



● **À retenir du n°5**  
**Mai 2019**

## Traitements médicaux des cancers avancés des voies biliaires : actualités et perspectives

Angélique Vienot, Cindy Neuzillet

- Les doublets de chimiothérapie GEMCIS (gemcitabine + cisplatine) ou GEMOX (gemcitabine + oxaliplatine) sont le traitement de référence en première ligne chez les patients présentant un cancer avancé des voies biliaires.
- Le niveau de preuve est insuffisant pour recommander un schéma spécifique de chimiothérapie de deuxième ligne pour les cancers avancés des voies biliaires.
- Les thérapies ciblées « classiques » (anti-EGFR – *Epidermal Growth Factor Receptor* – et anti-angiogéniques) n'ont pas montré d'activité clinique significative dans les essais randomisés.
- Les classifications moléculaires récentes des cancers des voies biliaires ouvrent la voie à des traitements guidés par le profil génomique et transcriptomique des tumeurs.
- Des signes d'activité clinique ont été observés avec les agents ciblant les anomalies de *FGFR*, *IDH* et les immunothérapies.

## Hépatites sexuellement transmissibles

Juliette Laveissiere, Clémence M. Canivet, Laurence Ollier, Éric Cua, Rodolphe Anty

- Les virus des hépatites A, B ( $\pm$ D), C, ainsi que les VIH (virus de l'immunodéficience humaine), CMV (cytomégalovirus), EBV (virus d'Epstein-Barr) et HSV (*Herpes simplex virus*) peuvent être transmis lors de pratiques sexuelles.
- Une épidémie d'hépatite A a touché les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Europe entre 2016 et 2017.
- Trois modes de contamination « sexuelle » sont possibles : par les fluides sexuels et la salive, par le sang (traumatisme des muqueuses ou risque lié à la contamination de matériel de toxicomanie) et féco-oral (contact direct ou indirect).
- Les hommes ayant des relations avec des hommes et les patients porteurs du VIH sont à haut risque d'infections sexuellement transmissibles.

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes représentent le principal groupe à risque d'infection par le virus de l'hépatite A.
- Le chemsex (user de substances psychoactives pour booster ses performances sexuelles) ou les plans slam (pratique mêlant drogue et sexe) et le multipartenariat augmentent de 30 % le risque de contracter une infection sexuellement transmissible chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- La vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B dans les groupes à haut risque et l'usage des préservatifs sont les principaux moyens de prévention.
- La vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- La Prophylaxie Pré-Exposition protège du VIH et s'accompagne d'une consultation de « santé sexuelle ».

## Pancréatite aiguë post-CPRE et Ringer lactate : Où en sommes-nous ?

Erwan Vo Quang, René Louis Vitte, Frédérick Moryoussef

- La définition de la pancréatite post-CPRE (cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique) prend en compte une nouvelle douleur ou aggravation d'une douleur d'allure pancréatique, l'élévation de la lipasémie à plus de 3 N plus de 24 heures suivant le geste et la nécessité d'une nouvelle ou poursuite d'hospitalisation d'au moins deux nuits.
- La pancréatite aiguë reste la principale complication de la CPRE avec une incidence oscillant entre 3,5 %-9,7 % pour les patients à risque moyen et pouvant atteindre jusqu'à 15 % pour les patients à haut risque.
- En cas d'obstruction du canal pancréatique, l'exocytose des granules de zymogène des cellules acinaires est bloquée permettant l'activation du trypsinogène en trypsine dans les acini activant en cascade des pro-enzymes digestifs avec pour conséquence leur autodigestion.
- Hors pancréatite post-CPRE, la prise en charge de la pancréatite aiguë en termes d'hyperhydratation repose, entre autres sur l'expansion volémique agressive par Ringer lactate.
- Le Ringer lactate est une solution cristalloïde neutre isotonique destinée au remplissage vasculaire dont une des propriétés est liée à l'ion lactate, un anion tampon précurseur du bicarbonate participant à la régulation acido-basique.
- L'hydratation agressive par Ringer lactate réduisait l'incidence de la pancréatite post-CPRE de 50 % comparée à l'hydratation standard.
- Le protocole le plus répandu consiste en une perfusion de Ringer lactate selon le schéma suivant : 3 mL/kg/h

pendant la CPRE, un bolus de 20 mL/kg en post-procédure immédiat puis 3 mL/kg/h durant les huit heures après le geste.

