

# la lettre du CREGG

Club de réflexion des cabinets et  
groupes en hépato-gastro-entérologie

association régie par la loi de 1901

## Spécial AGA

N° 36

Juin 2004

[www.cregg.org](http://www.cregg.org)

Secrétariat du CREGG  
Fabienne PEIRA  
Tél. 04 91 78 81 19  
23, cours Gouffé  
13006 Marseille



Désinfecte-t-on aux États-Unis ? .....	p.2
TFI : les nouveaux traitements.....	p.3
Capsule endoscopique .....	p.4-5
l'Écho-endoscopie: Résumé des présentations intéressantes .....	p.6
NAFLD et autres foies gras .....	p.7
MICI : pratique quotidienne .....	p.8-9
le cancer colo rectal : le dépistage et la prévention à l'épreuve des nouvelles technologies .....	p.10-11
Proctologie .....	p.10-11
traitement endoscopique endoluminal du RGO: son heure a-t-elle sonné ? .....	p.12-13
Endoscopie, Mucosectomie.....	p.14-15
La formation continue à l'AGA.....	p.16-17
L'œsophage de Barrett .....	p.18-19

## ALORS L'AGA, C'ÉTAIT BIEN ?

L'invariable question accueille le retour de ceux qui ont eu la possibilité de traverser l'Atlantique pour assister au grand congrès américain. Au lieu d'apporter une réponse lapidaire à l'interrogation du collègue pressé, le CREGG a souhaité vous proposer quelques présentations brèves concernant des sujets qui nous ont paru intéressants, en tant qu'hépatogastroentérologues libéraux. Le choix des sujets est subjectif, et si l'analyse procède d'une démarche scientifique, le regard porté est personnel et n'engage que son auteur.

La présence française à l'AGA reste importante, bien sûr fonction de l'engagement de l'industrie et compte tenu du nombre de publications, il est impossible de revenir complètement bredouille, sans idée nouvelle sur les problématiques à venir, les nouveaux traitements, mais avec une vision il est vrai très anglo-saxonne. A coté des Francophones, rencontre véritablement incontournable et d'ailleurs plébiscitée, il y a sûrement la place pour le congrès européen, car l'approche du vieux continent est relativement homogène, et malgré l'hégémonie

critiquable de la langue anglaise qui prévaut à l'UEGW, il est bon qu'il y ait un espace d'expression auquel les français devraient accorder plus de considération.

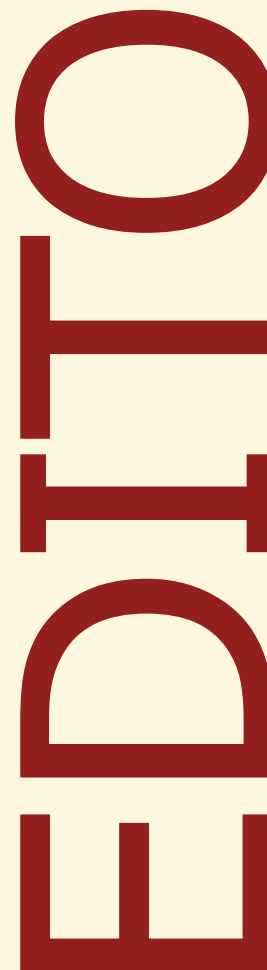
Le congrès de Prague sera probablement un succès.

La Nouvelle Orléans.  
Mai 2004. Averses tropicales sur le Convention Center.

Bonne lecture!

**Bruno RICHARD-MOLARD**  
Président du CREGG

*NDLR : les sujets des résumés présentés dans ce numéro exceptionnel AGA 2004, édité et distribué grâce à la collaboration active du laboratoire ASTRAZENECA France, ont été choisis par leur auteur et n'engagent que leur réflexion personnelle d'expert.*



## DÉSINFECTE-T-ON AUX ÉTATS-UNIS ?

La réponse que l'on pourrait faire en constatant l'absence de communication d'origine américaine sur le sujet et les deux misérables automates obsolètes exposés à l'« Exhibit », est probablement « oui mais », ce n'est pas la préoccupation de nos confrères américains.

**4 posters tous en provenance hors USA tentent néanmoins de répondre à de vraies questions.**

### L'amélioration et la sécurisation du nettoyage :

Le Japonais KATO (S1530) compare l'efficacité sur des endoscopes après utilisation des écouvillons classiques versus une brosse à usage unique de 3 mm de diamètre dont la surface est constituée de villosités et qui est aspirée dans le canal opérateur de l'endoscope. Les auteurs évaluent les diminutions de la quantité de micro organismes et de protéines. Les résultats apparaissent équivalents pour les deux techniques.

Ce type de brosse à usage unique permet d'envisager l'automatisation de cette phase initiale de la procédure de désinfection.

Trouver des alternatives au glutaraldéhyde n'est pas qu'une préoccupation française.

Le Koréen J.-B. KIM (S1532) teste la possibilité de remplacer le glutaraldéhyde par un acide peracétique (SCOTELIN) dans deux types de laveurs désinfecteurs (fabrication locale). Il apparaît que le laveur désinfecteur le plus moderne permet d'obtenir une efficacité équivalente, qu'il utilise le glutaraldéhyde ou l'APA. L'automate le plus ancien voit son efficacité diminuée par le passage du glutaraldéhyde à l'APA.

L'Italien G. SPINZI compare, sur des endoscopes après utilisation, l'efficacité d'une désinfection de 20 minutes

à la glutaraldéhyde par un automate LANCER FRANCE à une désinfection de 7 minutes par un automate à Eau Electrolysée Acide (CLEANTOP KAIGEN JAPON). Les critères permettant de définir un prélèvement anormal, choisis par les auteurs, ne permettent pas d'objectiver de différence entre les deux techniques de désinfection.

Peut-on améliorer la qualité de la désinfection en pratiquant des contrôles microbiologiques obligatoires des endoscopes ?

L'Allemand BIRKNER rapporte que pour améliorer la qualité de la désinfection des endoscopes dans les centres d'endoscopie ambulatoire, le remboursement des actes a été conditionné aux résultats des contrôles microbiologiques.



Il est vrai que les résultats microbiologiques initiaux dans 577 centres ambulatoires étaient particulièrement mauvais atteignant 75 % de non-conformité pour les gastroscopes et les coloscopes. Après avoir conditionné le remboursement à la qualité des résultats, les non conformités ne représentaient plus que respectivement 6 % des gastroscopes et 9 % des coloscopes.

On remarquera que ces trois dernières études sont basées sur les résultats de prélèvements microbiologiques d'endoscopes. Il convient de souligner que les trois auteurs utilisent des techniques de prélèvements différentes au niveau des sites de prélèvements, dans les modalités (sérum physiologique, eau stérile en quantité variable) mais également dans

les techniques microbiologiques (filtration ou inclusion). Enfin et surtout, les critères d'interprétation de non-conformité sont différents rendant toute comparaison des résultats impossible.

### Le retour de l'endoscope à usage unique est peut-être pour demain :

Il existe déjà une gaine à usage unique commercialisée aux États-Unis par la firme VISION SCIENCES qui permet de protéger un oesophagoscope à fibres, l'exploration est bien entendu limitée à l'œsophage et l'endoscope ne comporte qu'un canal.

Le forum vidéo de l'ASGE avait un petit côté « concours Lépine » cette année :

L'Israélien M. SHIKE a présenté une nouvelle technique de coloscope le « Colosight ». Il s'agit d'une gaine à usage unique incorporant le canal opérateur qui se déploie autour et en avant de l'endoscope lui-même. Un mécanisme pneumatique permet le gonflement et la progression de cette gaine. L'endoscope est ainsi tracté par la gaine.

Les premiers essais sur 72 patients ont permis d'atteindre le caecum dans 88 % des cas en 12,3 minutes en moyenne. La gaine paraît protéger l'endoscope d'une contamination mais les résultats des évaluations présentés apparaissent très succincts.

Et pourquoi pas un cathéter caméra ? Telle est la proposition de l'Anglais P. SWAIN qui a conçu un cathéter sur lequel il monte un mini CCD. La progression s'effectue grâce à une guide spécialement fabriqué pour cet usage. Seule la caméra est réutilisée. L'expérimentation a été menée sur le cochon.

**Bernard MARCHETTI**

*Membre de la Commission Endoscopie*

## TFI: Les nouveaux traitements

Les Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI) ou « Syndrome de l'Intestin Irritable » (SII) correspondent à une partie des IBS des auteurs américains qui incluent, dans ce même groupe, la dyspepsie fonctionnelle et les douleurs thoraciques non-cardiaques.

Nous nous limiterons à la sphère intestinale.

De nombreuses communications, au post graduate et au congrès, des posters, un symposium (Solvay), ont été consacrés au sujet.

Le point a été fait essentiellement par H. MERTZ de la Vanderbilt University.



### Les médicaments actuellement disponibles

traient les symptômes. Les antispasmodiques pour la douleur, les laxatifs pour la constipation, les adsorbants pour les gaz, les ballonnements et la diarrhée, les antidiarrhéiques pour la diarrhée, les antidépresseurs pour les troubles psychoaffectifs et les conséquences du stress... sans oublier, toutefois, le rôle « placebo » important de ces médicaments et celui du médecin prescripteur en particulier.

Les antibiotiques ont également leur place, soit pour traiter les entérites bactériennes qui vont engendrer des TFI dans 7 à 33 % des cas (Stephen M. Collins), soit à la phase chronique si l'on admet que 78 % des IBS ont un breath test au lactulose anormal. Dans ce cas, H. MERTZ conseille 10 jours de Néomycine à 500 mg/j.

**Les nouveaux médicaments** ont la prétention de traiter le SII dans son ensemble en agissant sur le concept de l'axe « cerveau-intestin ».

Le Tegaserod<sup>1</sup> est un agoniste partiel des récepteurs 5 HT4 de la sérotonine. Il agit uniquement en cas de constipation à la dose de 6 mg en une prise. La FDA

n'autorise sa prescription qu'aux femmes après 12 semaines de constipation, pas aux hommes.

Sur 3 études, les résultats sont supérieurs au placebo dans 9,3 % des cas. Assez bien toléré, le traitement n'allonge pas le QT; dans 10 % des cas, une diarrhée survient; 2 % des sujets sont sortis des études.

L'Alosetron<sup>2</sup> est un antagoniste des récepteurs 5HT3 de la sérotonine. Il ralentit le transit et diminue les sécrétions et la sensibilité viscérale.

- 10 % des sujets sortent de l'étude;
- 25 à 30 % sont constipés;
- 1/700 fait une colite ischémique.

La FDA n'autorise sa prescription que chez la femme, par un médecin après consultation et avec le consentement écrit du malade.

Le Cilansetron<sup>3</sup> est un antagoniste des 5HT3 actuellement en phase III.

- sur les douleurs, il est 15 % plus efficace au placebo;
- sur la diarrhée, il est 18 % plus efficace au placebo.

Il est prescrit aussi bien chez la femme que chez l'homme.

## À RETENIR:

*Les nouveaux traitements des TFI ne sont pas encore à notre disposition. Leur efficacité relative, leur tolérance douteuse ne les prédisposent pas à une apparition prochaine.*

*Notre attitude pour 2004, et même en 2005, ne sera donc pas modifiée.*

*Outre les médicaments symptomatiques à notre disposition, reste la prévention vis-à-vis des TFI qui passe par:*

- la recherche d'un bon équilibre psycho-affectif;
- un entretien physique régulier;
- une diététique appropriée;
- il est temps que notre spécialité se réapproprie la nutrition!

