



● **À retenir du n°1**  
**Janvier 2019**

## Traitements endoscopiques de la gastroparésie réfractaire

Jean-Michel Gonzalez, Véronique Vitton, Marc Barthet

- La gastroparésie est une maladie fonctionnelle qui atteint 4 % de la population générale, avec une augmentation du nombre d'hospitalisations de 240 % entre 1997 et 2013.
- Les traitements médicamenteux ou instrumentaux, visant à améliorer la motilité gastrique, se sont révélés décevants, y compris la stimulation électrique gastrique.
- L'injection intra-pylorique de Botox et la dilatation ont une certaine efficacité, toutefois limitée dans le temps.
- La dilatation endoscopique, ayant une efficacité modeste et temporaire, est une technique intéressante du fait de sa morbidité nulle, en cas de gastroparésie transitoire ou pour sélectionner des patients avant pylorotomie.
- Le POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy) gastrique avec pylorotomie est la technique qui offre à ce jour la meilleure efficacité précoce (70-80 %), même si ces résultats doivent être confirmés à plus long terme par des études prospectives.

## Les techniques ablatives de l'œsophage de Barrett : quelles alternatives à la radiofréquence ?

Maximilien Barret, Benoit Bordaçahar, Benoit Terris, Romain Coriat, Sarah Leblanc, Stanislas Chaussade

- Les facteurs de risque de l'œsophage de Barrett sont un reflux gastro-œsophagien ancien, le sexe masculin, l'obésité, et un âge de plus de 50 ans.
- L'ablation doit être envisagée chez les patients ayant un œsophage de Barrett en dysplasie de bas grade.
- L'ablation de l'œsophage de Barrett résiduel après résection endoscopique d'un cancer superficiel est systématique, indépendamment de l'histologie.
- L'échec primaire de l'ablation doit faire évoquer un contrôle insuffisant du reflux gastro-œsophagien.
- En 2018, la radiofréquence offre le meilleur profil de sécurité et d'efficacité pour l'ablation de l'œsophage de Barrett.
- La coagulation au plasma argon est une alternative possible pour les segments courts et non circonférentiels.

- Les données de la cryoablation au ballon sont encourageantes et suggèrent une efficacité et une tolérance comparables à celles de la radiofréquence.
- La surveillance endoscopique doit être poursuivie au moins annuellement après éradication de la métaplasie intestinale en raison du risque de récurrence.

## Foie et maladies musculaires

Emeric Boisteau, Dominique Guyader

- L'élévation des transaminases n'est pas spécifique du foie et peut être secondaire à d'autres atteintes d'organes.
- L'affirmation de l'atteinte musculaire peut être apportée par le dosage de la créatine phosphokinase (CPK).
- Tout bilan de cytolysé inexpliquée doit comprendre le dosage des CPK.
- La plupart des myopathies (hors myopathies métaboliques et Steinert) entraînent une élévation des transaminases prédominant en ASAT (aspartate aminotransférase), secondaire à l'atteinte musculaire et non à une atteinte hépatique.
- L'élévation inexpliquée des transaminases est le premier élément menant au diagnostic de myopathies de l'enfant dans 7 % des cas.
- Les perturbations du bilan biologique hépatique dans la myotonie de Steinert sont le reflet d'une stéatose hépatique sous-jacente, elle-même secondaire à une insulino-résistance.
- Les perturbations du bilan hépatique sont plus le fait de la stéatose que de l'atteinte musculaire.
- Il faut penser au diagnostic de maladie de Steinert devant toute stéatose sans facteur de risque métabolique clairement identifiable.
- Les cytopathies mitochondriales regroupent un spectre de maladies très hétérogène, responsables d'une atteinte multi-organes ; les patients présentent de véritables myopathies ainsi qu'une hépatopathie chronique pouvant évoluer vers l'insuffisance hépatique terminale et le décès, en période néonatale pour les formes les plus sévères.
- 20 % des patients ayant une maladie mitochondriale ont une atteinte hépatique associée.
- Les déficits enzymatiques en LCAD, VLCAD et MCAD (Long/Very-Long/Medium-Chain acyl-coA Dehydrogenase) sont caractérisés par une atteinte hépatique et métabolique prédominante dans les formes de survenue précoce, et par une atteinte musculaire prédominante dans les formes de survenue tardive.
- Les glycogénoses sont le fait d'une accumulation de glycogène hépatique et musculaire avec hypoglycémies répétées, nécessitant des apports constants en glucose.

