À retenir du n°10 Décembre 2018

Conception d'une application mobile d'aide à la prise en charge en Hépato-Gastroentérologie à destination des internes : le projet « GastroHelp »

Julien Lazartigues, Alice Gangloff, Mélanie Hassine, Mathieu Daveau, Pierre Michel, Frédéric Di Fiore, Guillaume Savoye

- Le taux d'équipements en smartphones connaît une très forte progression en France.
- Les médecins utilisent leur smartphone pour la navigation internet et les applications mobiles
- Les principales perspectives de développement souhaitées par les médecins sont l'accès aux bases de données médicamenteuses et les aides à la prescription, à la décision ou au diagnostic.
- En 2017, il existait plus de 325 000 applications mobiles disponibles sur smartphone.
- L'absence d'applications mobiles dédiées aux internes d'Hépato-Gastroentérologie ont conduit au lancement du projet « GastroHelp ».
- Le but du projet GastroHelp est la mise en place d'un guide de prise en charge sous forme d'application mobile.
- Le cahier des charges exigeant pour le contenu de l'application mobile a été établi à partir des règles de bonnes pratiques de la HAS et du guide de bonnes pratiques édité par l'entreprise de labellisation dmdSanté®.
- L'application « GastroHelp » est quasi-finalisée sur le plan technique.
- Les risques médico-légaux de ce type d'application ne doivent pas être négligés.
- La rédaction de conditions générales d'utilisation est impérative pour limiter la responsabilité de l'éditeur.
- Une relecture systématique du contenu par un comité de relecture est fortement conseillée
- Les responsables des applications d'aide médicale s'exposent à un risque médico-légal, quelles que soient les précautions juridiques prises.
- L'application mobile « GastroHelp » est voulue comme gratuite et diffusée le plus largement possible.
- Un financement est nécessaire pour lancer la première version de l'application et permettre la pérennité de ce projet.
- L'application est quasi-finalisée sur le plan technique et le contenu est en cours de relecture.
- Le test de l'application en pratique clinique pourra être lancé dans les prochains mois mais nécessite l'obtention d'un financement pour limiter les risques médico-légaux.

Pancréatite et hypertriglycéridémie : de la physiopathologie à la prise en charge

Vinciane Rebours, Philippe Lévy, Éric Bruckert

- Les pancréatites aiguës secondaires à une hypertriglycéridémie sont le plus souvent méconnues et non cherchées.
- Le dosage des triglycérides sériques n'est pas réalisé de manière systématique dans les structures d'urgence qui accueillent les patients ayant une pancréatite aiguë et il est difficile de faire le diagnostic *a posteriori*.
- Les acides gras libres ont une toxicité directe sur les cellules acinaires pancréatiques et l'accumulation de chylomicrons est à l'origine de microthrombi dans les petits vaisseaux pancréatiques.
- L'association de ces deux phénomènes explique que les pancréatites aiguës survenant sur hypertriglycéridémie sont souvent graves et nécrosantes.
- La sévérité et les complications de la pancréatite sont corrélées au taux de triglycérides sériques.
- Il n'est pas recommandé de réaliser des tests génétiques supplémentaires notamment pour les gènes *SPINK1*, *CTRC* et *CFTR* chez les patients présentant une hypertriglycéridémie primaire.
- L'origine d'une hypertriglycéridémie à une pancréatite peut être retenue si le taux sérique est >10 mmol/L (ou > 10 g/L).
- En raison de la demi-vie très brève des chylomicrons (moins d'une heure) et des VLDL, le dosage des triglycérides doit être réalisé dès la survenue des douleurs abdominales et au mieux, dès l'admission du patient aux urgences.
- L'hypertriglycéridémie est une cause de pancréatite aiguë associée à la survenue d'une insuffisance rénale, d'une insuffisance respiratoire, de décès et de SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*).
- En cas d'hypertriglycéridémie compliquée de pancréatite aiguë, le taux de rechute est important, généralement > 25 %.
- Les hypertriglycéridémies sont le plus souvent secondaires, notamment au cours du syndrome métabolique, la grossesse.
- Les pancréatites aiguës sur hypertriglycéridémie surviennent sur un terrain fragile avec de nombreuses co-morbidités qui ont une part majeure sur la sévérité de la pancréatite et la survenue potentielle de défaillance d'organe.