Trois cas de colite ischémique ont été relevés et, plus souvent, de la constipation.

### Vieux médicaments à avenir potentiel:

les probiotiques, surtout le Lactobacillus et le Bifido bacterium.

Pour Eamonn M. QUIGLEY, les essais sur l'homme se multiplient et apporteront de plus en plus de preuves scientifiques.

L'avenir serait-il aux probiotiques génétiquement modifiés ?

**Fernand VICARI**

*Membre de la Commission Médicaments*

<sup>1</sup> Novartis

<sup>2</sup> GSK

<sup>3</sup> Solvay

## CAPSULE ENDOSCOPIQUE

**A**vec plus de 100.000 capsules endoscopiques (CE) vendues à ce jour dans le monde et une augmentation de 47,8 % des ventes sur le premier trimestre 2003, la CE a acquis sa place parmi les techniques d'investigation en gastroentérologie. La taille du stand Given Imaging à l'Exhibit de l'AGA 2004 rivalise dorénavant avec les fabricants d'endoscopes. Pas moins de 35 présentations orales et 69 posters ont concerné la CE.

### Réalisation pratique de l'examen :

Si tout le monde réalise l'examen dans les mêmes conditions (à savoir chez un patient à jeun avec boissons autorisées après 2 heures, collation après 4 heures et arrêt de l'enregistrement au bout de 8 heures) la nécessité ou non d'une **préparation** et l'administration de **drogues** restent très controversées. Deux études ont concerné l'utilisation du PEG qui améliore la qualité des images sans améliorer le diagnostic et avec l'inconvénient d'augmenter le temps de vidange gastrique et la probabilité de ne pas visualiser tout le grêle. Plusieurs études ont confirmé que le seul paramètre corrélé avec le pourcentage de CE atteignant la valvule (en moyenne de 70 %) était justement le temps de vidange gastrique. Différents moyens ont été utilisés allant des variations posturales à l'érythromycine dans 2 études dont une française. Si l'érythromycine accélère la vidange gastrique elle ralentit le temps au niveau du grêle.

Le problème des **sténoses** qui doivent être éliminées par l'interrogatoire, voire pas d'autres examens complémentaires a de nouveau été discuté bien qu'une étude rétrospective New Yorkaise a constaté que sur 568 examens et sur les 19 cas où il y a eu rétention (suspectées cliniquement), la CE a permis sans risque de préciser le diagnostic et l'étiologie. Reste le problème dans ces cas d'être obligé d'opérer des patients inopérables

ou refusant à priori toute intervention. Une information préalable sur le risque de blocage de la CE doit être faite de la même façon que nous avons pris l'habitude d'informer nos patients des risques de l'endoscopie. Dans ce cadre l'utilisation de la capsule résorbable Patency disponible en Europe mais pas aux USA a fait l'objet d'études préliminaires qui méritent d'être complétées. Il existe en effet un certain pourcentage de faux positifs. Une étude a montré également qu'un délai de 40 heures pour la résorption de la CE est probablement plus pertinent que 100 heures qui a entraîné une intervention abusive.

Enfin concernant la lecture de l'examen, une **nouvelle évolution du logiciel Rapid** permettra prochainement une lecture simultanée de quatre images au lieu de 2 et avec une lecture accélérée qui en moins de 3 minutes permettra de localiser le pylore et valvule de Bauhin.

### Indications :

Les **saignements** occultes ou non et les bilans d'anémie restent de loin la meilleure indication de la technique après un bilan

endoscopique classique négatif. Toutes les études montrent que les performances diagnostiques sont meilleures en cas de saignement actif ce qui était prévisible et déjà démontré pour l'endoscopie conventionnelle.

La **maladie de Crohn (MC)** a bénéficié d'un grand nombre de travaux qui ont souligné l'intérêt de la CE tant au niveau du diagnostic et de l'extension que sur les incidences sur l'attitude thérapeutique (25 % dans une étude sur 56 MC). La place de la CE mérite d'être précisée par rapport aux examens conventionnels. Il serait abusif de porter un diagnostic de MC devant tout aphte ou ulcération comme cela a été précisé. Il n'existe aucune spécificité des lésions et quatre études ont montré la présence d'aphtes chez des volontaires sains. Une étude intéressante a montré l'utilité de la CE dans les colites inclassées.

Dans la **maladie coeliaque** la place de la CE par rapport aux techniques d'investigation classiques mérite d'être validée. La CE permet mieux que toute autre technique d'évaluer l'extension de





l'atteinte de la maladie et de préciser dans certains cas une extension jusqu'à l'iléon et ceci avec une très forte spécificité mais une sensibilité moindre.

Les lésions dues aux **AINS** visualisées par la CE sont particulièrement fréquentes. Une étude prospective et contrôlée espagnole a montré la grande fréquence des entéropathies, ulcères et sténoses

et ceci sans aucun signe de spoliation sanguine chez ces patients. Il importe donc avant tout examen par CE d'arrêter les AINS pour éviter de faire des erreurs de diagnostic.

La prévalence des **tumeurs** dans les séries de patients ayant bénéficié d'un examen par CE a été revue à la hausse et est passée de 3-4 % à 7-8 %. Les polyposes familiales peuvent également bénéficier d'un enregistrement par CE.

Dans les **douleurs abdominales** et les **diarrhées chroniques** sans autre point d'appel en particulier biologique, la CE ne semble pas utile.

Enfin 2 études ont concerné un sujet plus inhabituel qui est l'œsophage et en particulier la surveillance du **Barett**. Le passage étant habituellement très rapide un auteur a utilisé une ficelle pour retenir la capsule pendant 7 minutes en faisant déglutir 3 fois le patient pour finalement récupérer la CE en tirant sur la ficelle et la désinfecter... Une étude israélienne préliminaire sur 17 patients a utilisé une nouvelle CE à double optique à chacune des extrémités et en décubitus dorsal. Les auteurs signalent une excellente acceptabilité et des résultats équivalents en terme de diagnostic par

rapport aux techniques conventionnelles. Cette indication mérite toutefois d'être validée ce d'autant qu'aucune biopsie n'est bien entendu possible.

## Conclusions :

L'utilité en pratique clinique de la CE est indiscutable actuellement en particulier en cas d'hémorragie digestive d'étiologie difficile. Une méta analyse a montré l'intérêt de la CE non seulement sur le plan diagnostique mais également économique avec une diminution des autres examens complémentaires et des flacons de sang. Ces données devraient motiver une prise en charge de la CE dans des indications bien précises comme cela est déjà le cas dans certains pays. Le gastroentérologue reste la cheville ouvrière de la technique. Une étude a montré qu'une infirmière « habituée » à l'endoscopie (10 ans de pratique et 10.000 sigmoidoscopies) avait méconnu un grand nombre de lésions à la lecture de CE. Il est également nécessaire d'intégrer cette technique dans la démarche diagnostique comme cela a été précisé dans la maladie de Crohn par exemple ou il est nécessaire de corréler les données cliniques et biologiques avec les images obtenues par vidéo capsule sous peine d'erreurs.

**Patrick LEVY**

*Membre de la Commission MICI*

## À RETENIR :

*La capsule endoscopique permet mieux que toute autre technique d'évaluer l'extension de l'atteinte de la maladie jusqu'à l'iléon.*

*Permet de visualiser les lésions dues aux AINS.*

*L'utilité de la CE est indiscutable en particulier en cas d'hémorragie digestive d'étiologie difficile.*



## L'ÉCHO-ENDOSCOPIE : Résumé des présentations intéressantes

Les éléments originaux concernant l'échoendoscopie ont été essentiellement centrés sur les techniques susceptibles d'améliorer les performances de la ponction à visée diagnostique et sur les gestes à visée thérapeutique.

### A- ponction sous échoendoscopie à visée diagnostique :

1) les Américains montrent une fois de plus leur différence pour ce qui concerne les indications médiastinales. Deux présentations mettaient en avant la ponction sous échoendoscopie. La première par Eloubeidi confirmait que la ponction sous échoendoscopie était plus efficace que le PET-scan ou le scanner pour le staging des ganglions médiastinaux chez les patients porteurs de cancer pulmonaire à petites cellules. La deuxième du même groupe montrait que la ponction de masse pulmonaire primitive pouvait également être réalisée de manière satisfaisante par voie trans-oesophagienne à partir du moment où la lésion était accessible à la ponction. Le diagnostic de cancer pulmonaire primitif a ainsi pu être réalisé dans 100 % des cas chez 18 patients qui jusque là avaient eu des prélèvements négatifs par voie bronchique ou scanographique. Cette étude très originale pourrait avoir un impact si elle se confirmait comme non invasive.

2) Par ailleurs, deux équipes ont essayé d'améliorer l'efficacité du diagnostic des ponctions des tumeurs pancréatiques sous échoendoscopie en utilisant des techniques associées à la cytologie ou à l'histologie. Khalid et col ont pu ainsi améliorer l'efficacité de la ponction par l'utilisation de recherches génotypiques sur les cellules tandis que Hollerbach et col amélioraient leurs résultats par des techniques utilisant des marqueurs immunohistochimiques. Il restera bien sûr à confirmer que ces techniques sont susceptibles de passer dans la pratique courante avec un surcoût acceptable.

### B- Pour l'échoendoscopie thérapeutique, deux axes ont plus spécialement été étudiés :

1) le traitement à visée curative des lésions tumorales pancréatiques qu'elles soient tissulaires ou kystiques :

- L'étude la plus intéressante a été présentée par l'équipe de WR Brugge. 25 patients porteurs d'un kyste à priori mucineux du pancréas ont eu une injection intra-kystique d'alcool à des concentrations croissantes de 20 à 80 %. Le kyste était préalablement vidé puis rempli d'alcool puis à nouveau vidé. Aucune complication a été notée. Le suivi à six mois montre une disparition complète du kyste chez huit patients qui sont toujours en cours de surveillance. Chez 15 patients, le kyste persistait avec simplement une réduction en taille pour la majorité d'entre eux. Cinq ont été opérés confirmant le diagnostic de cystadénome mucineux et montrant une lyse épithéliale partielle secondaire à l'alcool. Il est clair que cette technique est prometteuse. Il sera en particulier intéressant de voir l'histologie des pièces ayant disparu après alcoolisation. Sur cette série, aucune complication précoce ou tardive n'était notée ce qui sera également à conforter sur des études complémentaires, le risque étant en particulier la présence d'une petite communication entre le kyste et le wirsung.

- Une nouvelle étude de Chang et col a également été présentée avec pour but un traitement par thérapie génique du cancer pancréatique. Deux voies d'approche ont été testées pour l'injection : per-cutanée sous contrôle échographique ou scanographique et trans-gastrique sous contrôle échoendoscopique. Si aucune complication n'a, cette fois-ci, été notée avec l'échoendoscopie, il n'y a pas eu en revanche non plus de différence d'efficacité par rapport à la voie d'abord per-cutanée. La voie d'abord échoendoscopique était en revanche plus lourde avec un nombre plus important de passage. Sur

cette étude, l'efficacité de la thérapie génique reste à démontrer puisque les patients étaient également traités par chimioradiothérapie. La voie d'abord per-échoendoscopie reste également à prouver comme utile.

