

à retenir

du n°9 novembre 2018

Hépatites virales en prison : ou en est-on en 2018 ?

André-Jean Remy

- La prévalence des hépatites virales B et C est supérieure à la prévalence en population générale : un détenu sur 20 est infecté par le virus de l'hépatite C (VHC).
- La prévalence du VHC en milieu carcéral est estimée à 4,8 %.
- L'égalité des soins « dedans-dehors » est actée par la loi.
- Le dépistage est encore insuffisant : systématiquement proposé mais non systématiquement réalisé.
- Les méthodes d'évaluation non invasives de la fibrose hépatique et les méthodes alternatives sérologiques et de mesure de la charge doivent être privilégiées.
- La population carcérale cumule les facteurs de vulnérabilité.
- La délivrance des antiviraux d'action directe suit le circuit de la rétrocession avec des règles identiques de prescription.
- La contamination par le VHC dans la population carcérale est due presque exclusivement à l'usage de drogues.
- La prison est un lieu de contamination par échange de seringues.
- Dans l'étude PREVACAR, seulement un tiers des détenus avec répllication virale C étaient traités.
- L'accès au traitement antiviral en prison s'améliore mais reste bas en France.
- Le traitement de l'hépatite C est possible et efficace ; les schémas courts doivent être privilégiés ; le taux de réponse prolongée est identique ; les réinfections semblent peu fréquentes mais sont à dépister.
- La prévalence du portage de l'Ag HBs dans la population carcérale est plus élevée que dans la population générale.
- Le traitement de l'hépatite B pose le problème de la durée et du suivi post-carcéral.
- Participer à la médecine en milieu pénitentiaire, comme pour l'exercice en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, est un défi à relever par l'ensemble des hépato-gastroentérologues. ■

Prise en charge des tumeurs stromales gastro-intestinales avancées

Antoine Italiano

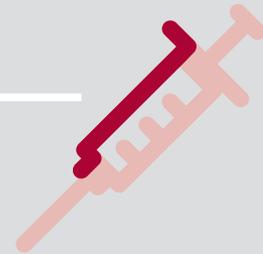
- La découverte des anomalies moléculaires impliquées dans la pathogénie des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) a constitué une des premières preuves du concept de thérapie ciblée.
- Une mutation de *C-KIT* et de *PDGFR α* est présente dans respectivement 80 % et 8 % des GIST.

- Les critères RECIST ne permettent pas de prédire le bénéfice clinique lié à l'imatinib dans la mesure où certaines réponses authentiques au traitement peuvent ne pas se traduire pas en termes de régression lésionnelle mais uniquement par une modification de la densité tumorale.
- L'imatinib à la posologie de 400 mg/jour est le standard thérapeutique en première ligne des GIST localement avancés ou métastatiques.
- La présence d'une mutation de l'exon 9 de *C-KIT* est prédictive d'une moins bonne réponse à l'imatinib. Une posologie de 800 mg/j est recommandée dans ce cas.
- Une résistance primaire à l'imatinib est souvent liée à la présence d'une mutation de l'exon 9 de *C-KIT* ou de l'exon 18 de *PDGFR α* , plus rarement à des altérations moléculaires rares impliquant les gènes *BRAF*, *RAS*, *NF1*, *SDHB* ou *SDHC*.
- La survenue de mutations secondaire de *C-KIT* est le mécanisme moléculaire le plus fréquent à l'origine d'une résistance secondaire à l'imatinib.
- En cas de progression après une réponse à l'imatinib, l'augmentation de la posologie d'imatinib de 400 à 800 mg/jour peut entraîner un bénéfice clinique.
- Le sunitinib est le standard en deuxième ligne thérapeutique des GIST avancées. Les mutations de l'exon 9 de *C-KIT* sont prédictives de sensibilité tandis que la mutation *PDGFR α -D842 V* confère une résistance au sunitinib.
- Le régorafenib est indiqué chez les patients pré-traités par imatinib et sunitinib. ■

Les formes héréditaires des cancers gastriques. Synthèse des données disponibles en 2018

Christelle Colas, Antoine de Pauw, Marine Le Mentec, Anaïs Dupré, Pascale Mariani, Bruno Buecher

- Les formes héréditaires des cancers gastriques ne rendent compte que d'un faible pourcentage de l'ensemble des cancers gastriques.
- La recherche d'une instabilité des microsatellites au niveau tumoral est la règle en cas d'agrégation familiale de cancers gastriques.
- Le syndrome GAPPS (*Gastric Adenocarcinoma and Proximal Polyposis of the Stomach*) est une nouvelle entité liée à une mutation de l'exon 1B du gène de la polyposse rectocolique familiale.
- La recherche et le traitement d'une infection à *Helicobacter Pylori* est indiquée dans tous les cas d'agrégation familiale et de formes héréditaires de cancers gastriques.



- Les mutations constitutionnelles du gène *CDH1* rendent compte d'au moins un tiers des formes héréditaires de cancers gastriques de type diffus.
- Les mutations du gène *CDH1* sont associées à une augmentation du risque de cancer lobulaire infiltrant du sein chez les femmes.
- Les indications d'étude du gène *CDH1* ont été récemment élargies.
- La gastrectomie totale prophylactique est recommandée chez les sujets porteurs d'une mutation du gène *CDH1*.
- Des mutations du gène *CTNNA1* sont responsables de certaines formes héréditaires de cancers gastriques de type diffus mais le niveau de risque exact reste inconnu. ■

Épidémiologie et histoire naturelle des maladies inflammatoires chroniques de l'enfant

Corinne Gower-Rousseau, Mathurin Fumery, Guillaume Savoye, Hélène Sarter, Benjamin Pariente, Dominique Turck