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2018.1724

Association de biothérapies au cours des MICI : quel intérêt en pratique ?

Jérôme Filippi, Shomron Ben-Horin, Xavier Hébuterne, Xavier Roblin

- L'adjonction d'ustékinumab à un traitement anti-TNF ne semble pas améliorer le psoriasis paradoxal.
- L'utilisation « précoce » d'un traitement par védolizumab ne compromet pas l'efficacité et la tolérance chez des patients en échec d'un traitement anti-TNF.
- L'association ustékinumab et védolizumab reste anecdotique, et ne doit être réservée qu'à des centres experts après discussion et validation collégiale de ce choix.
- Des observations cliniques suggèrent la faisabilité d'une association anti-TNF et védolizumab, mais il ne faut pas perdre de vue le risque d'infections opportunistes chez les patients atteints de MICI.
- Il est désormais possible de cibler différents antigènes grâce à des mêmes molécules qui sont en cours de développement dans différentes aires thérapeutiques.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des sténoses bénignes des voies biliaires : la place prépondérante de l'endoscopie

Violaine Randrian, Laurent Poincloux

- Les sténoses biliaires bénignes représentent 30 % des sténoses biliaires.
- Aucun marqueur biologique ne permet de déterminer le caractère bénin ou malin d'une sténose biliaire.
- L'intérêt diagnostique de l'ACE et du CA19-9 est faible.
- L'imagerie n'affranchit pas du bilan endoscopique à visée diagnostique des sténoses biliaires suspectes d'êtres malignes.
- L'endoscopie a plusieurs objectifs: échoendoscopie pour faire le bilan d'extension locorégional et une ponction-biopsie ; cholangiographie pour drainer et combiner le brossage de la voie biliaire avec l'aspiration de bile sus-sténotique.
- La CPRE permet de combiner brossage endo-canalaire, biopsies intra-canalaires et aspiration concomitante de liquide biliaire sus-sténotique pour éliminer la nature maligne d'une sténose.
- La survenue de cholangite, et surtout de pancréatite, post-procédure est significativement augmentée en cas de cholangioscopie.
- L'intérêt de l'endomicroscopie confocale est validé dans le diagnostic des sténoses biliaires.
- L'endomicroscopie confocale reste cependant une technique de dernière intention de par son coût élevé et sa reproductibilité inter-opérateur non encore établie.
- Le traitement des sténoses biliaires bénignes comprend en première intention le drainage et le traitement étiologique.
- La cholangite sclérosante primitive est un cas particulier pour lequel on privilégiera les dilatations itératives des sténoses les plus prononcées.
- La calibration d'une sténose biliaire bénigne par prothèses métalliques couvertes est le traitement de référence avec un changement tous les 4 à 6 mois pendant 1 an.
- Le drainage percutané radiologique n'est pas fréquemment envisagé en première intention pour des motifs techniques mais il est intéressant en cas de sténose difficilement accessible à l'endoscopie.
- L'échec du traitement endoscopique est défini par la récidive ou la persistance de la sténose après un an de prise en charge endoscopique.
- La cause de la sténose guide le choix de la technique de traitement endoscopique.