2) les possibilités de drainage biliaire en cas d'échec de CPRE : deux approches ont été détaillées lors de la vidéo-session.

- La première (Dr Pomendurai et col), consiste en un abord trans-gastrique des voies biliaires gauches dilatées avec insertion secondaire d'une prothèse mettant en communication le foie gauche et l'estomac. Cette technique prometteuse par l'absence de risques d'obstruction secondaire de la prothèse par la tumeur elle-même, reste cependant à étudier sur des séries plus importantes en particulier pour confirmer que le risque de péritonite ne la rendra pas réductible.

- La deuxième technique (Dr Perez Miranda et al) consiste en cas d'échec de franchissement de la tumeur ou de l'ampoule à réaliser une approche par voie trans-hépatique mais en se servant non pas d'une approche per-cutanée mais d'une approche trans-gastrique. Une aiguille de 22 Gauges est introduite sous contrôle échoendoscopique dans les voies biliaires dilatées puis un fil guide est mis en place et descendu dans le duodénum. Il sera secondairement récupéré pour servir de tuteur selon la technique connue en CPRE sous le terme de « téléphérique ». Cette technique paraît susceptible d'être intéressante. Elle pourrait éviter les interventions par voie trans-hépatique qui souvent rendent nécessaire la réalisation successive de deux voire trois anesthésies chez le patient. Elle allourdit cependant le geste d'un point de vue économique et il reste à confirmer qu'un fil de 0.021 Gauges sera suffisant pour réaliser secondairement l'abord et pour franchir à la fois la sténose et l'ampoule de manière efficace.

Bertrand NAPOLÉON  
Membre de la Commission Endoscopie

## NAFLD ET AUTRES FOIES GRAS

**P**lusieurs communications concernaient les NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Diseases, prononcer « Nafeulde ») qui regroupent la stéatose, les stéato-hépatites (NASH ou Non Alcoholic Steato Hepatitis) avec des degrés divers de fibrose jusqu'à la cirrhose.

Il s'agit d'un sujet préoccupant en raison d'une augmentation massive de la prévalence de ces maladies, mais également de l'évolution démontrée vers la cirrhose et l'hépatocarcinome (HCC) dans une proportion non négligeable de cas.

Les données de la grande étude de cohorte NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey) montre en effet que les NAFLD concernent 10 à 24 % de la population Nord-Américaine et les NASH 3 %. Cela est corrélé en partie avec l'augmentation de la surcharge pondérale qui est passée de 56 à 65 % entre les périodes 1994-1998 et 1999-2000, l'obésité morbide (IMC > 40Kg/m<sup>2</sup>) de 23 à 31 % dans le même temps, ainsi qu'avec le syndrome métabolique qui concerne 47 millions d'américains.

**Sur le plan anatomopathologique**, la fibrose est présente dans 7 à 38 % des NASH et la cirrhose survient dans 15 %. La survenue d'un hépatocarcinome est attendue avec une prévalence croissante, les NAFLD représenteraient un tiers des causes sous jacentes d'HCC.

**La pathogénie** reste en partie méconnue mais des pistes apparaissent. Elle est multifactorielle, liée à des facteurs génétiques et d'environnement. Le mécanisme est à deux coups: le premier entraîne la stéatose, essentiellement en raison de troubles liés à l'insulino-résistance, avec une déviation métabolique vers les triglycérides, responsable d'un dépôt d'acides gras libres dans les cellules hépatiques, et le deuxième un processus inflammatoire lié à un stress oxydatif, dans lequel des cytokines de

l'inflammation sont impliquées, (IL4 et IL 10 notamment), mais également la leptine, produite par les adipocytes qui stimule les cellules étoilées et génère de la fibrose. L'adiponectine, une hormone adipocytaire, qui joue un rôle de protection contre l'inflammation par un effet antagoniste du TNF, est diminuée par la surcharge pondérale. A chaque étape physiopathologique correspond une possibilité de traitement.

### Diagnostic :

Comme il n'y a pas de signe clinique spécifique, la découverte est le plus souvent liée à des anomalies biologiques ou d'imagerie.

En biologie, 50 à 70 % des hypertransaminémies inexpliquées serait due aux NAFLD.

L'hyperéchogénéité hépatique est connue, la spectrophotométrie par IRM pourrait apporter plus de spécificité.

En fait le vrai problème est de poser l'éventuelle indication de la PBF. Compte tenu de l'impossibilité d'avoir des marqueurs fiables de fibrose, il semble que l'on puisse proposer de réaliser celle-ci en cas de facteurs de risque: âge > à 45 ans, obésité (IMC > 35Kg/m<sup>2</sup>), diabète II, Transaminases > 2N, surtout si inversion ASAT/ALAT. Un facteur de risque méconnu est le virus C, les études montrant la fréquence de la stéatose dans les génotypes 3, et de la fibrose en cas de génotypes non 3. Le rôle du fer est plus controversé.

### Traitement :

1. Réduction de la surcharge pondérale lorsqu'elle existe, mais pas trop vite ! et toujours en associant diététique hypocalorique et exercice si possible. Il faut noter que la perte de poids n'entraîne pas d'amélioration de la fibrose malgré celle de la biologie.
2. Les médicaments sont ceux de l'insulino-résistance. La Metformine a fait l'objet de petites études qui montrent une amélioration de la biologie mais il faut confirmer. Les glitazones

(Proglitazone et Rosiglitazone) ont fait l'objet de quelques travaux. Leur toxicité potentielle en traitement prolongé et un effet secondaire fâcheux, puisque entraînant souvent une prise de poids, sont des limites à préciser. Les molécules anti-oxydantes comme la vitamine E et C n'ont pas démontré leur efficacité. Un essai randomisé, en double aveugle et assez puissant, vient de montrer l'absence d'effet significatif de l'acide Urso dans cette indication. Enfin, les hypolipidémiants sont conseillés mais ont des effets discutés sur l'amélioration histologique.

3. Le futur réside peut-être dans les approches anti-inflammatoires avec l'arrivée des anti-TNF, et de molécules agissant sur l'adiponectine.
4. Enfin, la chirurgie garde une place d'une part dans la prise en charge de l'obésité morbide. La réalisation de by-pass de type divers semble non dénuée d'effet secondaire et paraît supplantée par les gastroplasties. D'autre part, à l'autre bout de l'histoire naturelle de ces NAFLD, sont réalisées des transplantations dans les cas de cirrhoses graves et ou de petits CHC.

En conclusion, la place prise par les NAFLD augmente d'année en année. La prise en charge reste une affaire difficile !

**Bruno RICHARD-MOLARD**  
Président du CREGG

## À RETENIR :

**La fibrose est présente dans près d'un quart des cas et la cirrhose survient dans 15 % des cas. 50 à 70 % des hypertransaminémies inexpliquées seraient dues aux NAFLD Biopsie hépatique si âge > 45 IMC > 35, diabète II, TGO TGP > 2 N Le traitement est la réduction de la surcharge pondérale et de l'insulino-résistance.**

## MICI : pratique quotidienne

**A**u cours de la DDW de multiples présentations ont été consacrées aux MICI. Nombreuses ont été celles qui ont abordé des essais cliniques de phase II et III sur les molécules issues de la biotechnologie. Ces essais ne vont pas modifier notre pratique quotidienne dans l'immédiat, et ne seront pas abordés dans cet article (le détail de ces communications est toutefois disponible dès à présent dans la rubrique MICI du site du CREGG : [www.cregg.org](http://www.cregg.org)).

**Pour la pratique quotidienne**, nous avons essentiellement retenu :

- le problème de la prévention du cancer colique au cours de la RCH
- le traitement des complications des anastomoses iléo-anales pour la RCH
- l'intérêt de la capsule dans la maladie de Crohn
- l'actualité sur le traitement des MICI par l'azathioprine

### La prévention du cancer colique au cours de la RCH

SH. Itzkowitz *et al.* (New York) ont rappelé qu'un traitement systématique par mésalazine (à une dose supérieure ou égale

à 1,2 g/j) si elle est incapable d'éviter l'évolution de la dysplasie de bas grade (DBG) vers la dysplasie de haut grade (DHG) permet en revanche d'empêcher l'évolution des dysplasies indéfinies et des muqueuses non dysplasiques vers la DBG. Le mécanisme d'action reste obscur mais il ne semble pas qu'il s'agisse de l'effet anti-inflammatoire de la mésalazine qui soit impliqué puisque S Matula *et al.* (New York) ont montré que le 6-MP ne réduit pas le risque de cancer au cours de la RCH malgré son effet anti-inflammatoire.

La détection de la dysplasie est essentielle au cours de toute RCH étendue évoluant depuis plus de 8 ans et au cours de toute RCH gauche évoluant depuis plus de 15 ans. La détection repose sur la coloscopie tous les 2 ans avec biopsies multiples (recueillies dans des pots séparés) dans chaque quadrant tous les 10 cm sur l'ensemble du côlon, tous les 5 cm à partir du sigmoïde et sur toute lésion surélevée. L'expérience montre que cette pratique est souvent insuffisamment réalisée même par des équipes expérimentées. C'est dire toute la place que prend actuellement la chromo-endoscopie qui, comme l'a

montré J. Waye (New York) en utilisant du bleu de méthylène à 0,1 %, même sans zoom, permet de visualiser des anomalies muqueuses indétectables sans coloration, d'en préciser avec exactitude leur étendue, d'orienter les biopsies.

La découverte d'une DHG impose évidemment la coloproctectomie, et malgré une controverse entre JH Pemberton (Rochester) et DH Present (New York) il ressort que la même attitude doit être adoptée en cas de DBG affirmée par 2 anatomo-pathologistes puisqu'un cancer synchrone est détecté sur près de 20 % des pièces de colectomie pour DBG.

### Les complications tardives des anastomoses iléo-anales pour RCH.

Outre les problèmes d'infertilité chez la femme jeune, d'éjaculation rétrograde chez l'homme, on doit distinguer essentiellement les pochites des cuffites (symptômes identiques mais avec hémorragies) et du syndrome de la poche irritable (avec absence de lésions endoscopiques et histologiques). Les pochites sont fréquentes : 64 % des patients opérés vont souffrir de pochite (McLeod Toronto). Dans 1/3 des cas, il n'y aura qu'un ou deux épisodes, dans 1/3 des cas plus de 2 épisodes, dans l'autre 1/3 la pochite deviendra chronique. Le traitement habituel des pochites aiguës repose sur l'antibiothérapie (métronidazole, ciprofloxacine) En ce qui concerne les pochites chroniques, après avoir montré l'effet préventif des probiotiques (AGA 2000), P Gionchetti *et al.* (Bologne) ont montré l'efficacité du budésonide par voie orale à la dose de 9 mg/j.





## Capsule et Maladie de Crohn

La capsule prend une place de plus en plus importante dans l'exploration du grêle. Un article étant consacré à ce sujet, nous ne ferons que citer son intérêt de pouvoir rattacher une colite indéterminée à une maladie de Crohn (MC). La mise en place d'un score par BS Lewis et al. (New York) calqué sur le CDEIS permettra, après validation, d'évaluer l'effet des thérapeutiques sur les lésions du grêle.

