



● **À retenir du n°7**
Septembre 2019

Comment optimiser la surveillance des lésions gastriques pré-néoplasiques ?

Thomas Bazin, Catherine Julie, Dominique Lamarque

- Environ 10 % des cancers gastriques sont manqués par l'examen endoscopique jusqu'à trois ans avant leur diagnostic.
- La majorité des cancers gastriques est issue de lésions pré-néoplasiques qui apparaissent plusieurs années auparavant.
- Les anatomo-pathologistes considèrent le remplacement des glandes originelles par des glandes en métaplasie comme de l'atrophie.
- Les anatomo-pathologistes considèrent le remplacement des glandes originelles par des glandes en métaplasie comme un équivalent d'atrophie.
- La dysplasie épithéliale gastrique pourrait également survenir non seulement à partir de la métaplasie intestinale mais également à partir de clones en métaplasie pseudo-pylorique.
- Les lésions de métaplasie intestinale ou de dysplasie sont manquées chez 50 % des patients dans la pratique courante.
- La dysplasie épithéliale est difficilement visible en endoscopie et les patients les plus à risques sont ceux ayant une atrophie glandulaire diffuse associée ou non à de la métaplasie intestinale.
- Les classifications histo-pathologiques de gravité de l'atrophie et de la métaplasie intestinale sous-entendent que le patient ait déjà eu un bilan endoscopique avec des biopsies gastriques dans l'antra et le fundus.
- La classification histo-pathologique OLGA (*Operative Link for Gastritis Assessment*), complétée par la prise en compte de la métaplasie intestinale, est utile pour sélectionner les malades devant être surveillés par endoscopie.
- Les zones de dysplasie sont souvent minuscules, peu déprimées ou plates et dispersées dans plusieurs petits foyers.
- Il a été suggéré que les biopsies orientées sur les zones présentant une métaplasie intestinale en lumière NBI (*Narrow Band Imaging*) pourraient être plus rentables pour diagnostiquer la dysplasie que les biopsies aléatoires.
- Les experts considèrent que l'examen sous éclairage NBI, avec des endoscopes à haute résolution équipés d'une lentille grossissante, est la méthode de référence pour détecter la dysplasie sans lésion visible en lumière blanche.

- Dans la pratique, le dépistage systématique de la dysplasie doit passer par une méthode reproductible et largement disponible pour les gastro-entérologues.
- Des biopsies étagées pour dépister la dysplasie doivent être prises dans chacun des neuf sites suivants de l'estomac : angulus, petite courbure et grande courbure de l'antra et du corps gastrique, parois antérieures et postérieures de l'antra et du corps gastrique.
- Un avis d'expert européen a suggéré une surveillance des lésions de métaplasie intestinale par endoscopie avec biopsies gastriques tous les trois ans.
- En cas de dysplasie de bas grade une surveillance annuelle est recommandée.

Manifestations extra-intestinales associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Nicolas Petitdidier, Hugo Rotkopf, Jenny Tannoury, Aurélien Amiot

- Les manifestations ostéo-articulaires associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont les manifestations extra-intestinales les plus fréquentes et elles s'intègrent généralement dans le spectre des spondyloarthrites.
- Les manifestations articulaires périphériques affectent 10-20 % des patients avec maladie de Crohn (MC) et 5-10 % des patients avec rectocolite hémorragique (RCH).
- Une imagerie par résonance magnétique des articulations sacro-iliaques avec des séquences spécifiques de suppression et de sursaturation de la graisse (STIR en T1 et fat sat en T2) est recommandée chez les patients de moins de 40 ans présentant des douleurs lombaires inflammatoires depuis plus de 3 mois avec des radiographies normales.
- Chez les patients atteints de spondyloarthrites associés à une MICI, le recours à la kinésithérapie motrice, la réhabilitation par physiothérapie ainsi que les anti-inflammatoires non stéroïdiens en cure courte restent le traitement de première intention.
- Le traitement de référence des formes axiales réfractaires ou intolérantes aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi que des formes présentant une progression radiologique rapide repose sur les anti-TNF (*Tumor Necrosis Factor*) à l'exception de l'éta nercept dont l'efficacité n'a pas été prouvée dans le traitement des MICI.
- Les facteurs de risque d'ostéoporose connus sont l'activité de la MICI, l'âge, la prise répétée de corticoïdes systémiques, une atteinte intestinale étendue, un antécédent de résection intestinale, le tabac et la sédentarité.
- La réalisation d'une ostéodensitométrie est indiquée en cas de ménopause, corticothérapie répétée ou de plus

de trois mois ou d'un antécédent de fracture survenant après un traumatisme à basse énergie.