- Chez l'enfant et l'adolescent, la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) la plus fréquente est la maladie de Crohn.
- La principale conséquence grave des MICI est son retentissement sur la croissance staturo-pondérale et le développement pubertaire.
- Dans le registre Epimad, entre 1988 et 2011, les cas pédiatriques (âge d'inclusion au diagnostic < 17 ans) représentent 8 % de l'ensemble des MICI.
- Une augmentation très importante de l'incidence de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique a été observée chez les adolescents dans le nord de la France.
- Les augmentations importantes de l'incidence des MICI chez l'enfant suggèrent que les facteurs de risque environnementaux sont toujours actifs dans le nord de l'Europe et tout particulièrement dans le nord-ouest de la France.
- L'incidence de la rectocolite hémorragique pédiatrique est toujours trouvée plus faible que celle de la maladie de Crohn dans ces études européennes récentes.
- La localisation initiale de la maladie de Crohn la plus fréquente chez l'enfant est l'atteinte iléo-colique.
- Plus d'un quart des enfants atteints de rectocolite hémorragique ont une pancolite, atteignant le cæcum dès le diagnostic.
- L'évolution de la maladie digestive chez l'enfant est plus agressive que chez l'adulte.
- La prescription de la biothérapie chez l'enfant est de plus en plus précoce.
- Une résection intestinale était effectuée chez 20 % des enfants trois ans après le diagnostic
- Le risque de démarrage de la corticothérapie dans la rectocolite hémorragique était plus élevé chez les enfants que chez les patients adultes.

- L'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin de l'enfant et surtout de l'adolescent explose dans le monde.
- Il est urgent que la communauté scientifique mette en place un réseau de bases de données et de registres en utilisant des méthodologies proches et trouve des facteurs prédictifs d'évolution sévère des MICI. ■

Irrigations transanales dans le traitement des troubles colorectaux, quelle place en 2018 ?

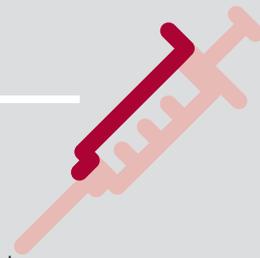
Véronique Vitton, Charlotte Andrianjafy

- Le principe de l'irrigation transanale est de réaliser un lavement « étanche » en position physiologique de défécation.
- L'irrigation transanale est indiquée en deuxième intention chez les patients « neurologiques » mais également en cas de troubles fonctionnels et de syndrome de résection antérieure du rectum.
- Un examen proctologique est nécessaire avant la mise en place de l'irrigation transanale.
- Le suivi initial du patient est fondamental et conditionne la réussite du traitement.
- Le taux global de succès de l'irrigation transanale est de 40-70 %. ■

Cahier FMC Les maladies inflammatoires des voies biliaires

Coordonné par Victor de Lédhingen

- La cholangite sclérosante primitive est une maladie rare, caractérisée par des lésions fibro-inflammatoires des voies biliaires.
- La cholangite sclérosante primitive survient le plus souvent chez un homme, à un âge médian de 40 ans, souvent porteur d'une MICI.
- Les patients atteints de cholangite sclérosante primitive avec MICI ont un sur-risque de cancer colorectal, justifiant une coloscopie de dépistage annuelle.
- La présentation clinique de la cholangite sclérosante primitive est très variable : asymptomatique, asthénie, prurit, douleurs de l'hypochondre droit.
- La cholangio-IRM est l'imagerie recommandée en première intention pour le diagnostic de cholangite sclérosante primitive.
- Le diagnostic radiologique de cholangite sclérosante primitive repose sur la mise en évidence de multiples sténoses biliaires associées à des dilatations.
- L'IRM permet également d'apprécier le retentissement des lésions biliaires sur le parenchyme hépatique.
- La biopsie hépatique n'est pas indispensable pour poser le diagnostic de cholangite sclérosante primitive.
- Les cholangites sclérosantes secondaires représentent les diagnostics différentiels de la cholangite sclérosante primitive.



- Dans la forme cholangite sclérosante primitive *Small Duct*, l'imagerie des voies biliaires est normale.
- L'*overlap syndrome* est défini par l'association d'une cholangite sclérosante primitive et d'une hépatite auto-immune.
- La cholangite sclérosante primitive expose aux risques d'angiocholites et de cirrhose biliaire secondaire
- En dehors de toute cirrhose, les patients atteints de cholangite sclérosante primitive sont à risque de développer un cholangiocarcinome ou un carcinome de la vésicule biliaire.
- Il est recommandé de réaliser un dépistage par une imagerie annuelle de la vésicule biliaire chez tout patient atteint de cholangite sclérosante primitive.
- Le seul traitement disponible pour la cholangite sclérosante primitive est l'acide ursodésoxycholique mais il n'est pas formellement recommandé par les sociétés savantes.
- Le traitement endoscopique est indiqué en cas de sténose biliaire serrée symptomatique.
- La suspicion de cholangiocarcinome est une indication à réaliser une CPRE (cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique).
- En cas de cirrhose décompensée ou bien d'altération importante de la qualité de vie, la transplantation hépatique est indiquée. ■

**HEPATO-GASTRO
& ONCOLOGIE
DIGESTIVE**

Hépatogastro & Oncologie Digestive **LA revue de l'hépatogastro entérologie francophone**

En 2019, la Société Française d'Endoscopie Digestive et le Club Français du Pancréas nous rejoignent !

Pour les lecteurs d'*Hépatogastro & Oncologie Digestive* cela signifie :

- Des articles encore plus nombreux
- Un sixième cahier central de FMC
- Une maquette rénovée pour une information plus claire et un meilleur confort de lecture
- Et toujours, une information indépendante de grande valeur

Revue
officielle
de FMC

www.hepatogastro.fr