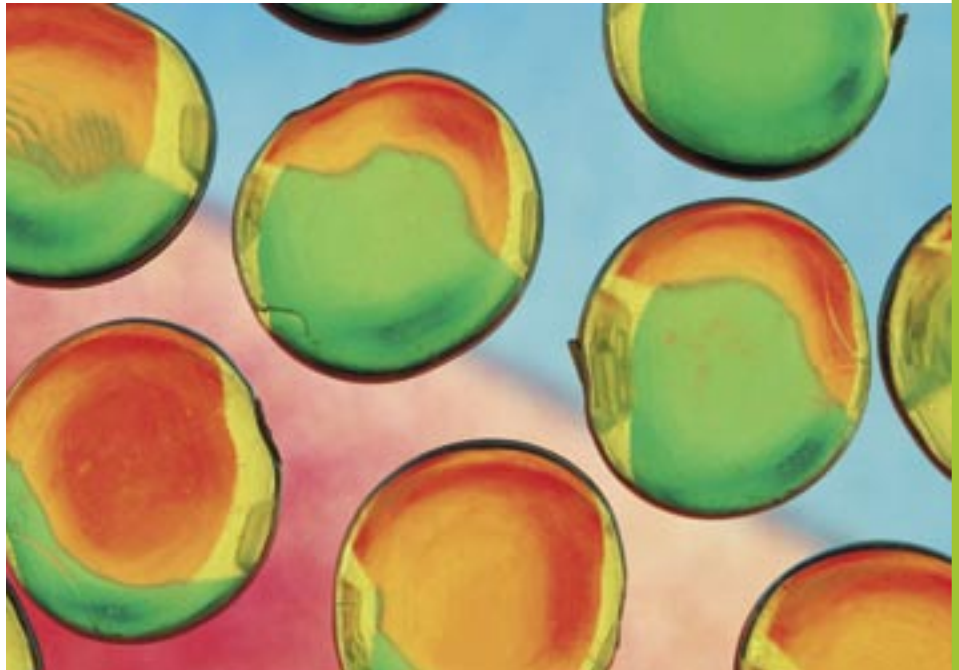
## L'actualité sur le traitement des MICI par l'azathioprine

WJ Sandborn (Rochester) recommande de tester l'activité TPMT chez toute MC devant être mise sous azathioprine (AZA) ou 6-mercaptopurine (6-MP). Les patients ayant une activité TPMT normale doivent être mis à la dose efficace d'AZA (2-3 mg/kg/j) ou de 6-MP (1,5 mg/kg/j), ceux ayant une activité TPMT intermédiaire doivent recevoir des doses diminuées de moitié, ceux n'ayant pas d'activité TPMT doivent recevoir une dose ne dépassant pas 10 % de la dose habituelle. La mesure des 6-TGN ne doit être envisagée que chez les patients suspects de non compliance, ceux recevant de l'allopurinol, ceux ayant une activité TPMT intermédiaire ou basse, ceux ne répondant pas au traitement.

M Lémann *et al.* (Paris) avait montré en 2002 que l'arrêt de l'AZA chez les MC stabilisées depuis plus de 4 ans était suivi de rechute dans 21 % des cas à 18 mois. La surveillance de cette cohorte par Y Bouhnik *et al.* (Paris) révèle que le taux de rechute à 54 mois atteint 60 %.

**Gilbert TUCAT**

Président de la Commission MICI



## À RETENIR :

**1. Envisager une chimio-prévention du cancer colique au cours de la RCH avec au minimum 1,2 g/j de mésalazine.**

**2. Réaliser une chromoendoscopie systématique pour dépister la dysplasie au cours de la RCH étendue après 8 ans d'évolution, après 15 ans d'évolution en cas de colite gauche.**

**3. Envisager une coloprotectomie chez toute RCH ayant une dysplasie dès le bas grade si celle-ci est confirmée par 2 anatomopathologistes.**

**4. Penser au budésonide dans les pochites chroniques.**

**5. Envisager une imagerie avec la capsule dans les colites inclassées pour éliminer formellement une maladie de Crohn.**

**6. Doser l'activité TPMT avant mise en route d'un traitement immunosuppresseur au cours de la MC. Réserver le dosage des 6-TGN à des cas particuliers.**

**7. Savoir que l'arrêt de l'AZA chez une MC bien stabilisée s'accompagne de 60 % de rechutes à 4,5 ans.**

## LE CANCER COLO RECTAL : le dépistage et la prévention à l'épreuve des nouvelles technologies

Le cancer colo-rectal (CCR) est la deuxième cause de décès par cancer aux USA. En 2004, 150 000 nouveaux cas seront diagnostiqués. Tous stades confondus, la survie à 5 ans est estimée à 62 %. Bien que le coût de ce dépistage ne dépasse pas celui du traitement de l'HTA et soit très inférieur à celui du dépistage des cancers du sein, le CCR est devenu un important problème de santé publique aux USA.

### Quoi de neuf dans le dépistage du CCR aux USA ?

La recherche d'un saignement occulte dans les selles permet de réduire l'incidence du CCR de 15 à 20 %. Terdiman rapporte une bonne spécificité de ces tests avec cependant une sensibilité assez faible de 12 à 24 %. La réduction de la mortalité observée est de 15 à 33 % selon que cette recherche soit effectuée tous les 2 ans ou chaque année. Le choix proposé par cet auteur est de réaliser ce test chaque année pour la population cible habituelle.

L'apparition des tests génétiques de dépistage est venue envahir les symposiums de l'AGA 2004. Ahlquist a exposé les modalités et les performances d'un test récemment commercialisé sous le nom de **PREGEN PLUS**. Le principe de ce test fécal est basé sur l'exfoliation de cellules dans la lumière intestinale en cas de cancer et sur la possibilité d'en rechercher l'ADN. Aucune restriction alimentaire ou médicamenteuse ni aucune préparation n'est nécessaire à la pratique de ce test. La stabilité de l'ADN permet un envoi postal vers un laboratoire de référence rendant ainsi ce test très accessible. Chez des patients sélectionnés, la sensibilité de ce test varie de 70 à 90 % pour le CCR et de 50 à 70 % pour les gros adénomes avec une spécificité de 93 à 100 %. Le siège de la lésion cancéreuse ne semble pas affecter les résultats de ce test. Deux études sont actuellement en cours ; les

résultats préliminaires de l'une d'entre elle montre une très haute spécificité avec une sensibilité de 57 % pour les CCR curable contre 13 % pour l'HEMOCCULT ( $p < 0,003$ ). Le rapport coût bénéfice des premières études semble supérieur à celui du dépistage habituel. Bien que cette principale application ne soit pas encore totalement validée, Ahlquist y voit déjà des applications futures (recherche de cancers supra coliques, surveillance de dysplasie dans les MICI et les endobrachyoesophages...)

### La coloscopie virtuelle ses dernières heures ?

L'étude de Pickhardt (NEJM 2003) est venue bouleverser le monde de la gastro-entérologie en annonçant une sensibilité de la coloscopie virtuelle de 89 à 94 % pour le diagnostic des polypes contre 88 à 92 % pour la coloscopie conventionnelle. Ces résultats sont cependant tempérés par ceux de Colton (JAMA 2004), où la sensibilité varie de 39 à 55 % des cas. Les résultats plus détaillés de plusieurs travaux révèlent de grandes variations inter-observateurs. Malgré les progrès technologiques (10 min de temps d'examen, acquisition 3-D, logiciel « nettoyeur » gommant les préparations imparfaites,...), l'optimisme des radiologues doit donc être tempérée et la coloscopie virtuelle ne donne pas encore la réponse attendue.

Les polypes plans et les CCR T1 ne doivent plus être une spécialité japonaise. L'utilisation plus large de la chromoendoscopie permet de retrouver plus fréquemment, en Europe comme au Japon, des « petits » cancers. La **chromoendoscopie avec utilisation d'endoscope à fort grossissement** ouvre de nouvelles voies. En effet, si elle ne remplace pas encore l'histologie, cette technique endoscopique permet de prédire le type histologique des polypes avec une précision diagnostique de 79 à 92 % (Apel et Togashi AGA 2004). Matsuda (AGA 2004) va encore plus loin en démontrant les bienfaits médico-

économiques de cette technique par rapport à l'histologie. La chromoendoscopie avec utilisation de zoom permet également, avec une précision diagnostique de 94 à 98 % (Bianco, Fukutomi et Kashida AGA 2004), de distinguer les CCR au stade T1, accessible à une mucosectomie, (risque très faible d'envahissement ganglionnaire) des CCR au stade T2, relevant d'une chirurgie (10 à 15 % de N+). Le suivi endoscopique des RCH est difficile. Messmann a montré l'intérêt de la **fluoroscopie** après injection d'ALA permettant de guider les biopsies vers les

## PROCTOLOGIE

La proctologie reste le parent pauvre de l'AGA tant sur le plan quantitatif que qualitatif !

La seule séance thématique était une mise au point scolaire et peu inspirée. Les quelques communications originales étaient retenues en poster et 3 d'entre elles étaient Françaises.

Sur le plan épidémiologique : une étude de la Mayo Clinic étudie la prévalence de l'incontinence fécale (IF) chez la femme : 5 200 questionnaires sont envoyés : 53 % de réponses ; la prévalence est de 12,1 %, 20 % après 60 ans. Le retentissement sur la qualité de vie est de 10 à 30 %. Siproudhis a mené une étude postale interrogeant 10 000 adultes sur 31 items concernant les anomalies de la défécation : 7 196 répondants dont 29,1 % se plaignent de constipation terminale ou d'IF. Leur demande médicale est faible (47 % et 32 % respectivement) et lorsqu'elle existe, ils sont peu écoutés : dans 52 % et 37 % ils n'ont aucun examen. Cette prévalence importante s'accompagne d'un retentissement important sur la qualité de vie. Cette étude a été déclinée sur les saignements anaux macroscopiques : 1 358 patients se plaignent d'anorragies,

zones rouges fréquemment dysplasiques (sensibilité 43 % - spécificité 73 %).

## Surveillance après polypectomie ou ces patients qui nous échappent...

En attendant le nouveau consensus français, l'AGA 2004 nous a livré quelques débats sur la surveillance après polypectomie. Le récent consensus américain a essentiellement modifié celui de 1997 en déterminant un **groupe de patients à risque faible** (moins de 2 adénomes,  $\leq 1$  cm, absence d'antécédent familial de CCR) où la surveillance coloscopique ne

doit intervenir qu'à 3 ans. Par ailleurs, on retiendra que l'**observance des patients vis à vis de la surveillance** est fonction du suivi mis en place par l'équipe médicale (Appel et Veerappan AGA 2004).

## Que doit on manger ? Les conseils de l'Oncle Sam...

Si les vitamines, les fibres et les repas allégés n'ont pas montré de bénéfice, en revanche, la prise quotidienne de 1200 mg de Ca diminue modérément le risque de polype (risque relatif (RR) = 0,85). Par ailleurs, la prise d'aspirine, bien qu'associé à un RR relatif plus

faible de CCR, n'est pas actuellement indiquée dans la chimioprophylaxie du CCR. (Giardello AGA 2004)

**Franck DEVULDER**

*Président de la Commission Proctologie*

## À RETENIR :

**Le dépistage du cancer colo-rectal réduit l'incidence de 15 à 20%.**

**Prévention : manger du calcium (1200 mg/jour).**

**L'avenir est aux tests génétiques de dépistages.**

67 % après 35 ans et 42 % après 45 ans, 56,3 % ne consultent pas et parmi ceux qui consultent 50 % n'ont aucun examen et 75 % n'ont pas de coloscopies!!