- Aucune différence significative en termes de tolérance n'était notée mais les études reprises sélectionnaient drastiquement les malades excluant ceux avec dysfonction chronique d'organe et d'un âge > 80 ans.
- Un bénéfice de l'hydratation agressive à partir de 3 500 mL en 9 h pour un homme de 75 kg soit 5,2 mL/kg/h est montré dans une méta-analyse.
- Des points restent à évaluer en particulier le protocole exact minimal, son bénéfice exact lors de l'utilisation conjointe des anti-inflammatoires non stéroïdiens intrarectaux ainsi que la population cible (malades à moyen ou haut risque ? hospitalisés ou ambulatoires ? quelles comorbidités ?).

## **Cahier FMC : Les techniques de résection endoscopique**

*Coordonné par Jérémie Jacques*

- La caractérisation endoscopique en temps réel des lésions superficielles du tube digestif permet de prédire avec efficacité leur résecabilité et ce de façon supérieure aux biopsies.
- Une formation continue et un environnement technique adapté sont nécessaires pour une prise en charge optimale diagnostique et thérapeutique des lésions superficielles du tube digestif.
- L'utilisation d'un capuchon, le changement de position du patient pour profiter de la gravité et la résection sous-marine sont autant d'astuces simples utilisables au quotidien pour améliorer la résection des polypes colorectaux.
- Une prévention de l'hémorragie est nécessaire chez les polypes pédiculés du colon droit, avec une tête de plus de 20 mm ou un pied plus large que 10 mm et chez les patients sous antiagrégants ou anticoagulants
- L'anse froide est le traitement de référence de tous les polypes de moins de 10 mm.
- La mucosectomie est le traitement de référence des polypes sessiles et plans de 10 à 20 mm.
- La compréhension et la maîtrise de la technique d'injection sous-muqueuse sont indispensables pour réaliser des mucosectomies de qualité.
- La taille n'est pas une contre-indication à une prise en charge endoscopique des polypes colorectaux. Les polypes dits « difficiles » doivent être adressés en première intention à des centres experts pour privilégier

une résection endoscopique mini-invasive par rapport à une prise en charge chirurgicale plus morbide.

- Devant un polype colique de plus de 20 mm, une bonne caractérisation du risque de dégénérescence est indispensable pour choisir la technique de résection la plus adaptée.
- L'utilisation d'un capuchon transparent est une astuce simple pour faciliter les gestes de mucosectomie en cas de polype de grande taille.
- Les polypes « difficiles » (mal placés, de plus de 40 mm) doivent être adressés à des centres experts de résection endoscopique et non à des chirurgiens.
- La dissection sous-muqueuse doit être préférée à la mucosectomie pour le traitement des carcinomes épidermoïdes superficiels.
- La mucosectomie œsophagienne au cap ou multiband a la même efficacité pour les lésions superficielles compliquant un œsophage de Barrett.
- La dissection sous-muqueuse est la technique de référence pour la résection de l'ensemble des cancers superficiels du tube digestif.
- L'injection sous-muqueuse doit être réalisée à distance de la lésion pour favoriser la création du flap muqueux en dissection sous-muqueuse. La gravité doit systématiquement être recherchée pour faciliter la procédure. Le cheminement profond dans la couche sous-muqueuse permet de diminuer le nombre de vaisseaux à risque hémorragique.
- La stratégie de résection du « tunnel + clip » est une stratégie simple, reproductible et efficace pour la dissection sous-muqueuse œsophagienne.
- La maîtrise de la prise en charge des hémorragies et des perforations est un prérequis indispensable pour la pratique de la dissection sous-muqueuse.
- Le développement de centres experts au recrutement important bénéficiant de laboratoire d'expérimentation permet désormais une formation clinique de qualité en France pour la dissection sous-muqueuse. Un recrutement potentiel de plus de 25 lésions annuelles est nécessaire pour pratiquer cette technique difficile. Une évaluation régulière de ses résultats est indispensable si l'on décide de pratiquer cette technique.
- Le système FTRD (*Full Thickness Resection Device*) permet la résection transmurale de lésions difficilement résecables par les techniques endoscopiques classiques (appendice, diverticules, récidives, lésions sous-muqueuses) avec une morbidité moindre que la chirurgie.
- Le traitement endoscopique est le traitement de choix des lésions superficielles du tube digestif lorsque les critères de curabilité anatomopathologique sont respectés.