## **Cancers colorectaux métastatiques non résecables : une stratégie d'escalade est-elle possible ?**

Jean-Louis Legoux, Sylvain Manfredi

- La présence de comorbidités limitant l'espérance de vie doit faire prendre en compte le confort de vie autant que l'allongement de la durée de vie dans le choix du traitement du cancer.
- Certains patients ne seront jamais éligibles à une résection à visée curative de toutes leurs métastases et de leur tumeur primitive.
- Il est déconseillé de comparer les survies de patients provenant d'essais différents, car ils ne s'adressent pas toujours au même type de population.
- Quatre études randomisées ont montré qu'une monochimiothérapie de fluoropyrimidine suivie d'une bichimiothérapie n'était pas délétère par rapport à une bichimiothérapie d'emblée dans une population sélectionnée.
- Avec ou sans irinotécan, l'utilisation d'un LV5FU2 classique augmente la survie globale de 4 mois versus un LV5FU2 simplifié.
- Un polymorphisme de la thymidylate synthase pourrait permettre de prédire une hypersensibilité au 5-FU et d'identifier les candidats à une monothérapie d'emblée.
- Il n'y a pas de preuve formelle de l'efficacité de l'utilisation systématique du bévacicumab dès la première ligne, en association à une fluoropyrimidine seule dans le cadre d'une stratégie d'escalade.
- Les associations de 5-FU + anti-EGFR n'ont jamais été évaluées dans le cadre d'une stratégie d'escalade et ces anticorps ne sont pas autorisés en association avec une fluoropyrimidine en monothérapie.
- Chez certains patients, la stratégie d'escalade débutant par une fluoropyrimidine seule est une recommandation de grade A.

## **Diverticulose du grêle : diagnostique et prise en charge**

Clément Destan, Brice Malgras

- Dans 80 % des cas, les diverticules prédominent dans le jéjunum.
- Le diamètre des diverticules n'est pas prédictif de la survenue de complications.
- Les douleurs abdominales chroniques sont les présentations cliniques les plus fréquentes dans 40 % des cas.

- Les formes étendues de diverticuloses sont plus fréquemment compliquées.
- La diverticulite, avec ou sans perforation, avec abcès associé est la forme la plus fréquente des complications.
- La diverticulose intestinale expose au risque de rétention de la vidéo-capsule.
- L'entéro-IRM permet de faire le diagnostic différentiel avec d'autres maladies.
- En cas d'échec du traitement médical d'une forme compliquée, le traitement chirurgical doit être la règle.
- Lorsque la situation hémodynamique du patient le permet, le traitement chirurgical par voie coelioscopique peut être discuté.
- Les traitements chirurgicaux par diverticulotomie, raphie ou invagination ne sont pas recommandés.
- Dans les formes hémorragiques, la chirurgie reste le traitement de référence qui permet la prévention des récidives.
- Les formes abcédées de diverticulite peuvent être traitées par drainage radiologique, associé à un traitement médical bien conduit.

## **Rétrovision rectale en coloscopie : De quoi parle-t-on ? Pourquoi en parle-t-on ?**

Clémence Breton, Dominique Lamarque

- Le cæcum et le rectum sont des zones qui peuvent comprendre des « angles morts » pour la vision endoscopique.
- La rétrovision endoscopique dans le rectum est une manœuvre diagnostique utile au cours de la coloscopie chez certains patients et doit être maîtrisée par tous les endoscopistes.
- L'augmentation du taux de détection des polypes par la rétrovision rectale est de 17 % et celui des adénomes de 3 % par rapport à la seule vision axiale.
- Chez les patients avec un rectum de large diamètre, la paroi rectale postérieure peut ne pas être complètement visible en vision axiale à partir de ligne pectinée.
- La pratique de la rétrovision rectale doit être laissée à la discrétion de l'endoscopiste car la manœuvre n'est pas toujours techniquement réalisable,
- La rétrovision peut être une manœuvre utile dans le rectum pour permettre des polypectomies complètes.
- La ligature endoscopique des hémorroïdes internes par rétrovision est décrite comme plus précise et plus complète que la ligature axiale.