Sur le plan clinique, une étude Canadienne a pratiqué des cytologies et des biopsies du canal anal chez 150 homosexuels passifs séropositifs sous tri thérapie : 1,3 % avait un cancer épidermoïde, 25 % une dysplasie de haut grade, 35 % une dysplasie de bas grade ou des condylomes. Les auteurs insistent sur la nécessité d'un dépistage systématique dans cette population.

L'imagerie s'intéresse surtout à l'échographie endoanale :

**1.** Dans la mesure de l'activité de la maladie de Crohn anopérinéale en recherchant des spots hypo-échogènes mesurés sur une échelle de gris en comparaison avec des séquences T2 d'IRM ; la méthode est reproductible et corrélée avec non seulement l'IRM mais aussi l'activité clinique des LAP mesurée par le CDAL.

**2.** Deux posters de Schouten montrent l'intérêt de l'endosonographie 3D dans la mesure des paramètres sphinctériens : ils montrent que l'on peut mesurer correctement la longueur et l'épaisseur du sphincter interne (SI) et externe (SE)

avec une bonne reproductibilité ; les sphincters sont plus volumineux chez l'homme et plus court et plus grêle chez la multipare. Il faut corréliser ces résultats à la valeur fonctionnelle de ces muscles. Ils ont ensuite comparé la mesure de ces volumes musculaires chez des femmes incontinentes et des témoins montrant qu'il n'y a pas de relation entre la longueur ou l'épaisseur du sphincter et la continence en dehors des ruptures.

Un troisième poster de la même équipe compare l'endosonographie 3D rehaussée par l'H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> et l'IRM avec une sonde endo-anale sur une série de 40 patients porteurs d'une fistule anale subissant les deux examens à 15 jours d'intervalle : les résultats sont corrélés à 88 % sur le trajet fistuleux, 90 % sur l'orifice interne, 78 % sur les trajets secondaires et 88 % sur les collections. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence entre les deux méthodes, l'acceptabilité du patient est identique autant pour la tolérance de l'examen que pour l'accepter à nouveau.

La thérapeutique en dehors de séries souvent courtes sur la neuro modulation pronée comme traitement de première intention par Kamm et l'équipe du St MARK's concerne le traitement des

fissures avec une méta-analyse regroupant 52 études et 7 505 patients et proposant de façon très discutable la trinitrine en 1<sup>ère</sup> intention, la toxine botulique A en cas d'échec et la sphinctérotomie en dernier recours. Une équipe Chilienne a fait une étude ouverte avec une nouvelle toxine extraite de mollusques et fabriquée par des micro organismes type plancton appelée Gonyautoxine : sur une série de 100 patients ils ont 97 % de cicatrisation avec une seule injection à 8 semaines. La différence avec la toxine botulique est qu'elle paralyse les muscles lisses et les muscles striés.

Enfin concernant le traitement des fistules anales un papier rapporte les résultats de l'injection de fibrine dans 24 fistules dont 3 crohns suivis 18 mois avec 50 % de succès mais jamais dans le crohn. Ressurgit, 20 ans après, un abstract Japonais, prônant l'utilisation de charbon activé en fines particules dans le traitement des fistules complexes de Crohn avec 40 % de fermeture à 8 semaines!!! D'autant plus étonnant que le groupe contrôle a 20 % de cicatrisation dans le même temps ce qui n'est pas classique dans cette pathologie.

**Philippe GUYOT**

*Président de la Commission Pratiques Professionnelles*



## TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE ENDOLUMINAL DU RGO : son heure a-t-elle sonné ?

**E**n 2000, 19 millions de patients ont été traités aux USA pour un RGO, entraînant des dépenses directes et indirectes de \$10.1 billions, soit le double de ce que coûte le cancer du colon. C'est dire l'intérêt porté à des stratégies thérapeutiques permettant de limiter l'usage des IPP sans pour autant recourir à la chirurgie à ventre ouvert ou par cœlioscopie dont on connaît d'ailleurs la médiocrité des résultats à 5 ans (50 % de reprise de consommation d'IPP).

### Quelles solutions de traitement endoluminal à ce jour ?

- L'injection d'une substance dans la paroi du cardia: collagène (pour mémoire), polyméthylène méthacrylate (Artecol®), hydrogel

(Gatekeeper® de Medtronic), polymère (Enteryx® de Boston Scientific) et pas mal d'autres substances à l'étude.

- Pose de ligatures ou clips: Endocinch® de Bard, ESD® de Cook, ARD® de Syntheon et Plicator® de NDO.
- Usage de Radiofréquences: procédé Secca® et Stretta® de Curon Medical.

### Est-ce efficace ?

A ce jour près de 20 000 procédures ont été effectuées depuis plus de 20 ans. Les techniques les plus anciennes ont été l'injection de collagène il y a plus de 20 ans, la pose de ligature (depuis 15 ans) ou le Stretta depuis 10 ans. (Sous toutes réserves, il semble que 10 000 procédures aient été réalisées avec le Stretta, 5 000 avec l'Endocinch, 1 000 ou plus avec l'Enteryx, 1 000 avec l'ESD, beaucoup moins avec le Plicator et le Gatekeeper). Curieusement les études randomisées contre « fantôme » sont récentes, rares et portent sur de petits nombres de cas. Ces études concernent le Stretta (CORLEY & al.) et l'Endocinch (ROTHSTEIN & al.); d'autres sont en cours pour le Plicator (PLESKOW & al.) et l'Enteryx (JOHNSON & al.).

Les premiers résultats révèlent un fort effet placebo, un résultat significatif sur la qualité de vie et la suppression de prises d'IPP à 6 mois et un an de l'ordre de 70 %. A plus de un an, cet effet s'atténue pour tomber souvent à 40 % ou moins. Les contrôles pour l'Endocinch révèlent que la plupart des points de ligature ont

disparus. Le Stretta donne de meilleurs résultats symptomatiques par son effet de neurolyse mais le risque d'oesophagite s'en trouve aggravé.

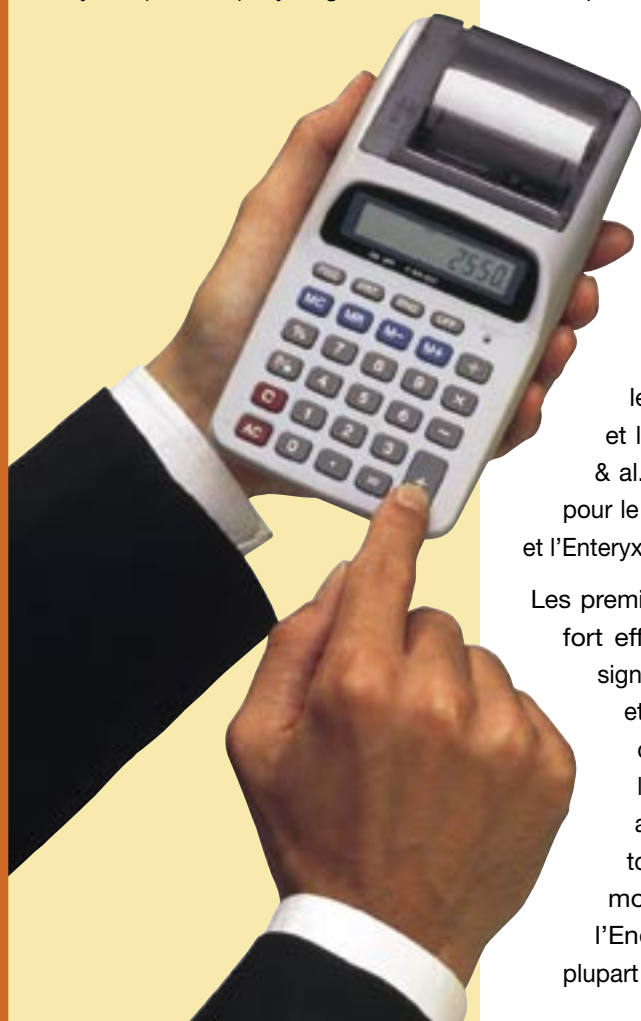
Il faut prendre conscience que les études significatives sont toutes d'une durée de période d'observation inférieure à 5 ans.

### Est-ce cher et difficile ?

Grossièrement, à ce jour, la plupart des techniques coûtent 1500 € par procédure. Il faut ajouter le coût d'éventuel générateur (Stretta par exemple) ou autre matériel endoscopique (Plicator par exemple). La plupart des techniques sont assez simples d'usage, notamment les injections. La technique ESD de Cook est une simplification de procédure de l'Endocinch qui impose overtube et deux endoscopes. L'ARD qui est à ses tous débuts apporterait une simplification matérielle à la technique du Plicator. Cette dernière implique un dispositif de gaine opératoire avec un canal permettant le passage d'un endoscope de faible diamètre.

### Est-ce dangereux ?

Chaque fabricant vous assure que non, cependant des incidents sont fréquents (douleurs rétrosternales après injection d'Enteryx par exemple ou accidents pouvant entraîner la mort (Stretta, Plicator de première génération). Ces accidents graves ont été rapporté au début des pratiques et paraissent aujourd'hui exceptionnels, le chiffre de 0,12 % de décès rapporté pour le Stretta dans une communication étant par ailleurs à rapprocher de celui de 0,2 % pour la cure coelioscopique dans une autre. Restent les risques à distance, fibrose et autres, avec les techniques à effets irréversibles (Enteryx et Stretta), qui sont, par définition, mal connus, faute d'étude de suivi à 5 ans.





### Comment ça marche ?

On ne le sait pas très bien. La réduction d'exposition au reflux acide est médiocre. Certaines techniques provoquent une fibrose au niveau du sphincter inférieur avec le risque d'ailleurs d'effets lointains. Le Stretta agit sur les fibres de la sensibilité. Le Plicator qui permet une ligature profonde transpariétale agit un peu comme le Nissen.

### Que choisir ?

Une réponse serait clairement prématurée. A ce jour, et au risque d'être démenti par l'avenir, il me semble que les techniques irréversibles posent un problème de principe, le Stretta plus encore que l'Enteryx

dont la bonne tolérance est connue dans d'autres spécialités (neurologie, urologie..) Les ligatures de muqueuse sont peu dangereuses mais leur effet est fugace (Endocinch, ESD). Le Plicator dans sa version actuelle paraît séduisant, bien qu'il implique une perforation de la paroi, mais il nous manque le recul et plus encore pour l'ARD qui est à ses débuts.

### Que faire alors ?

**1.** Attendre que des séries scientifiquement bien conduites soient réalisées, ou y participer et le CREGG, pourquoi pas, pourrait être un promoteur en ce domaine.

## À RETENIR :

*Le coût moyen de chaque procédure s'élève autour des 1 500 €.*

*Le nombre d'incidents (douleurs) restent fréquents.*

*Il est difficile aujourd'hui de choisir une thérapie en l'absence d'études comparatives et fantômes.*

**2.** Éviter de bricoler quelques cas, surtout avec des techniques irréversibles et/ou dangereuses.

Il est clair que l'éventuel bénéfice économique sera un élément fondamental pour l'avenir de ces techniques et que la mesure de la consommation spontanée d'IPP sera cruciale, tout autant que l'appréciation de la qualité de vie et l'étude endoscopique de la muqueuse. Les études par PH-métrie et manométrie ont moins d'intérêt à ce niveau d'évaluation.

