

© Springer-Verlag France 2013

### **Comorbidities affect risk of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding**

Crooks CJ (2013) *Gastroenterology* 144:1384–97

L'analyse d'une base de données de médecine générale en Grande-Bretagne sur une période de 15 ans a permis de comparer 16 355 cas d'hémorragie digestive haute non liée à des varices à un groupe témoin, cinq fois plus large. La présence de deux comorbidités multiplie le risque d'hémorragie par plus de deux et joue un rôle plus important que les AINS et l'aspirine. Protéger l'estomac de patients consommant ces gastrotoxiques aura donc un effet limité sur la prévention de l'hémorragie digestive.

### **Consumption of fermented milk product with probiotic modulates brain activity**

Tillisch K (2013) *Gastroenterology* 144:1394–401

Cette étude franco-américaine montre qu'un yoghourt avec une composition précise en probiotiques (Danone) module l'activité de certaines zones cérébrales traitant émotions et sensations (résonance magnétique fonctionnelle). Ce résultat impressionnant complète d'autres études ayant montré l'effet de probiotiques sur la sensibilité viscérale.

### **Incidence, presentation and outcomes in patients with drug-induced liver injury in the general population of Iceland**

Bjornsson ES (2013) *Gastroenterology* 144:1419–25

C'est la première étude de population, celle d'Irlande, qui permet donc de calculer l'incidence de l'hépatotoxicité et de la rapporter au nombre de patients prenant une médication donnée. L'incidence est élevée : 19/100 000 et augmente après 50 ans, comme le nombre de médicaments prescrits. Seize pour cent des cas sont liés à des extraits d'herbes. Les médicaments le plus souvent en cause sont : amoxicilline-clavulanate (22 %), diclofénac (6 %), azathioprine (4 %),

influximab (4 %), nitrofurantoïne (4 %). Rapporté au nombre de patients prenant ces médicaments, la fréquence devient : 1/133 patients pour l'azathioprine, 1/148 pour l'influximab, 1/1 369 pour la nitrofurantoïne, 1/2 350 pour l'amoxicilline-clavulanate, 1/9 480 pour le diclofénac.

### **Can you stop surveillance after radiofrequency ablation of Barrett's esophagus? A glass half full**

Editorial (2013) *Gastroenterology* 145:39–42

L'éditorial résume trois articles (VS, UK, Pays-Bas) traitant des résultats à moyen terme de l'ablation des dysplasies dans l'œsophage de Barrett. Les conclusions : l'éradication de la dysplasie est fréquente (90 %) et durable, la persistance ou la récurrence de métaplasie n'est pas rare. Et donc, il faut parler de rémission et pas de guérison... et continuer à suivre les maladies. Dans l'attente de résultats à long terme.

### **New oral anticoagulants increase risk for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis**

Holster L (2013) *Gastroenterology* 145:105–12

Les nouveaux anticoagulants pris par voie orale sont (peut-être) plus efficaces, mais le risque d'hémorragie digestive est majoré ( $\times 1,45$ ) par rapport aux anticoagulants conventionnels. Cela doit être confirmé par des études plus précises centrées sur l'hémorragie digestive. Ces nouveaux anticoagulants ont deux autres défauts : leur coût et l'absence d'antidote pour neutraliser leur action en cas d'hémorragie.

### **Dietary fiber intake reduces risk for gastric cancer: a meta-analysis**

Zhang Z (2013) *Gastroenterology* 145:113–20

Une consommation majorée en fibres (10 g/j) réduit de 44 % le risque de cancer gastrique.