## **Cahier FMC : Maladies inflammatoires chroniques intestinales et cancers digestifs**

*Coordonné par Jean-Marie Reimund*

- Parmi les cancers compliquant les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), en excluant ceux liés à leur traitement, on trouve les cancers colorectaux, les adénocarcinomes de l'intestin grêle, les cancers se développant sur un réservoir iléo-anal, le cancer du canal anal, et le cholangiocarcinome.
- Le risque de cancers colorectaux compliquant une rectocolite hémorragique (RCH) ou une maladie de Crohn (MC) colique est environ 2 fois supérieur que dans la population générale, quand on prend en compte l'ensemble des RCH et des MC coliques incluant les patients qui ne sont pas suivis dans des centres de référence.
- Des facteurs de risque de dysplasie et de cancers colorectaux au cours de la RCH et de la MC colique ont été identifiés : durée d'évolution de la maladie, étendue de la maladie, jeune âge au diagnostic, association avec une cholangite sclérosante primitive, antécédents familiaux de cancers colorectaux, sévérité de l'inflammation intestinale. À l'inverse, la prise prolongée de dérivés 5-ASA est considérée comme chimiopréventive des cancers colorectaux associé aux MICI.
- Pour un dépistage optimal de la dysplasie, les coloscopies doivent idéalement être réalisées en phase quiescente de la maladie. La préparation colique doit être de bonne qualité avec un temps d'inspection au retrait suffisant. L'utilisation de coloscopes à haute définition munis d'un zoom et d'une pompe de lavage est indispensable.
- La coloration endoscopique à l'indigo carmin avec biopsies ciblées est la procédure de choix pour les endoscopistes entraînés ; à défaut, la réalisation de biopsies aléatoires en quadrant tous les 10 cm avec des biopsies ciblées pour la coloscopie standard en lumière blanche est recommandée.
- Plusieurs études dont la cohorte CESAME (Cancers Et Sur-risque Associé aux Maladies inflammatoires chroniques intestinales En France) ont montré que ces recommandations sont encore loin d'être suivies par tous les

gastroentérologues. Une amélioration substantielle des pratiques est indispensable dans ce domaine.

- La description des lésions distingue les lésions polypoides d'allure adénomateuse (surélevées de plus de 2,5 mm), pédiculées ou sessiles, bien délimitées, sans dysplasie au pourtour ou à distance de la lésion, et d'autre part, les lésions non polypoïdes, surélevées (< 2,5 mm), planes ou déprimées.
- Il existe un sur risque d'adénocarcinome de l'intestin grêle en cas de MC du grêle par rapport à la population générale. Contrairement aux adénocarcinomes de l'intestin grêle sporadiques de localisation duodénale prédominante, dans la MC, ils sont le plus souvent situés au niveau iléal.
- Plusieurs acteurs de risque ont été identifiés parmi lesquels la durée d'évolution, une inflammation purement iléale versus iléo-colique, et peut-être certaines interventions chirurgicales conservatrices. Les 5-ASA pris pendant au moins 2 ans pourraient avoir un effet protecteur.
- Le syndrome occlusif est la manifestation la plus courante de l'adénocarcinome de l'intestin grêle qui est malheureusement souvent découvert à un stade avancé. Aucune méthode de dépistage précoce n'a prouvé son efficacité. De ce fait, il n'y a pas de recommandation particulière pour son dépistage.
- Après coloproctectomie totale et anastomose iléo-anale, il existe un faible risque (> 5 %) de cancer du réservoir. Une surveillance endoscopique annuelle du réservoir doit être chez les patients ayant un antécédent de dysplasie ou de cancer colorectal sur la pièce de colectomie, une cholangite sclérosante primitive associée, ou une inflammation sévère au niveau du réservoir.
- En cas d'atteinte anale et/ou péri-anale de la maladie de Crohn, le risque de cancer du canal anal est augmenté avec une prévalence d'environ 7 %. En cas de sténose du canal anal, une surveillance annuelle est conseillée.
- Les patients présentant une MICI sont à haut risque de cholangiocarcinome par rapport à la population générale. Comme indiqué plus haut, ils nécessitent donc un programme particulier de dépistage du cancer colorectal. Mais, à celui-ci, s'ajoute la nécessité d'une surveillance spécifique pour le dépistage du cholangiocarcinome, surveillance dont les modalités ne sont pas encore bien établies.

**Erratum** : À la suite d'un problème technique, la mention « In press » apparaît en filigrane dans les pages 29 à 33 du numéro précédent (Hépatogastro et Oncologie Digestive n°1, vol. 26, janvier 2019), dans l'article intitulé Critères de qualité du compte rendu de coloscopie –

Recommandations du CNP-HGE et de la SFED. Le lecteur voudra bien ne tenir aucun compte de cette mention : la version imprimée est définitive. Nous prions les auteurs de ces recommandations et nos lecteurs de bien vouloir nous excuser pour cette erreur.