Les techniques endoluminales devront se positionner par rapport aux « fantômes » (sham) et à la coelioscopie. Cette dernière pouvant ne conserver que l'indication des hernies hiatales volumineuses en raison de son surcoût (hospitalisation plus longue et arrêt de travail actuellement estimé à 3 semaines).

En conclusion, il convient de suivre de près l'évolution des techniques endoluminales, les résultats d'études comparatives larges et comparatives prenant en compte des dimensions économiques et de ne pas se fourvoyer à titre individuel dans de petits essais confidentiels !

**Jean LAURENT**

*Président de la Commission EPP*

## ENDOSCOPIE, MUCOSECTOMIE

La DDW n'est plus l'AGA mais l'ASGE. En effet les stands de matériel sont supérieurs aux stands de médicaments. Les présentations concernant l'endoscopie ont lieu tous les jours dans des salles multiples avec une formation continue spécifique de l'endoscopie et toujours une vidéo-session très riche, non racontable car à voir. Cette évolution est normale. Sans l'endoscopie, la gastro-entérologie c'est des colopathes avec ou sans trouble du transit, avec ou sans reflux donc...rien : du vent...!?

L'endoscopie diagnostique, dans toutes ses présentations est un peu trop vite oubliée. L'endoscopie c'est d'abord la vision directe de la muqueuse, irremplaçable, et la possibilité de prélèvements également irremplaçables. Un patient sur deux a des biopsies, plus ou moins coloration, réalisée de façon courante et facile par indigo carmin ou lugol, ça c'est la routine. Ensuite viennent des explorations beaucoup plus sophistiquées avec zoom, endoscopie confocale (on voit même la mitochondrie), auto-fluorescence, vidéo-capsule, miniaturisation, développement d'endoscope sur batteries à usage unique pour dépistage de l'EBO, classification de lésions superficielles. Le président

de l'ASGE, Christophe GOSTOUT, un aventurier dans tous les sens du terme, a défini ce qu'étaient l'endoscopie et la Société Américaine d'Endoscopie (ASGE).

Les endoscopistes aux États-Unis ont les mêmes préoccupations avec une société importante (8000 membres) ayant pour but principal de soigner les gens avec des endoscopes.

L'endoscopie diagnostique et thérapeutique délivre de la santé avec une augmentation des demandes et une diminution des remboursements. On se croirait en France. Ses buts sont les mêmes que les nôtres :

- adoption de recommandations édictées par la Société,
- augmentation de la recherche,
- augmentation de la qualité de la formation avec centre de formation soit animal, cours pour les jeunes et les vieux, congrès avec validation et certification
- augmentation de la qualité de l'endoscopie délivrée aux patients
- augmentation des efforts pour protéger le public des endoscopistes mal entraînés
- augmentation de publication et de la communication
- augmentation du paiement pour nos services.

### L'endoscopie thérapeutique

- c'est l'air de la miniaturisation, du développement de nouveaux matériels, de nouvelles techniques avec des endoscopes à gros canaux, doubles canaux avec ergots, double béquillage, double abord avec deux endoscopes.
- c'est l'ouverture volontaire de la paroi suivie de sutures sans oublier la sphinctérotomie, l'hémostase, la gastro-entérostomie, la polypectomie, les dilatations, les prothèses et la mucosectomie.

### La mucosectomie

Elle est possible de la bouche oesophagienne supérieure à la marge de l'anus en injectant partout par sécurité, afin d'éviter la perforation et vérifier l'absence d'adhésion au plan profond, donc la résécabilité. L'écho-endoscopie préalable a été un peu oubliée dans ces présentations. Elle doit être effectuée en routine pour améliorer la sécurité du geste et prendre la bonne décision. Elle doit associer l'écho-endoscopie standard et la mini-sonde.

Haruhiro INOUE, Christopher GOSTOUT, Hiroyuki ONO et Bjorn REMBACKEN ont présenté une très belle séance, l'essentiel de la mucosectomie, de l'œsophage, de l'estomac et du colon.

La mucosectomie a des limites, muqueuse et sous muqueuse seulement, 20 mm par excision, disparition de liquide sous muqueux lors de l'incision et résection complète avec îlot résiduel possible. Le liquide injecté le plus utilisé est le sérum salé plus ou moins epinephrine, d'autres produits tels que le glycerol, l'acide hyaluronique et l'hydroxypropyl, méthylcellulose peuvent être également utilisés. Les techniques sont multiples allant de l'injection-section sans bague à l'injection-aspiration sur bague puis section avec éventuelles ligatures préalables. La ligature semble être une gêne plus qu'un avantage.

Au niveau de l'œsophage, le rappel de l'extension ganglionnaire est souhaitable (épithélium = 0, chorion = 3 %, muscularis mucosae = 12 %, sous muqueuse = 26 %). La mucosectomie permet la résection de lésions pré-cancéreuses (dysplasie de haut grade) et des cancers superficiels de l'œsophage, du cardia, de l'estomac, du duodénum et du colon. Le matériel permettra la résection de lésion circonférentielle de l'œsophage et, en particulier, du Barrett en dysplasie, des résections de cancers superficiels gastriques étendus ou d'adénomes ou



cancers superficiels du colon étendus et parfois circonférentiels. Cette mucosectomie du futur est déjà réalisée en routine par certains des intervenants. Elle comporte plusieurs temps, la dissection grâce à une pointe ou couteau diathermique avec boules isolantes à l'extrémité ou extrémité triangulaire ou angulée, marquage des limites de la résection, dissection soigneuse et longue, contrôle du saignement par des clips, fermeture des perforations par des clips. La dissection peut être possible également grâce à des bagues comportant un fil de coupe en leur milieu, en particulier pour une dissection circonférentielle de l'endobrachy-oesophage. Grâce à ces techniques, la résection peut être effectuée en un seul temps dans 80 % des cas, avec une récurrence dans 2 % des cas par opposition à la résection en plusieurs fragments où la résection est

complète dans 17 % avec des récurrences dans 24 % selon les chiffres présentés par Ono HIROYUKI.

La DDW reste le congrès incontournable et à voir car les images se passent de commentaires et ne peuvent être commentées selon le célèbre adage : un dessin vaut mieux qu'un long discours. Il s'agit du congrès scientifique sur l'endoscopie le plus important de l'année. La « débauche technologique » est très stimulante et ne doit cependant pas faire oublier le rôle essentiel diagnostique de l'endoscopie par la vision directe de la muqueuse et par son analyse irremplaçable grâce à des biopsies. La gastrectomie type Billroth II était le geste thérapeutique le plus réalisé en 1976, actuellement la polypectomie colique est le geste le plus réalisée en 2004 et il est souhaitable que la mucosectomie des lésions pré-cancéreuses et des

cancers superficiels de l'oesophage, du cardia, de l'estomac, du duodénum et du colon devienne le geste le plus pratiqué dans les années futures afin d'améliorer le pronostic catastrophique du cancer de l'oesophage, du cardia, de l'estomac et du colon à savoir 5 % de survie à 5 ans pour les cancers de l'oesophage, soit 1 patient sur 20, 17 % de survie à 5 ans pour les cancers de l'estomac, soit 1 patient sur 6,50 % de survie à 5 ans pour les cancers du colon soit 1 patient sur 2. Ces cancers sont responsables de 30 000 morts par an. La mucosectomie des lésions pré-cancéreuses et des cancers superficiels permet d'obtenir une survie de 98 à 100 % des patients à 5 ans.

*Jean-Marc CANARD,  
Jean-Stéphane DELMOTTE*

*Membres de la Commission Endoscopie*

## NEWS

*Un des avantages de l'AGA consiste en la multiplicité des sujets traités, chacun y trouve son compte et peut y satisfaire ses marottes, en voici deux des nôtres :*

### *Traitement informatique de l'image*

*Parmi les nombreuses technologies présentées, la « Narrow Band Imaging Endoscopy » (Olympus) apparaît comme des plus intéressante sur le plan pratique. L'utilisation d'un CCD séquentiel permet d'éclairer la surface à étudier d'une lumière bleue, qui possède la double propriété de diffuser à la surface de la muqueuse en y accentuant les accidents de relief et d'être absorbée par l'hémoglobine, ce qui dessine le réseau capillaire sous jaçent. Sharma Pratek et al concluent : « It provides detailed images of capillary and mucosal pattern in Barrett's esophagus patients, and it can be an useful tool in detecting cancer and high-grade dysplasia without using dye spraying ». JF Rey et al (une des rares communications orales françaises) arrivent à la même conclusion en associant toutefois la technique de « coloration » à l'acide acétique ce qui accentue encore la qualité de l'image mais rend*

*un peu plus difficile l'analyse des résultats. L'on peut ainsi espérer prochainement de se passer du fastidieux protocole de Seattle !*

### *L'entéroscopie*

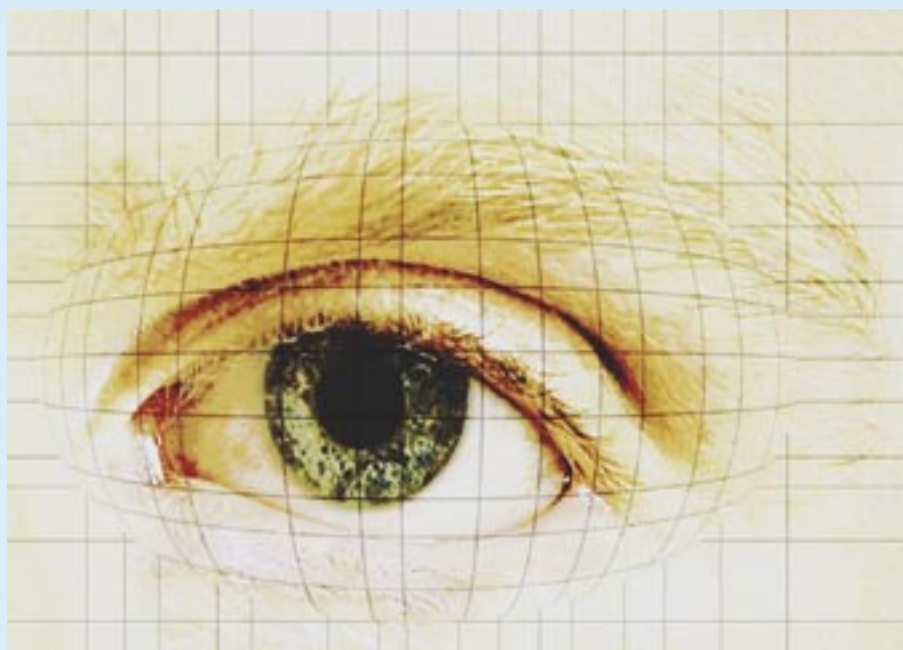
*L'apparition chez Fujinon d'un entéroscope et d'un « overtube » muni chacun d'un ballon permet d'améliorer les performances actuelles de l'entéroscopie poussée en employant d'ailleurs, la double voie. La voie rétrograde apparaît, en effet, comme la plus efficace et la mieux tolérée !*

*La durée de l'examen varie de 25 à 60 minutes, ce qui la rend accessible en pratique courante. Il est, bien entendu, possible de pratiquer des biopsies et toute technique endoscopique thérapeutique.*

*Attention pour la capsule dont la supériorité (diagnostique uniquement) a surtout été prouvée sur l'entéroscopie poussée par voie haute, au niveau de l'iléon !*

*(Entre autres), Mitsui Keija et al ; benefits and safety of a novel Double Balloon Method Enteroscopy in the Detection of Small Intestinal Abnormalities*

## LA FORMATION CONTINUE À L'AGA



**E**n France, l'acquisition d'un diplôme de spécialité et son exercice sont immuables et les compétences ne sont pas évaluées par des structures validantes. On connaît bien sûr la qualité exceptionnelle des journées de formation médicale continue qui précèdent les journées francophones de gastro entérologie et les tests d'auto évaluation pré et post congrès, mais bien qu'un bulletin de présence soit distribué, le niveau de qualification, et donc rétribution, du gastro entérologue n'est en rien valorisé ou diminué.

