

SCORE PRÉDICTIF DE MALADIE DE CROHN D'ÉVOLUTION INVALIDANTE : LES RÉSULTATS DE L'AGA 2007

Actuellement, de nombreux experts se posent la question d'une attitude plus agressive sur le plan thérapeutique très tôt dans l'histoire évolutive de la MC. En effet, les résultats de l'étude Top Down- Step-up (1) vont dans ce sens. La recherche de groupes à «risque» est donc d'actualité. L. Beaugerie et al. (2) ont montré que la présence d'au moins deux des trois critères suivants au début de la maladie (âge < 40 ans, atteinte ano-périnéale, traitement par corticoïdes) avaient une VPP de 80 % pour affirmer une évolution «défavorable» de la maladie.

P. Seksik et al. (3) ont voulu valider ces résultats sur une cohorte rétrospective de patients suivis dans le comté d'Olmsted. Lorsqu'il existait aucun ou un facteur, le pourcentage de formes d'évolution invalidante était de 47 % et passait à près de 80 % lorsqu'il était retrouvé au moins deux facteurs associés. Ainsi, ce travail valide les résultats princeps avec une VPP de 70 %.

C. Loly et al. (4) ont présenté un travail similaire mais en isolant les formes sévères de MC. Concernant le score proposé par L. Beaugerie et al., les VPP et VPN étaient de 68 % et 46 % respectivement. Pour les formes d'évolution sévères, deux paramètres prédictifs étaient isolés en analyse multivariée : la présence d'une sténose (RR : 2,11) et une perte de poids > 5 kg (RR : 1,67). La VPP d'une forme d'évolution grave était ainsi lors de la présence de ces deux paramètres de 79 % et la VPN de 69 %. En pratique, la faible sensibilité de ce test (16 %) ne nous permettra pas de l'utiliser en pratique courante.

M. Dubinsky et al. (5) ont rapporté que l'intensité de la réponse immune peut prédire une évolution agressive au cours de la MC de l'enfant. Dans un

travail prospectif, multicentrique, les auteurs ont inclus 796 enfants porteurs de MC. Tous ont eu un dosage qualitatif et quantitatif d'Asca, anti OmpC et anti CBir1. Les auteurs confirmaient qu'une somme des différents quartiles élevés est associée à une forme sévère de MC (OR : 12,7 et 8,5 pour l'apparition de sténoses et fistules respectivement).

Enfin, l'équipe de S. Vermeire et al. (6) a recherché une corrélation entre marqueurs génétiques et évolution vers certains phénotypes de MC dans un travail rétrospectif ayant inclus 662 patients. La présence de plus d'une mutation au niveau de NOD2/CARD15 raccourcit significativement le délai d'apparition de sténoses ($p=0,009$) et de recours à la chirurgie ($p=0,0003$).

L'ensemble de ces travaux devrait nous permettre, dans l'avenir, de pouvoir mieux cibler les patients pouvant justifier d'une stratégie thérapeutique plus agressive d'emblée comme une attitude Top Down. Il reste, bien entendu, à confirmer cette stratégie thérapeutique et l'essai Sonic en cours pourrait répondre à cette demande.

Xavier ROBLIN
Octobre 2007

RÉFÉRENCES

1. Hommes D. et al. *Gastroenterology* 2006;130:A108
2. Beaugerie L. et al. *Gastroenterology* 2006;130:650-6
3. Seksik P. et al. *Gastroenterology* 2007;132 (Suppl2):A17
4. Loly C. et al. *Gastroenterology* 2007;132 (Suppl2):A17
5. Dubinsky M. et al. *Gastroenterology* 2007;132 (Suppl2):A17
6. Henckaerts L. et al. *Gastroenterology* 2007;132 (Suppl2):A17

COLOSCOPIE VIRTUELLE OU ENDOSCOPIE ÉLECTRONIQUE À HAUTE DÉFINITION

Le dépistage du cancer colorectal se met enfin en place dans notre pays. Il est indispensable que tous les acteurs impliqués dans cette tâche considérable ne se laissent pas perturber par les avancées technologiques ou les programmes de recherche. Dans notre pays, le dépistage de masse doit se faire à partir de l'Hémocult® en ciblant la population asymptomatique, et en

adressant les patients à risque vers la seule méthode reconnue par la Haute Autorité de Santé, la coloscopie endoscopique. Si possible, avec un endoscope à haute définition permettant, comme au Japon, de détecter les cancers, les polypes mais également les lésions non polypoïdes ayant notamment, au niveau du côlon droit, un potentiel malin comme l'a montré S. Kudo (1).

Il est certain qu'au fil du temps d'autres méthodes vont être développées, nous avons vu, lors des différentes présentations au niveau des congrès internationaux, apparaître des techniques comme l'Aer-O-Scope. D'autres techniques avoisinantes sont envisagées qui nécessitent dans tous les cas une préparation complète, préparation qui reste, pour les patients, en France, la phase la plus désagréable puisque l'immense majorité des explorations coloscopiques sont réalisées sous Propofol. La capsule endoscopique fait partie de ces voies de recherche. Elle nécessite une préparation complexe et, si elle est non invasive, elle doit faire la preuve de son efficacité. Là encore, laissons travailler les ingénieurs et participons aux essais cliniques dans le cadre de la loi Huriet.