- Les manifestations cutané-muqueuses granulomateuses associées à la maladie de Crohn se manifestent sous la forme d'ulcérations linéaires à bords hyperplasiques de localisations oro-faciales ou génitales.
- Des éruptions le plus souvent psoriasiformes ou infectieuses peuvent survenir jusqu'à 20 % des cas avec l'utilisation des anti-TNF.
- Les éruptions psoriasiformes s'observent avec tous les anti-TNF actuellement disponibles, dans un délai variable, avec une fréquence accrue chez la femme, en cas de tabagisme et d'antécédent dermatologique et en cas d'utilisation de l'adalimumab.
- Il semble que l'exposition aux thiopurines augmente le risque de cancer cutané non mélanocytaire alors que celle aux anti-TNF augmente le risque de cancer cutané mélanocytaire.
- Il doit être mis en place des mesures de prévention sur l'exposition solaire et un dépistage régulier par un dermatologue.
- Les perturbations des enzymes hépatiques doivent faire chercher la cholangite sclérosante, une stéatopathie métabolique, des lésions hépatiques médicamenteuses, une thrombose portale ou de rares lésions de granulomatose hépatique.
- La cholangite sclérosante est l'atteinte spécifique la plus fréquente au cours des MICI touchant 4-5 % des patients avec une très forte prédominance pour la RCH.

La colite neutropénique : synthèse des données disponibles

Clara Perrin, Dominique Vanjak, Vincent Servois, Carole Galéano, Pascale Mariani, Dimitri Tzanis, Guillaume Bataillon, Marie-Noëlle Guilhaume, Sarah Watson, Paul Cottu, Isabelle Trouilloud, Bruno Buecher

- La colite neutropénique est une complication rare mais potentiellement grave des traitements anti-cancéreux et notamment des chimiothérapies neutropéniantes.
- Elle est caractérisée par un œdème ou une nécrose transmurale sans réponse inflammatoire touchant préférentiellement le cæcum et le côlon droit, avec une extension fréquente à l'iléon terminal et plus rarement à d'autres segments coliques.
- Le déterminisme de la colite neutropénique est multifactoriel. Il implique une toxicité directe des cytotoxiques pour la paroi colique, des phénomènes ischémiques et une infiltration par des micro-organismes dans un contexte de neutropénie.
- Les symptômes cliniques sont dominés par les douleurs abdominales, la fièvre et la diarrhée. Ils doivent faire évoquer le diagnostic chez un sujet neutropénique, généralement sous chimiothérapie.
- Le diagnostic de colite neutropénique est clinico-biologique dans la mesure où la réalisation de biopsies

coliques pour examen histologique n'est pas recommandable. Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste a une place centrale pour le diagnostic positif, l'exclusion des diagnostics différentiels, et la recherche de complications.

- Un bilan infectieux complet associant des hémocultures (flacons aérobie + anaérobie et, en cas de suspicion de fongémie, avec milieux mycologiques) et une coproculture avec recherche des toxines de *Clostridioides difficile* doit être systématiquement réalisé.
- La prise en charge thérapeutique est, dans un premier temps, médicale. Elle associe repos digestif, hydratation, antibiothérapie large spectre couvrant les germes digestifs, et éventuellement un anti-fongique. Elle ne doit pas retarder le traitement chirurgical des formes sévères et compliquées d'emblée ou secondairement.

Pourquoi et comment référer une lésion colorectale complexe ?

Océane Britschu, Olivier Gronier

- Trop de lésions résécables par endoscopie sont confiées aux chirurgiens.
- Il est impensable qu'une lésion sans caractéristique d'envahissement sous-muqueux profond puisse être confiée d'emblée au chirurgien.
- Savoir analyser, ne pas réséquer de manière inappropriée et référer si nécessaire à un endoscopiste expert sont d'indéniables critères de qualité en endoscopie.
- Le compte-rendu adressé à l'expert doit faire mention de l'analyse de surface, de la taille estimée, du siège, de la difficulté d'accès, des circonstances particulières (récidive locale, résection incomplète) et au mieux du score SMSA. Il doit être accompagné d'une riche iconographie.
- Le tatouage doit être systématique en cas de prise en charge chirurgicale et réalisé soit d'emblée, soit secondairement par l'expert en cas de contre-indication à la résection endoscopique.
- Une lésion référée à un endoscopiste expert ne doit au mieux pas être touchée.
- La consultation préalable par l'endoscopiste expert s'inscrit dans un parcours de soins de qualité.

Cahier FMC : Dysphagie fonctionnelle

Coordonné par François Mion

- Évaluer le terrain, recueillir les antécédents, les traitements et les symptômes associés sont essentiels pour orienter la recherche des causes de la dysphagie.
- Si on suspecte une cause oropharyngée, il faut adresser le patient à un confrère ORL ou neurologue.

- L'endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies œsophagiennes étagées est l'examen de première intention à réaliser en cas de dysphagie.
- La manométrie œsophagienne haute résolution est l'examen de référence pour le diagnostic des troubles moteurs œsophagiens.
- En cas de découverte d'une achalasia après 50 ans et/ou associées à une perte de poids importante et/ou une histoire récente, il faut savoir demander un scanner thoraco-abdominal ou une échoendoscopie œsogastrique.
- En cas de découverte d'un œsophage marteau-piqueur, de spasmes œsophagiens, d'un défaut de relaxation de la

jonction œsogastrique, il faut savoir demander un scanner thoraco-abdominal ou une échoendoscopie œsogastrique.

- Les traitements de l'achalasia les plus efficaces sont la dilatation pneumatique, la myotomie endoscopique ou POEM et la myotomie de Heller.
- La myotomie endoscopique est un traitement efficace dans l'achalasia et les troubles majeurs de la motricité œsophagienne.