### **Improving hand hygiene adherence in an endoscopy unit**

Santos LX (2013) *Endoscopy* 45:421–5

Tout endoscopiste connaît les précautions et prescriptions concernant la désinfection des endoscopes. Tout service hospitalier connaît la nécessité de « mains propres » et les précautions nécessaires. Curieusement, il existe peu de données concernant le lavage des mains dans les services d'endoscopie. Cette belle étude a été réalisée au Brésil et a comporté les étapes suivantes : évaluation du lavage des mains avant, éducation de la façon correcte de procéder, évaluation des résultats un mois et dix mois plus tard. Avant, le lavage des mains était réalisé dans 21,4 % des situations où il aurait dû être pratiqué. L'éducation comportait les recommandations de l'OMS (les cinq moments de l'hygiène des mains, c'est-à-dire avant et après les contacts avec un patient par exemple) et un test de lavage des mains avec un gel fluorescent permettant de voir les parties non lavées. Dix mois plus tard, le lavage correct était réalisé dans 73,5 % des situations, c'est-à-dire une amélioration de 50 % qui a donc persisté dans le temps.

### **Long-term results of electrical stimulation of the lower esophageal sphincter for the treatment of gastroesophageal reflux disease**

Rodriguez L (2013) *Endoscopy* 45:595–604

Enfin une nouvelle piste pour le reflux gastro-œsophagien. L'implantation d'un neurostimulateur du sphincter œsophagien par laparoscopie a été réalisée chez 24 patients chiliens avec une supervision et du matériel américain. La stimulation est réalisée par périodes de 30 minutes avec un maximum de 12 périodes par jour, avant chaque repas et en fonction de la chronologie des symptômes et de la pHmétrie de 24 heures. Presque tous les patients ont pu se passer d'inhibiteurs de la pompe à protons et le pourcentage de reflux acide sur 24 heures (pHmétrie) est passé de 10,1 à 3,3 %. Prometteur pour le futur ?

### **Risk stratification to predict pain during unsedated colonoscopy: results of a multicenter cohort study**

Holme O (2013) *Endoscopy* 45:691–6

Mille cent quatre-vingt-dix-huit patients norvégiens ont marqué leur accord pour entamer leur coloscopie sans sédation. Un peu plus de la moitié ont eu des douleurs modérées

à sévères. Les facteurs favorisant l'apparition de douleurs sont : le sexe féminin, l'âge de moins de 40 ans, une chirurgie abdominale préalable, la douleur comme indication de l'examen, l'anticipation de douleurs, une coloscopie antérieure douloureuse, un antécédent de diverticulite. Le sexe féminin étant un indicateur fort de douleurs, les auteurs proposent sédation et analgésie chez toutes les femmes. Chez les hommes, le nombre de facteurs de risque est à prendre en compte. Quand trois facteurs sont présents, des douleurs modérées à sévères sont présentes chez deux tiers.

### **Sustained clinical benefit and tolerability of methotrexate monotherapy after thiopurine therapy in patients with Crohn's disease**

Seinen ML (2013) *Clin Gastroenterol Hepatol* 11:67–72

Dans un groupe de 174 patients atteints de maladie de Crohn et ayant dû arrêter un traitement à l'azathioprine, un traitement au méthotrexate a été proposé : 25 mg par voie sous-cutanée chaque semaine, réduits à 15 mg après trois-quatre mois. Vingt-six pour cent ont dû arrêter le traitement pendant les six premiers mois. Parmi les autres patients, 86 % ont eu une réponse clinique à six mois, l'effet déclinant progressivement (20 % à cinq ans). Une fois les premiers mois passés, le méthotrexate était bien toléré.

### **Combined endoscopy, aspiration and biopsy analysis for identifying infectious colitis in patients with ileocaecal ulcers**