La coloscopie virtuelle vient de faire l'objet d'une publication de Kim DH et al. (2). Cet article étudie l'intérêt de la coloscopie virtuelle dans une série de 3120 adultes pour la détection des lésions coliques cancéreuses, mais également, des polypes de plus de 10 mm. En ce qui concerne les patients ayant des polypes entre 6 et 9 mm, il leur a été proposé une coloscopie virtuelle de surveillance. 123 cancers ont été diagnostiqués par coloscopie virtuelle, 121 par endoscopie, 100 polypes (3,2 %) par coloscopie virtuelle, 107 (3,2 %) par endoscopie, enfin, 158 patients avec 193 polypes détectés par la coloscopie virtuelle ont été inclus dans un groupe de surveillance. Cet article repris dans la presse professionnelle appelle deux remarques :

– d'une part, il est issu d'une équipe hautement spécialisée en coloscopie virtuelle et constitue certainement une qualité médicale exceptionnelle.

– d'autre part, et plus important, il faut souligner que ce travail aux États-Unis nie totalement le concept de lésions non polypoïdes mis en évidence par les auteurs japonais et que nous retrouvons en Europe. Négliger les lésions de moins de 10 mm, c'est laisser un pourcentage non négligeable de cancers superficiels. C'est également, ne pas prendre en compte l'intérêt des patients, le risque d'échapper à une surveillance, alors que la coloscopie électronique à haute définition permet actuellement une détection et une caractérisation de toutes les lésions quelle que soit leur taille et, dans le même temps, une ablation endoscopique.

Alors, sachons, face à toutes ces publications, différencier la recherche médicale de l'application au quotidien. Suivons les recommandations de la Haute Autorité de Santé, utilisons l'Hémocult® pour tous et la coloscopie endoscopique à haute définition pour les patients à risque, ou ayant un Hémocult® positif.

Jean-François REY
Octobre 2007

RÉFÉRENCES

1. Kudo S. Early Colorectal Cancer. Igaku-Shoin Ltd, Tokyo, 1996
2. Kim D.H. and al. N Engl J Med 2007;357 : 1403-12.

LA SÉDATION OU L'EAU CHAUDE POUR LA COLOSCOPIE ?

Les équipes médicales, aux États-Unis et en France, lorsqu'il s'agit d'interventions mini-invasives, ont un point de vue assez différent sur la définition et sur les indications respectives de la sédation consciente (les patients répondent encore aux commandes verbales associées à des stimulations tactiles légères ou douloureuses) et de l'anesthésie (la perte de conscience est totale ; les patients ne sont pas éveillés par des stimuli douloureux). Ces divergences sont particulièrement marquées pour l'endoscopie digestive.

Sédation en endoscopie digestive : Aux États-Unis, la société Américaine d'Endoscopie Digestive (ASGE) a publié en 2006 (1) un questionnaire rempli en 2005 par 1340 endoscopistes. La présence d'un matériel de réanimation et le monitoring est la règle (99 %), et il s'agit, le plus souvent, de sédation consciente, pratiquée directement par l'endoscopiste avec Midazolam-Fentanyl dans 75 % des cas. Pour la coloscopie, la sédation est utilisée systématiquement (98,8 %). Cependant le recours à l'assistance d'un personnel spécialisé anesthésiste devient plus fréquent : en 2005, il concerne 27,8 % de tous les examens endoscopiques (3,1 % en 1989). Cette évolution

est liée à l'avènement du Propofol (Diprivan). Le Propofol utilisé pour 25 % des examens, est administré par une infirmière spécialisée (18 %), un médecin anesthésiste (38 %), ou l'un ou l'autre (32 %). Dans 8 % des cas, l'endoscopiste ou une infirmière non spécialisée utilisent directement le produit, malgré les consignes strictes des sociétés scientifiques américaines. La pratique de la sédation en endoscopie est souvent débattue aux États-Unis, non pas tant à cause du risque faible, mais réel, de complications, mais surtout à cause du coût en personnel et des contraintes pour la surveillance et le réveil codifiées par la commission d'accréditation (JCAHO). La coloscopie sans sédation est explorée par plusieurs équipes. Une équipe de Californie (Hôpital Vétérans de Sacramento) a offert à 44 patients soumis à une coloscopie de dépistage (2), le choix entre sédation consciente par Midazolam-Fentanyl dès le début de l'examen (4 seulement ont pris cette option) ou sédation à la demande en cas d'inconfort excessif, estimé par un score de la douleur ressentie sur une échelle de 10 points pendant la progression et le retrait du tube ; le seuil de douleur ressentie pénible est un score supérieur à 2. Au total, 21 patients (dont les 4 qui avaient pris l'option dès le début) ont reçu une