

© Springer-Verlag France 2013

Shared decision making in GI clinic to improve patient adherence

Abraham NS (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:825–7

Après la découverte d'un cancer du côlon avancé chez un patient de 66 ans qui, après la résection de polypes à haut risque, ne s'était pas présenté à un contrôle recommandé trois ans plus tard, l'éditorialiste insiste sur la communication avec le patient et sur un plan partagé entre les deux tenant compte des difficultés du patient. En fait, après un accident vasculaire cérébral, la préparation est très difficile, le patient habite loin et n'a personne pour le conduire. Ce qui compte, c'est le résultat global pour la santé du patient (*improved clinical outcome*), ici désastreuse.

Patients with celiac disease are not followed up adequately

Herman ML (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:893–9

Les dossiers de 122 patients atteints de maladie cœliaque et habitant près de la Mayo Clinic (Olmsted County) ont été revus : si 90 % ont été revus dans les cinq années suivant le diagnostic (41 % à un an), seuls 16 % ont revu une diététicienne, 18 % ont eu une biopsie de contrôle, 66 % ont eu un contrôle sérologique. L'éditorial commentant l'article souligne le manque de *guidelines* précis dans la maladie cœliaque, où l'observance du patient est cruciale et si difficile.

Systematic review: patterns of reflux-induced symptoms and esophageal endoscopic findings in large-scale surveys

Dent J (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:863–73

Soixante et un mille deux cent quatre-vingt-un patients ont été inclus dans trois études de population et huit études de bilan de santé ici revues. La prévalence de l'œsophagite est plus élevée en Suède et en Italie qu'en Asie (et en Afrique ?).

La prévalence de Barrett (c'est-à-dire de métaplasie intestinale) varie de 2 à 9 %, celle d'œsophagite de reflux de 6 à 12 % chez les patients asymptomatiques.

The prevalence and diagnostic utility of endoscopic features of eosinophilic esophagitis: a meta-analysis

Kim HP (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:988–96

L'analyse porte sur 4 678 patients et 2 742 témoins. L'endoscopie est normale en cas d'œsophagite à éosinophile dans 17 % des cas (7 % si on se limite à des études prospectives). Les anomalies sont : rainures linéaires (48 %) ; anneaux multiples (44 %) ; pâleur et vascularisation diminuée (41 %, surtout chez l'enfant) ; exsudats blanchâtres (27 %) ; sténoses (21 %) ; calibre global diminué (9 %). La sensibilité de ces anomalies est modeste (15 à 48 %), la spécificité est élevée (> 90 %), la valeur prédictive positive est de 51 à 73 %.

Patients enrolled in randomized control trials do not represent the inflammatory bowel disease patients

Ha C (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1002–7

Parmi les 206 patients de centres tertiaires, seuls 31 % pourraient être inclus dans les essais thérapeutiques récents. Cela pose la question de l'efficacité thérapeutique dans les deux tiers exclus et dans les autres populations n'appartenant pas aux centres tertiaires.

Effects of cancer treatment on inflammatory bowel disease remission and reactivation

Axelrad JE Clin Gastroenterol Hepatol 10:1021–7

En cas de MICI active, deux patients sur trois obtiennent une rémission pendant une chimiothérapie cytotoxique pour un cancer. En cas de maladie inactive, le risque de rechute inflammatoire est multiplié par 10 en cas d'hormonothérapie.

Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis

Dellow ES (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1066–78

L'œsophagite à éosinophiles est une condition clinicopathologique, car nécessitant symptômes et anomalies objectives dont aucune n'est spécifique. Les auteurs proposent une approche diagnostique globale et renvoient tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques. Les symptômes (par exemple une dysphagie chez un sujet jeune avec une endoscopie normale, ou une impaction œsophagienne sans cause) mènent à une endoscopie avec des biopsies œsophagiennes. Si une de celles-ci montre plus de 15 éosinophiles par champ, il faut d'abord exclure d'autres causes telle une gastroentérite à éosinophiles. Il faut ensuite donner un traitement antireflux : IPP simple ou double dose matin et soir pendant huit semaines. En effet, il existe une entité répondant aux antisécétrétoires : l'éosinophilie œsophagienne répondant aux IPP. Ce n'est qu'alors que le traitement classique de stéroïdes topiques ou de régime antiallergique est instauré. Suite dans l'article très bien documenté.

Robot-assisted endoscopic submucosal dissection is effective in treating patients with early-stage gastric neoplasia

Phee SJ (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1117–21

Juste pour votre culture générale : les robots arrivent. *Robotic endoscopy: a small case series, a giant step for endoscopy* dit l'éditorial commentant l'article.