Physiopathologie et histoire naturelle de la carcinose péritonéale d'origine digestive

Carole Vitellius, Guillaume Roquin, Margot Laly, Aurélien Venara, François-Xavier Caroli-Bosc

- La cavité péritonéale est la plus grande cavité du corps humain.
- La cavité péritonéale est divisée en trois compartiments: sus-mésocolique, sous-mésocolique et pelvien.
- L'anatomie du péritoine détermine l'existence de zones à risque de carcinose.
- Les cellules mésothéliales produisent un surfactant ayant un rôle de lubrification, d'immuno-régulation et dans la réparation tissulaire.
- La membrane péritonéale favorise les échanges entre le plasma et le péritoine.
- Le liquide péritonéal contient divers types de cellules immunitaires.
- La membrane péritonéale est une structure dynamique qui dans des circonstances favorables va contribuer à l'essaimage de la carcinose péritonéale.
- Il y a deux modes de dissémination tumorale péritonéale : la voie trans-mésothéliale et la voie trans-lymphatique.
- Le sens d'écoulement du fluide péritonéal et son absorption sur des sites anatomiques spécifiques sont des mécanismes importants de la diffusion d'une tumeur dans le péritoine.
- La présence de cellules tumorales dans le liquide péritonéal est un facteur pronostique péjoratif.

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2018.1724

- L'adhésion des cellules tumorales au péritoine est un processus complexe impliquant de nombreuses familles moléculaires.
- La rupture de la matrice extracellulaire est un élément crucial dans l'implantation des cellules tumorales.
- La néo-angiogenèse est la condition nécessaire à la prolifération tumorale.
- Après chirurgie de cytoréduction péritonéale ± chimio-hyperthermie intrapéritonéale pour carcinose d'origine colorectale, la survie des patients est proche de celle des patients avec résection de métastases hépatiques.

Polypes vésiculaires : Diagnostic et prise en charge

Mehdi El amrani, Stéphane Truant, François-René Pruvot

- Les pseudo-polypes vésiculaires sont toujours bénins et représentent 70 % des formations polypoïdes vésiculaires.
- Les polypes vésiculaires peuvent être bénins (adénome) ou malins (adénocarcinome) et sont rarement isolés.
- L'échographie abdominale est l'examen de référence pour l'exploration des polypes vésiculaires.
- Un polype vésiculaire > 10 mm est une indication de cholécystectomie.
- Une cholécystectomie est indiquée en cas de polype < 10 mm en présence d'une symptomatologie biliaire.
- La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de cancer vésiculaire et d'un polype dont la taille est entre 6 et 9 mm sont une indication de cholécystectomie.

Prise en charge des jeunes patients porteurs de maladies chroniques du foie ou transplantés hépatiques suivis en pédiatrie et arrivant à l'âge adulte : recommandations de la filière de santé Filfoie

Dominique Debray, Odile Goria, Dalila Habes, Teresa Antonini, Florence Lacaille, Annie Masmonteil, Colette Danet, Djelika Kone, Djamila Fezaa, Marion Soulié, Alexandra Flouris, Virginie Tsilibaris, Muriel Girard

- La transition est un processus progressif et coordonné visant le passage du jeune patient d'un service de soins pédiatrique vers un service pour adultes.
- L'instauration, dès le début de l'adolescence d'un style relationnel qui favorise l'autonomie du jeune est conseillée.
- Le pédiatre doit informer l'adolescent et ses parents, plusieurs années en amont, des conditions prévues pour organiser la prise en charge en service de soins pour adultes.
- Il est important que le pédiatre ait identifié au moins 1 an avant la période prévue du transfert le futur médecin spécialiste référent « adulte ».
- L'autonomisation de l'adolescent est indispensable pour une transition réussie.
- Il apparaît essentiel de recevoir l'adolescent seul une partie de la consultation dès l'âge de 12-14 ans, d'évaluer régulièrement ses connaissances autour de sa maladie, et aborder les risques liés à la mauvaise observance du traitement et de certaines conduites à risque.
- Le transfert se fait idéalement en période de stabilité clinique, psychologique et sociale.
- Un accord minimal sur le projet de soins entre le pédiatre et le médecin d'adulte est recommandé, à l'occasion de consultations communes, ou alternées précédant le transfert.
- Le référent adulte doit assurer lui-même chaque consultation avec l'adolescent.
- Un accueil spécifique doit être prévu par le service d'adultes avec un temps suffisant de première consultation.
- Le pédiatre doit être informé du suivi du jeune ou de la non -observance des rendez-vous programmés.

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2018.1724