Nagata N (2013) *Clin Gastroenterol Hepatol* 4:673–80

Cette très intéressante étude japonaise porte sur 128 patients avec des ulcères de la région iléocœcale diagnostiqués par endoscopie. Les méthodes diagnostiques ont comporté : culture de selles, de liquide aspiré en cours d'endoscopie et de biopsies, cytologie et PCR du liquide aspiré, histologie et immunohistologie (CMV). Les diagnostics par ordre de fréquence décroissante ont été : amibiase (27 %), tuberculose (20 %), CMV (18 %), Crohn (9 %), *Campylobacter jejuni* (8 %). L'amibiase comportait des ulcères multiples, ronds ou irréguliers, très souvent avec un exsudat. La tuberculose pouvait toucher l'iléon, comporte des ulcères de plus de 1 cm, transverses, des cicatrices. La colite à CMV révèle des ulcères multiples, de taille variable. L'infection à *Campylobacter* touche toujours la valve iléocœcale. L'amibiase était diagnostiquée sur les biopsies (éventuellement par coloration au PAS), peu sur les analyses de selles (positives dans un tiers des cas). La tuberculose était diagnostiquée sur les biopsies. La colite à CMV était prouvée par

PCR ou immunohistochimie sur les biopsies. Le *Campylobacter* était mis en évidence sur les cultures de liquide aspiré (90 %) et peu sur les analyses de selles (20 %).

### **18-fluorodeoxyglucose position emission tomography does not aid in diagnosis of pancreatic ductal adenocarcinoma**

Matsumoto I (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11: 712–8

Le PET-scan n'est pas l'arme suprême en oncologie du pancréas comme le montre cette étude japonaise de 232 cas suspects d'adénocarcinome du pancréas. Dans les cas de cancer précoce (stades 0 et 1) et dans les lésions de moins de 2 cm, il n'est positif que dans 50 % des cas. Il détecte moins de la moitié des cas de métastases hépatiques ou péritonéales. De plus, il existe des faux-positifs : les pancréatites auto-immunes focales se présentant sous forme de masse sont positives. La conclusion : les méthodes d'imagerie conventionnelles, et surtout le CT-scan, demeurent essentielles et apportent plus d'information !

### **Serrated colon polyps as precursors to colorectal cancer**

Sweetser S (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11:760–7

Finie l'époque « simple » où les polypes hyperplasiques bénins se distinguaient absolument des polypes adénomateux et/ou villosités à potentiel malin. Est apparu le « SSA/P », c'est-à-dire le polype festonné sessile adénomateux, variante du polype hyperplasique. Il est dangereux et à connaître : il saigne moins facilement et donc la recherche de sang occulte dans les selles sera souvent négative — il est fréquent dans le côlon droit et difficile à détecter car tout à fait plat, pâle et recouvert de mucus, l'évolution vers le cancer est plus rapide que pour l'adénome classique. Un article revoyant le même problème est paru dans le numéro de juin de *Gastrointestinal Endoscopy*.

### **Avoiding and defending malpractice suits for postcolonoscopy cancer: advice from an expert witness**

Rex DK (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11:768–73

Les conseils de cet expert coloscopiste qui a défendu de nombreux gastroentérologues américains lors de procès post-coloscopiques (les deux motifs les plus fréquents sont la perforation et les cancers manqués) sont en fait des conseils de

bonne pratique visant à documenter dans le compte rendu et à photographier les éléments importants : signaler la qualité de la préparation, signaler un toucher rectal, diagnostic approfondi (une partie des cancers manqués touche le bas rectum), photographier le cæcum et l'orifice appendiculaire, signaler le temps de retrait de l'endoscope qui doit être au minimum de six minutes, photographier la rétroflexion rectale.

### **Rectal nonsteroidal anti-inflammatory drugs are superior to pancreatic duct stents in preventing pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a network meta-analysis**

Akbar A (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11:778–83

Cette méta-analyse particulière (*network* ?) montre que le suppositoire d'anti-inflammatoires (100 mg d'indométacine ou diclofénac) est plus efficace que les stents pancréatiques dans la prévention de la pancréatite aiguë post-ERCP, tout en étant plus simple et moins coûteux.

### **Increased prandial air swallowing and postprandial gas-liquid reflux among patients refractory to proton pump inhibitor therapy**

Bravi I (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11:784–9

Certains « refluxeurs » ne répondant pas ou mal aux inhibiteurs de la pompe à protons avalent plus d'air lors des repas et ont plus d'épisodes de reflux de gaz. Cela est ressenti comme reflux chez ces patients dont la muqueuse est sensibilisée par des reflux acides. Ces patients sont identifiés par une impédance-pHmétrie de 24 heures et pourraient faire l'objet d'une thérapie comportementale visant à avaler moins d'air.