Gastroprotective therapy does not improve outcome in patients with *Helicobacter pylori*-negative idiopathic bleeding ulcers

Wong GLH (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1124–9

Six cent soixante-trois patients ont été suivis, une moyenne de 32 mois après une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse, en l'absence d'*Helicobacter pylori* (HP). Quarante-vingt-cinq pour cent ont eu un traitement gastroprotecteur dans le suivi. Une récurrence hémorragique a été observée pour 3,8 pour 100 personnes/année, soit un taux semblable à ceux qui n'ont pas eu de traitement gastroprotecteur, et nettement supérieur aux patients éradiqués pour HP (1,1 %).

Patients with celiac disease have an increased risk for pancreatitis

Sadr-Azodi O (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1132–46

L'analyse du registre suédois de cœliaques ($n = 28\,908$) montre que le risque de pancréatite aiguë est multiplié par 2 et celui de pancréatite chronique par 3.

Treatment of necrotizing pancreatitis

Van Brunschot S (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1190–201

Cet article de synthèse sur la pancréatite aiguë nécrosante nous vient des Pays-Bas, source de plusieurs essais contrôlés sur le sujet. Le message principal : le traitement doit être le moins agressif et le plus tardif possible. La nécrose stérile ne nécessite pas de drainage. La nécrose infectée doit être drainée le plus tard possible et d'abord par voie percutanée (suffisante une fois sur trois) ou endoscopique, avant d'envisager une nécrossectomie chirurgicale (mini-invasive par voie rétropéritonéale) ou endoscopique (quand l'équipe en a l'expérience !).

Efficacy of buspirone, a fundus-relaxing drug, in patients with functional dyspepsia

Tack J (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1239–45

La buspirone, anxiolytique, agoniste de la 5-hydroxytryptamine, à la dose de 10 mg 3 fois/jour améliore de façon significative les symptômes dyspeptiques liés à un trouble de l'accommodation gastrique, de la relaxation fundique, à savoir le ballonnement, la satiété rapide.

Endoscopic skipping of the distal terminal ileum in Crohn's disease can lead to negative results from ileocolonoscopy

Samuel S (2012) Clin Gastroenterol Hepatol 10:1253–9

L'analyse de 189 patients consécutifs atteints de maladie de Crohn ayant eu une colonoscopie et un entéro-CT dans un centre tertiaire (Mayo Clinic) montre un iléon normal chez 43,8 %. Néanmoins, la moitié avait une atteinte de l'intestin grêle. Un tiers d'entre eux avaient une atteinte proximale ; deux tiers avaient une atteinte intramurale et mésentérique. L'endoscopie n'a donc pas le dernier mot !

Editorial. Barrett's esophagus: who should receive ablation and how can we get the best results?

Bergman J (2012) *Gastroenterology* 143:524–6

Trois articles traitant de l'ablation de la muqueuse métaplasique (Barrett) par radiofréquence sont commentés. Le premier fait l'analyse coût-efficacité des indications : le traitement des dysplasies de haut grade est efficace et économique ; celui des dysplasies de bas grade confirmé l'est peut-être. En l'absence de dysplasie, le traitement n'est pas justifié. Le deuxième article signale trois cas de cancer intramuqueux après ablation par radiofréquence après 6, 9 et 24 mois respectivement. Le troisième article souligne l'importance d'un reflux acide persistant dans la persistance de tissu métaplasique après radiofréquence, les autres facteurs étant la longueur du Barrett et la présence d'une hernie hiatale.

Prevention of esophageal stricture after endoscopic submucosal dissection using tissue-engineered cell sheets

Ohki T (2012) *Gastroenterology* 143:582–8

La médecine régénérative endoscopique est née et consiste à placer des « pastilles » cellulaires (feuilles épithéliales de culture cellulaire obtenues à partir de prélèvements de cellules buccales du patient) au niveau de la résection endoscopique, pour éviter les sténoses.

Effects of bariatric surgery on glucose homeostasis and type 2 diabetes. Review

Bradley D (2012) *Gastroenterology* 143:897–912

Les chirurgies bariatriques (à l'exception du banding) guérissent le diabète type 2 dans deux tiers des cas au moins. La chirurgie bariatrique est la plus fréquente aux États-Unis... et augmente chez nous.

Transfer of intestinal microbiota from loan donors increases insulin sensitivity in individuals with metabolic syndrome

Vrieze A (2012) *Gastroenterology* 143:903–16

Cet article est cité pour attirer l'attention sur le microbiote intestinal (nouveau nom de la flore, plus moderne) et sur son rôle important dans l'obésité (et la maladie de Crohn, etc.).