Aux USA, l'American Board of Medical Specialities (ABMS) comprenant 24 spécialités participantes a adopté récemment des critères uniformes de formation médicale continue et de maintien des compétences. Le maintien de la certification est le nouveau terme de la recertification. Les standards de l'ABMS forment les 4 parts d'une trame élaborée par tous les bureaux de spécialité.

Chaque bureau est chargé de l'établissement d'un programme de maintien de la certification adapté à la spécialité sur un mode général consenti par l'ensemble des spécialités. Les 4 composants de la trame de l'ABMS correspon-

dent au CPD (Continuous professional Development).

Les différents chapitres sont distribués comme suit :

### 1. Standing professionnel

- Un an avant la fin de l'expiration de votre certificat, le bureau de votre société envoie un courrier électronique interrogatif à la structure dans laquelle vous travaillez. Si vous travaillez en dehors d'une structure capable de répondre, vos capacités professionnelles seront déterminées par la communauté qui vous entoure...
- Périodiquement le board vérifie que vous possédez une licence pour pratiquer la médecine sans restriction. Si votre licence est limitée, suspendue, vous n'aurez pas le droit de passer un nouveau certificat jusqu'à ce que le problème soit résolu.
- L'abus de substance toxique impose au moins un an de sobriété (le bureau garde la confidentialité de l'information).

### 2. Connaissance et savoir-faire médical

#### Connaissances médicales

Les modules sont valables pour toutes les spécialités. Les questions sont orientées vers la médecine interne et les sub spécialités (gastro entérologie). Toutes les réponses sont justes ou éliminatoires, comme elles peuvent être difficiles beaucoup ne passent pas l'examen au premier essai. Elles sont distribuées par CD ou sur le web.

#### Examens physiques et échelles de communication

Le module simule des scénarios cliniques utilisant audio et vidéo clips, chacune des 60 questions à choix multiple contient au moins une situation vidéo, audio ou photographique.

ABMS	CPD
1. Professional standing	Credential verification
2. Life long learning and self-assessment	Self – Evaluation module (AGA)
3. Lognitive expertise	Secure Esean
4. Evaluation of performance in pratice	Practice improvement modules



## Performance et mise à l'épreuve

- Module de preuve de bonne pratique:

Chacun de ces modules vous permet de vous évaluer confidentiellement. En comparant votre propre pratique avec celle des guides nationaux vous serez capable de l'améliorer. Ici pas de questions à choix multiple mais vous recevrez une synthèse qui vous permettra de développer tel ou tel point de votre pratique.

- Module patient et scrutateur:

Vous invitez vos patients et 20 scrutateurs de vos pairs à juger le style de votre exercice par des fiches pré-établies auxquelles il est répondu par réponse téléphonique. Quand 25 patients et 10 collègues ont répondu vous recevez un rapport destiné à vous améliorer.

## 3. Examen de sécurité

Chaque examen comprend 3 modules avec 60 questions à choix multiple. Vous disposez de deux heures pour chaque module. Vous pouvez choisir les trois modules dans votre spécialité ou choisir un module dans n'importe quelle autre discipline. Les questions portent sur les principes bien établis des soins aux patients.

## 4. Module de mise à l'épreuve pratique

Outil électronique pour une auto évaluation confidentielle des soins médicaux que vous distribuez. Chaque module permet de passer en revue les guides de bonne pratique et votre propre pratique. A la collecte d'informations il est répondu une synthèse qui vous guide et vous permet de modifier un ou plusieurs aspects de votre pratique.

## 5. Que faire pour obtenir le maintien de la certification ?

- Entrer dans le programme du CPD.
- Passer les modules d'auto évaluation (éventuellement à l'AGA pour les gastro entérologues).

- S'inscrire et passer l'examen théorique.

- Passer le certificat de vérification.

Dans ces quatre obstacles le plus difficile paraît être l'examen théorique pourtant entre 1996 et 2003, 90 % des diplômés ont réussi l'examen au premier essai et 98 % lors d'une nouvelle tentative l'utilisation de l'informatique pour ces examens est de plus en plus répandue.

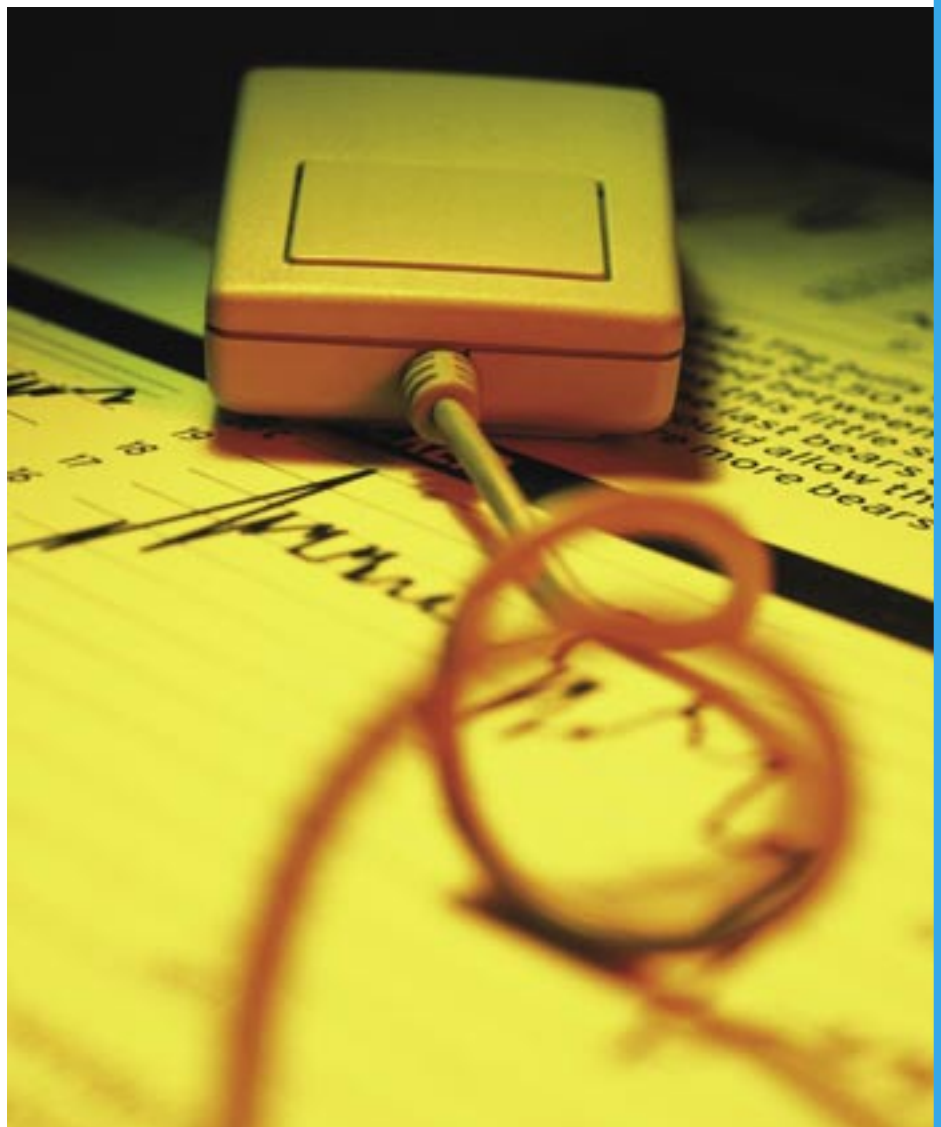
Bien sûr ce maintien de la certification a un coût :

- Droit d'enregistrement \$100/certificat
- Module d'auto évaluation \$120/module
- Droit d'examen \$285/examen.

Notre système médical est certes très différent du système américain mais en ce qui concerne la FMC et la validité de nos diplômes malgré les efforts de ceux qui gèrent cette formation post universitaire, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour approcher la rigueur d'outre Atlantique.

**Pierre COULOM**

*Membre Commission  
Pratiques Professionnelles*



## L'ŒSOPHAGE DE BARRETT

La session 2004 de la DIGESTIVE DISEASE WEEK américaine reste résolument la grand-messe internationale de notre spécialité, et durant ces 6 jours passés à la Nouvelle Orléans du 15 au 20 mai, communications orales, posters et symposia ont submergé les Congressistes, parfois du pire mais souvent du meilleur. L'Œsophage de BARRETT (OB) n'a pas manqué le rendez-vous, et sans être exhaustives les considérations suivantes peuvent ici être résumées.

Sur le plan épidémiologique: l'incidence de l'adénocarcinome de l'œsophage (ACO) est croissante dans les pays occidentaux et la prévalence de l'OB est généralement considérée comme sous-estimée. Différentes études de prévalence ont été rapportées. Si la Suède nous a sensibilisés il y a quelques années, par un article du *New England Journal of Medicine*, au risque carcinogène représenté par le Reflux Gastro-Oesophagien vis-à-vis de l'ACO, RONKAINEN (M 1314) a observé une prévalence faible de l'OB (1,6%), dans un groupe de 1 000 sujets étudiés endoscopiquement et histologiquement, extraits d'une population de 3 000 personnes soumises à un questionnaire de reflux validé, représentative des 21 610 habitants de 2 agglomérations, tandis que les prévalences respectives de la symptomatologie de reflux et de l'œsophagite étaient de 40% et 16%. La prévalence de l'OB est généralement identifiée à travers des séries endoscopiques de patients adressés pour l'examen en raison de symptômes typiques de reflux. WEINBERG (M 1419) s'est intéressé aux patients se plaignant de symptômes ORL de reflux (investigation première par naso-pharyngo-laryngoscopie et pHmétrie proximale): la prévalence de l'OB fut trouvée

très basse, 2,7%, ce qui pour l'auteur ne justifie pas un dépistage systématisé de l'OB chez ce type de patients. L'obésité et le dépistage des cancers colo-rectaux ont fait l'objet de diverses études vis-à-vis de l'OB. L'obésité, mesurée par le body mass index (BMI) a été rapportée depuis longtemps comme facteur associé au reflux et à ses complications (œsophagite, OB, ACO) selon un mécanisme inconnu. Or, une simple coupe scanographique en



L4-L5 permet une mesure significative et reproductible de l'adiposité abdominale. L'étude menée par KVARIL (T 1276) chez 130 patients ayant bénéficié d'une endoscopie et d'une scanographie abdominale a permis de montrer qu'en cas d'OB il existait une augmentation significative du BMI et de la mesure de l'adiposité abdominale. De plus, l'adiposité intra-abdominale, mais non l'adiposité sous-cutanée, est un facteur de risque d'OB indépendant du BMI. Une prévalence de 25% de l'OB a été rapportée chez les hommes de plus de 50 ans

asymptomatiques pour le reflux soumis au dépistage du cancer colo-rectal, alors qu'elle n'est que de 6% chez les femmes recrutées selon le même protocole: pour GERSON (W 1573) ce type d'observation doit moduler les programmes de stratification des risques dans le cadre d'une politique de dépistage de l'ACO. Mais pour DULAI (W 1574) ce type de dépistage combiné ACO-cancer colo-rectal doit encore faire l'objet d'une réflexion car les prévalences observées d'OB sont variables d'une étude à l'autre: ainsi dans une série de 110 sujets, les prévalences respectives de l'OB et des adénomes recto-coliques sont respectivement de 7% et 15%.

