mortalité de l'infection spontanée du liquide d'ascite reste élevée.
- La prévalence de l'infection spontanée du liquide d'ascite est estimée à 10-30 % chez les patients cirrhotiques hospitalisés avec une mortalité supérieure à 60 % à un an malgré un traitement approprié.
- Le diagnostic précoce et le traitement immédiat de l'infection spontanée du liquide d'ascite sont primordiaux.
- Le diagnostic d'infection du liquide d'ascite est défini par un nombre de polynucléaires neutrophiles supérieur à 250/mm³ indépendamment du résultat de la culture bactériologique.
- La cytologie classique du liquide d'ascite est opérateur-dépendant, chronophage et onéreuse.
- Le comptage automatisé pourrait pallier à l'incapacité de réaliser la cytologie manuelle mais n'est pas recommandée en raison du faible nombre d'appareils répondant aux critères de qualité.
- Un système de transport pneumatique des prélèvements est susceptible d'augmenter le nombre de faux négatifs par lyse des polynucléaires neutrophiles.
- Les bandelettes urinaires ne sont pas adaptées au diagnostic de l'infection spontanée du liquide d'ascite en raison d'une faible sensibilité.
- La bandelette réactive, Periscreen[®], utilisée pour le diagnostic d'infection du liquide péritonéal au cours de la dialyse, a une performance optimale notamment chez le patient ambulatoire.
- Le principal avantage de la spectroscopie du liquide d'ascite est la rapidité du résultat obtenu en quelques secondes.
- La grande disparité des seuils recommandés ne permet pas d'utiliser le dosage de la lactoferrine pour diagnostiquer l'infection du liquide d'ascite. ■

Place et controverse des bêtabloquants au cours de la cirrhose en 2017

Justin Faure, Delphine Weil, Morgan Faivre, Jean-Paul Cervoni, Vincent Di Martino, Thierry Thévenot

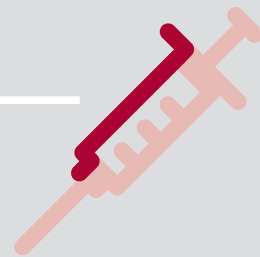
- L'utilisation des bêtabloquants non cardiosélectifs permet de diminuer l'hypertension portale en abaissant le débit cardiaque et en réalisant surtout une vasoconstriction artérielle splanchnique.
- En s'opposant à l'activation du système nerveux sympathique, le rapport bénéfice/risque des bêtabloquants non cardiosélectifs pourrait s'inverser chez les patients cirrhotiques les plus sévères.

- Les bêtabloquants représentent le traitement de référence des varices œsophagiennes de grade 2 ou 3 en prophylaxie primaire. Ils sont également indiqués en cas de varices de grade 1 avec présence de signes rouges ou d'une cirrhose classée Child-Pugh C.
- En prophylaxie secondaire, la stratégie de première ligne est la combinaison bêtabloquants non cardiosélectifs–ligature endoscopique des varices œsophagiennes.
- Les bêtabloquants possèdent aussi des effets non hémodynamiques permettant d'accélérer le transit intestinal, de réduire la pullulation bactérienne intestinale et ainsi la translocation bactérienne intestinale.
- L'effet bénéfique des bêtabloquants non cardiosélectifs sur la translocation bactérienne semble restreint aux bactéries gram négatif.
- En cas d'ascite réfractaire, les bêtabloquants non cardiosélectifs ont été associés au développement d'une dysfonction circulatoire post-paracentèse.
- Une méta-analyse a mis en évidence une diminution du risque d'infection spontanée du liquide d'ascite sous bêtabloquants non cardiosélectifs.
- L'administration de bêtabloquants non cardiosélectifs dans des situations critiques pourrait rendre la réserve myocardique insuffisante et augmenter le risque de syndrome hépatorénal et de décès.
- Il est souvent nécessaire d'interrompre les bêtabloquants en cas d'ascite réfractaire ou d'infection spontanée du liquide d'ascite surtout s'il apparaît une hypotension artérielle systolique (< 90 mmHg) ou une dégradation de la fonction rénale (créatininémie > 130 µmol/L).
- Le carvedilol augmente le nombre de patients répondeurs hémodynamiques en échec de réponse avec le propranolol.
- Les doses de bêtabloquants non cardiosélectifs doivent donc être réévaluées en fonction de l'évolution de la maladie hépatique et rénale.
- Il est recommandé d'utiliser prudemment le propranolol et le nadolol chez les patients avec une ascite réfractaire en surveillant régulièrement la fonction rénale, la natrémie et la pression artérielle.
- En cas d'ascite réfractaire ou d'infection spontanée du liquide d'ascite, la dose de propranolol et de nadolol ne doit pas dépasser 160 mg/jour et 80 mg/jour, respectivement, et le carvedilol est à proscrire. ■

Pourquoi chercher la carence martiale chez les patients ayant une maladie inflammatoire intestinale ?

Dominique Lamarque (mini-revue réalisée avec le soutien financier du laboratoire Vifor Pharma)

- La prévalence de la carence en fer dans les maladies inflammatoires est estimée à 45 %.
- En cas d'inflammation la ferritinémie s'élève et la carence doit être évoquée si elle inférieure à 100 µg/L.



- Le déficit fonctionnel en fer en cas d'inflammation provoque une anémie caractérisable par une élévation de la ferritinémie au-dessus de 100 µg/L et une réduction de la saturation en transferrine inférieure à 20 %.
- L'objectif du traitement est d'augmenter la concentration de l'hémoglobine d'au moins 2 g/dL en quatre semaines.
- Le traitement de la maladie inflammatoire est la toile de fond de la prise en charge de la carence martiale.
- Le consensus européen de l'ECCO préconise l'usage du fer injectable.
- Une carence martiale doit être cherchée annuellement chez les patients ayant une maladie inflammatoire intestinale.
- Un objectif de ferritine > 400 µg/L post-traitement par fer IV permet d'éviter les carences en fer dans les 1 à 5 ans. ■



Vous souhaitez recruter
un médecin pour compléter
votre équipe médicale ?

Pour une diffusion **maximale de votre petite annonce**

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site www.jle.com

- Contactez Corinne Salmon
01 46 73 06 63
corinne.salmon@jle.com
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site
www.jle.com