Second cancers and residual disease in patients treated for gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma by *Helicobacter pylori* eradication and followed for 10 years

Wundisch TH (2012) *Gastroenterology* 143:936–42

Le suivi de 120 patients porteurs de Maltome gastrique associés à *Helicobacter pylori* montre que, après éradication, même s'il persiste des signes histologiques de lymphome, il n'y a jamais de récurrence, mais il existe un risque majoré de lymphome non hodgkinien et un risque de cancer gastrique majoré. Parmi les cinq adénocarcinomes gastriques, trois ont pu faire l'objet de résection endoscopique.

Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 Update

Peery AF (2012) *Gastroenterology* 143:1179–87

Avoir une vue globale des maladies digestives dans le pays manque dans nos contrées sans parler de l'Afrique. L'article présente un tableau global de la situation aux États-Unis, à partir de différentes sources. La plainte la plus fréquente : les douleurs abdominales. Le diagnostic le plus fréquent : le reflux. Les causes les plus fréquentes d'hospitalisation : pancréatite aiguë ; lithiase biliaire ; diverticulite aiguë. Les cancers les plus fréquents : côlon et rectum (près de deux tiers des cas, avec une survie à cinq ans de deux tiers) ; pancréas. Voilà de quoi orienter nos lectures (à quand la dernière publication sur la diverticulite aiguë ?) et notre enseignement.

Enoxaparine prevents portal vein thrombosis and liver decompensation in patients with advanced cirrhosis

Villa E (2012) *Gastroenterology* 143:1253–60

Dans cette petite étude randomisée de 70 cirrhotiques avancés, une héparine de bas poids moléculaire (énoxaparine) donnée pendant 12 mois a réduit de façon significative : la thrombose veineuse portale (0 vs 16,6 %) ; les décompensations hépatiques (11,7 vs 59,4 %) ; les infections bactériennes (8,8 vs 33,3 %). Cette étude préliminaire doit être élargie et confirmée mais suggère que la vision de la cirrhose comme une maladie faisant « saigner » est un peu simple.

Longer inspection time is associated with increased detection of high-grade dysplasia and esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus

Gupta M (2012) *Gastrointest Endosc* 76:531–8

Cent douze patients porteurs d'un œsophage de Barrett ont été examinés par 11 endoscopistes. Chez 57 patients, 116 lésions suspectes ont été relevées et chez 38 (33,9 %) une dysplasie de haut grade ou un adénocarcinome ont été retrouvés histologiquement. L'élément nouveau est la relation entre le temps pris pour examiner la muqueuse métaplasique et le pourcentage de dysplasies sévères. Les endoscopistes ayant passé plus d'une minute par centimètre de muqueuse métaplasique détectent plus de lésions suspectes : 54 vs 13 %. Comme dans le côlon pour la détection de polypes, en cas de Barrett, un long regard est plus efficace qu'un rapide coup d'œil.

Practice patterns of surveillance endoscopy in a Veterans Affairs database of 29,504 patients with Barrett's esophagus

El Serag HB (2012) *Gastrointest Endosc* 76:743–55

À l'opposé de l'article de Gupta (ci-dessus) comprenant un groupe sélectionné de patients examinés par des experts dans un centre tertiaire, l'expérience courante aux États-Unis n'est pas aussi brillante : dans un groupe de près de 30 000 patients suivis, avec une moyenne de 3,8 années pour un œsophage de Barrett, seuls 45 % ont eu au moins une endoscopie. Voilà qui est loin des 95 % de gastroentérologues

qui déclarent recommander ou suivre les conseils officiels de surveillance, à savoir un examen tous les trois ans en l'absence de dysplasie préalable sur les biopsies.

Mortality in Barrett's esophagus: three decades of experience at a single center

Caygill CPJ (2012) *Endoscopy* 44:892–8

L'étude d'une cohorte prospective de 1 239 patients avec œsophage de Barrett à un seul centre en Grande-Bretagne entre 1978 et 2009 montre que globalement la mortalité est augmentée significativement, et cela uniquement à cause de l'adénocarcinome de l'œsophage ($\times 25$). Voilà qui apporte de l'eau au moulin de la surveillance endoscopique surtout depuis la possibilité de traitements endoscopiques.

Warm water infusion colonoscopy: a review and meta-analysis

Rabenstein T (2012) *Endoscopy* 44:940–8

L'analyse a porté sur neuf études groupant 1 283 patients. L'usage d'eau chaude en lieu et place de l'insufflation d'air réduit de moitié la nécessité d'analgésiques pour une coloscopie, sans réduire le taux de détection d'adénomes. Elle réduit cependant le taux d'intubation cœcale. La technique hybride (usage d'eau chaude et courtes insufflations d'air en cas de nécessité) réduit les analgésiques et pas le taux d'intubation cœcale. À conseiller donc quand les possibilités d'analgésie et de sédation sont limitées.