### ***Saccharomyces boulardii* does not prevent relapse of Crohn's disease**

Bourreille A (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11: 982–7

La flore intestinale joue un rôle dans les maladies inflammatoires comme en témoignent l'infusion du contenu intestinal dans un segment exclu provoquant une récurrence dans ce segment ainsi que l'effet bénéfique des antibiotiques. Cette étude française de 165 patients atteints de maladie de Crohn en rémission randomisée entre le groupe placebo et un groupe recevant un probiotique (*Saccharomyces boulardii*) ne montre pas d'effet bénéfique du probiotique sur la récurrence à un an (47,5 vs 53,2 %).

### **Transient flare of ulcerative colitis after fecal microbiota transplantation for recurrent *Clostridium difficile* infection**

De Leon LM (2013) Clin Gastroenterol Hepatol 11:1036–8

La transplantation fécale est devenue le traitement de choix de l'infection récidivante à *Clostridium difficile*. Chez un patient dont la colite ulcéreuse était quiescente depuis 20 ans, qui a bénéficié d'une transplantation fécale après trois récurrences sévères de colite à *Clostridium*, une poussée sévère de colite est survenue. Voilà qui confirme l'influence de la flore intestinale dans les MICI et qui suggère la prudence chez ces patients.

### **Modifications in endoscopic practice for the elderly**

Guideline (2013) Gastrointest Endosc 78:1–7

Pour toutes les endoscopies du sujet âgé, une dose moindre de sédatif est recommandée de même qu'un monitoring pendant et après l'endoscopie. En dehors de la coloscopie, les risques ne sont pas majorés (gastroscopie–CPRE). Pour la coloscopie, les risques sont multipliés par deux au-delà de 80 ans. À partir de 75 ans, le dépistage endoscopique est à individualiser et déconseillé au-delà de 85 ans. La préparation est souvent difficile, et il est recommandé de prendre les solutions de PEG en deux fois (*split dose*).

### **Long-term outcome of palliative therapy for gastric outlet obstruction caused by unresectable gastric cancer in patients with good performance status: endoscopic stenting versus surgery**

Hee No J (2013) Gastrointest Endosc 78:55–62

Chez 113 patients avec obstruction gastrique tumorale, les résultats de stents métalliques expansifs ( $n = 72$ ) ont été comparés avec la gastrojéjunostomie. Le taux de succès et de complications précoces est le même dans les deux groupes. Le taux de complications tardives est nettement supérieur après traitement endoscopique (44,4 vs 12,2 %). La survie moyenne est plus élevée dans le groupe chirurgie, mais cela est uniquement vrai chez les patients ambulatoires où la différence est de 111 jours. La chirurgie est donc à conseiller chez les patients en bon état général.

### **Endoscopic mucosal tissue sampling**

Guideline (2013) Gastrointest Endosc 78:216–24

Cet article revoit les recommandations pour les biopsies endoscopiques et leur degré d'évidence. En résumé, une seule biopsie n'est jamais suffisante pour exclure une pathologie recherchée. Par exemple, pour la colite microscopique, il est suggéré deux biopsies du sigmoïde, et deux biopsies à un ou plusieurs site(s) en amont. Une biopsie rectale unique est donc insuffisante en cas de diarrhée.

### **Novel oral anticoagulants in gastroenterology practice**

Review

Cette revue synthétise, comme l'article de *Gastroenterology* cité plus haut, les données concernant l'hémorragie digestive avec les nouveaux anticoagulants (en y ajoutant des tableaux et des schémas concernant le métabolisme des médicaments et le traitement des hémorragies). Elle y ajoute d'autres données parfois peu connues : le dabigatran (Pradaxa®) peut entraîner des symptômes de reflux et des lésions inflammatoires de l'œsophage.