Sur le plan diagnostique: Un symposium fut consacré aux différentes technologies d'appoint permettant d'affiner le diagnostic endoscopique d'OB. Ces technologies faisaient également l'objet de nombreuses communications orales et de nombreux posters. En effet, si l'aspect macroscopique de l'épithélium glandulaire intra-oesophagien tranche de façon évidente avec celui de l'épithélium malpighien, le diagnostic d'OB requiert la mise en évidence d'un épithélium intestinal spécialisé sur les biopsies et plus encore le diagnostic de dysplasie de bas-grade (DBG) et de dysplasie de haut-grade (DHG)

requiert des biopsies orientées. L'objectif de ces technologies d'appoint est donc d'orienter au mieux les biopsies, voire dans un futur proche de s'y substituer. Le Narrow Band Imaging (NBI) est une technique substituant aux filtres optiques rouge-vert-bleu placés devant la lumière blanche d'une lampe au Xénon des filtres spéciaux sélectionnant des spectres étroits. La profondeur de pénétration de la lumière dépend de sa longueur d'ondes et la lumière bleue ne pénètre que les couches superficielles des tissus

permet d'en définir une image. Ainsi, SHARMA (W 1590) et REY (191), en combinant NBI et magnification par zoom obtiennent une très belle imagerie des pit patterns et de l'architecture vasculaire de la muqueuse. Ils distinguent ainsi la métaplasie intestinale avec un fin réseau capillaire et des pit patterns réguliers de la DHG avec un réseau capillaire tortueux et désorganisé et des pit patterns renflés irréguliers et cérébriformes. Sensibilité et spécificité pour affirmer la DHG sont respectivement de 97,8 et 100 %. La chromoscopie permet d'affiner encore plus cette approche diagnostique, en étudiant au zoom de façon couplée au NBI (REY 191) ou non (GOSSNER 1581), (MIROS, W 1591) la muqueuse hétérotopique après application d'acide acétique. Il est également recommandé d'étudier la muqueuse œsophagienne après cicatrisation de l'œsophagite par traitement anti-sécrétoire, car alors peut être découvert un OB passé initialement inaperçu : ainsi dans 15 % des cas pour HANNA (W 1582), et même dans plus de 50 % des cas pour WONG (W 1583), grâce à la chromoscopie au bleu de méthylène. La reconnaissance histo-pathologique des situations précancéreuses comme la dysplasie est parfois difficile et sujette à des variations inter-observateurs. C'est la raison pour laquelle l'analyse de la DNA-ploidie par cytométrie est proposée comme technique complémentaire (YU, W 1585). La vidéo-capsule, bien sûr, a voulu se faire une place reconnue dans la détection de l'OB. La question fut même posée de savoir si elle pouvait remplacer l'endoscopie classique (SCHNOU-SUSSMAN, W 1587) : même si des modifications de la muqueuse ont été décrites comme « Barrett-like » et ont permis d'établir des pourcentages de sensibilité (67 %), spécificité (75 %), valeur prédictive positive (35 %) et valeur prédictive négative (92 %), même si astucieusement a pu être utilisée une vidéo-capsule à double vision, voire en retenant la capsule par

un fil pour en prolonger la présence à l'intérieur de l'œsophage, il n'en demeure pas moins que les images obtenues font pâle figure à côté de celles obtenues avec les techniques précédemment citées et que la vidéo-capsule ne permet hélas pas la réalisation de biopsies. Il fut même amusant de constater la présentation côte-à-côte de 2 posters, l'un faisant la promotion de la vidéo-capsule (W 1587) et l'autre préconisant la réalisation de macro-biopsies ultra-jumbo dans l'OB (W 1588). Il faut se poser cependant la question de différencier le dépistage de masse (vidéo-capsule ?) du diagnostic individuel et de la surveillance (endoscopie sophistiquée).

Sur le plan thérapeutique : une grande place a été accordée aux différentes méthodes d'endothérapie dans l'OB. Une revue de la Littérature (SLEHRIA 404) a rappelé que le risque d'ACO après ablation endoscopique d'une DHG est de 4,6 % par an. L'incidence d'ACO sur OB semble identique, qu'il s'agisse de courts ou de longs segments (GATENBY, M 1315). La mucosectomie, si elle aide au diagnostic de dysplasie sur OB en procurant plus d'informations que de simples biopsies, ne permet pas toujours la résection complète des lésions souvent multi-focales (LEWIS 401). C'est pourquoi a été préconisée la mucosectomie circonférentielle (SEEWALD 400). Résection endoscopique muqueuse (EMR), coagulation par Plasma d'Argon (APC), électro-coagulation multi-polaire (MPEC), thérapie photo-dynamique (PDT) ont été utilisées dans divers travaux, desquels il ressort que : 1) MPEC semble supérieure à APC (DULAI 403) ; 2) PDT et APC sont toutes 2 efficaces mais PDT nécessite plus de matériel et apparaît plus coûteuse (KELTY, W 1537) ; 3) une séquence EMR-PDT-APC peut être proposée pour la DHG et l'ACO intra-muqueux (RAHMANI, W 1540), de même une combinaison EMR-PDT (PETERS, W 1544) ; 4) PDT apparaît comme une alternative à la chirurgie en cas de DHG et d'ACO pour les patients

inopérables ou refusant l'intervention (WOLFSEN, W 1542).

En définitive, devant la diversité des méthodes et des résultats de l'endothérapie, FALK a résumé à l'issue d'un symposium le problème de l'ablation endoscopique en 2004 par une question : « nous pouvons le faire, mais devons-nous le faire ? ».

La réponse tient en 6 points :

- 1)** Pourquoi l'ablation ? Pour diminuer le risque de cancer et éviter l'intervention chirurgicale ;
- 2)** Avons-nous les méthodes adéquates ? Oui, EMR-APC-MPEC-PDT ;
- 3)** Y a-t-il des problèmes ? Oui, une métaplasie enfouie sous la muqueuse, des complications iatrogènes (sténose, perforation) ;
- 4)** Quelle technique privilégier ? Apparemment MPEC est supérieure à APC ;
- 5)** Quels patients traiter ? La DBG ? 60 % d'entr'eux régressent, 12 % restent stables, 28 % progressent vers la DHG ; la DHG ? 59 % ont un ACO à 5 ans ; il ne faut pas méconnaître la persistance d'anomalies génétiques et le risque d'ACO 2 ans après PDT, le risque de cancer intra-muqueux résiduel après EMR ;
- 6)** Que doit-on donc faire maintenant ? Réserver l'endothérapie en cas de DBG aux études de recherche ; proposer l'endothérapie aux patients inopérables ou qui préfèrent un traitement non chirurgical.

N'en doutons pas, l'Oesophage de BARRETT fera l'an prochain à Chicago couler autant d'encre et de salive que de colorants vitaux !

**Arsène PAPAIZIAN**

*Membre de la Commission Médicaments*

**Commission Cancérologie:**

**G. LLEDO** - 69008 LYON  
lledogerard@aol.com

**Commission Endoscopie:**

**Th. HELBERT** - 13006 MARSEILLE  
t.helbert@wanadoo.fr

**Commission Evaluation:**

**J. LAURENT** - 54000 NANCY  
jjmlaurent@wanadoo.fr

**Commission Hépatologie:**

**Th. FONTANGES**  
38300 BOURGOIN JALLIEU  
Fontanges@aol.com

**Commission Informatique:**

**P. DIETERLING** - 54000 NANCY  
dieterling@sep127.com

**Commission Médicaments:**

**J.-P. JACQUES** - 31000 TOULOUSE  
jacques.gastro@wanadoo.fr

**Commission MICI:**

**G. TUCAT** - 75017 PARIS  
gtucat@club-internet.fr

**Commission Plateaux**

**Techniques:**

**J.-F. ROQUES** - 49000 ANGERS  
jean-francois.roques@wanadoo.fr

**Commission Pratique**

**Professionnelle:**

**Ph. GUYOT** - 69000 LYON  
guyot.ph@wanadoo.fr

**Commission Proctologie:**

**F. DEVULDER** - 51100 REIMS  
devulderf@aol.com

**Président:**

**Bruno RICHARD-MOLARD**  
33, rue Boucher - 33000 Bordeaux  
Tél: 05 56 43 74 00  
Fax: 05 56 43 74 09

**Secrétaire Général:**

**Gilbert TUCAT**  
32, bd de Courcelles - 75017 Paris  
Tél: 01 47 63 01 22  
Fax: 01 47 63 82 22

**Trésorier:**

**Thierry HELBERT**  
23, cours Gouffé - 13006 Marseille  
Tél: 04 91 90 77 70  
Fax: 04 91 56 66 90

**Membres du Conseil  
d'Administration:**

J.-M. Canard, J. Cassigneul,  
J. Corallo, P. Coulom, F. Devulder,  
J.-L. Friguet, M. Greff, Ph. Guyot,  
Ph. Houcke, J.-P. Jacques,  
J. Lapuelle, J.-C. Letard, P. Levy,  
B. Marchetti, B. Napoléon,  
L. Palazzo, A. Papazian, M. Pelletier,  
J.-F. Rey, G. Schenowitz, A. Verdier.

## Agenda 2004

**25 et 29 septembre**  
UEGW - Prague

**8 et 9 octobre**  
AG du CREGG - Arcachon

**4 au 6 novembre**  
Video Digest - Paris

**3 et 4 décembre**  
Séminaire AFORSPE  
Les MICI au quotidien  
PARIS

**6 et 7 décembre**  
17° CIE SMIER  
STRASBOURG



**Directeur de la publication:**

B. RICHARD-MOLARD

**Directeur de la rédaction:** Ph. HOUCKE


**Directeurs associés:**

J. LAURENT, G. SCHENOWITZ

**Secrétaire de la rédaction:** Céline HUGOT

**Edition:** ALN Nancy

**Conception - Impression:** ARRAS

**Adh**  Tél. 03 21 07 07 18

**Ont participé à ce numéro:**

JM. CANARD, P. COULOM, JS. DELMOTTE  
F. DEVULDER, Ph. GUYOT  
Ph. HOUCKE, J. LAURENT, P. LEVY,  
B. MARCHETTI, B. NAPOLÉON,  
A. PAPAZIAN, B. RICHARD-MOLARD,  
G. TUCAT, F. VICARI,

**Comité de rédaction**

B. RICHARD-MOLARD (Bordeaux)  
TH. HELBERT (Marseille)  
G. TUCAT (Paris)  
J. LAPUELLE (Toulouse)

