

## L'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE VUE DE L'ÉTRANGER

Il est souvent bon de prendre un peu de recul et de voir comment notre discipline se développe dans les pays étrangers de même niveau économique. Face à l'agitation du monde de la santé entraînée par des mesures parlementaires imprudentes et maladroites, il faut prendre conscience, qu'actuellement, tous les systèmes de soins se trouvent face à un déficit chronique. Les responsables économiques incitent les praticiens à modérer les coûts. Un des éléments les plus importants de cette démarche est constitué par le rapport coût-efficacité. Tous les experts, médecins ou administratifs soulignent le coût exorbitant de la non qualité.

Aux États-Unis, un éditorial récent du bulletin de l'AGA (1) souligne l'importance que l'hépatogastroentérologie conserve dans l'organisation des soins des patients atteints de maladies de l'appareil digestif. Face aux ambitions des médecins de famille, aux possibilités d'explorations diverses des radiologues, l'auteur de l'éditorial, souligne que le rôle de l'hépatogastroentérologue doit être, de plus en plus, un rôle de manager. Il ne faut pas se contenter de faire des coloscopies pour détecter des cancers du côlon, il faut s'impliquer dans la prise en charge du patient, la coordination des réunions de concertations cliniques, le développement d'outils informatiques permettant une bonne circulation de l'information médicale entre les différents intervenants. Il faut suivre l'exemple des États-Unis où D. Liberman a mis en place le réseau CORI regroupant plus de 450 gastroentérologues permettant de recueillir, à partir des comptes-rendus endoscopiques, sans effort complémentaire, les données issues de ceux-ci, de les agréger et de fournir au gouvernement américain les éléments prouvant que le coût du dépistage du cancer colorectal et de la coloscopie, aux États-Unis, a un réel bénéfice pour les Américains.

Au Japon, avait lieu la semaine dernière, le congrès de l'association Asie-Pacifique associé à la semaine de pathologie digestive japonaise (2). Malgré les conditions économiques plus favorables, nos

confrères japonais subissent actuellement les mêmes pressions économiques. Et pourtant, cette réunion montrait une fois de plus, tout l'intérêt du développement de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique. Il faut comprendre que l'endoscopie diagnostique peut encore être améliorée, que l'étude minutieuse de la paroi digestive enseignée aux hépatogastroentérologues japonais justifie que l'on regarde, avec intérêt, leur méthodologie. Ils utilisent également, avec plus de pertinence, les nouvelles techniques diagnostiques d'imagerie du traitement du signal endoscopique mis au point par les ingénieurs. Bien sûr, il faut différencier l'exemple d'expertise de l'endoscopie quotidienne et c'est le but d'une proposition de simplification de la classification de S. Kudo. Certaines techniques sont désormais rentrées dans la pratique quotidienne, en particulier le NBI, dont de nombreuses publications montrent l'importance clinique.

Il faut également saluer, comme nous l'avons vu encore lors des démonstrations de techniques d'endoscopie en direct, la qualité et l'audace des médecins japonais dans les techniques de dissection des muqueuses complétant utilement les techniques de résection de la muqueuse qui sont, désormais, bien acceptées dans notre pays. Il est intéressant de voir que l'Europe en général et la France en particulier constituent un véritable pont culturel entre l'Est et l'Ouest, tant en ce qui concerne la compréhension des techniques d'endoscopie mises au point au Japon que dans la meilleure organisation médico-économique de notre discipline, en plaçant l'hépatogastroentérologue au centre de la prise en charge de toutes les affections de l'appareil digestif.

Jean-François REY  
Octobre 2007

### RÉFÉRENCES

1. AGA eDigest : [communications@gastro.org](mailto:communications@gastro.org)
2. Asian Pacific Digestive Week (ADPW), Kobe, Japon 15-18 octobre 2007

## FAUT-IL ABANDONNER LES CRITÈRES RECIST POUR L'ÉVALUATION DES TUMEURS STROMALES DIGESTIVES (GIST) ?

Les tumeurs stromales digestives avancées ont connu une révolution thérapeutique depuis l'apparition de l'Imatinib avec, en particulier, une très forte augmentation de la survie globale. Cependant, la régression de taille des lésions sur laquelle se fonde la définition des critères Recist, apparaît parfois peu marquée sous Imatinib, sous-estimant le bénéfice réel apporté par cet inhibiteur de tyrosine kinase. Deux études viennent étayer ces notions et permettent de

définir, pour l'évaluation des GIST, de nouveaux critères de réponses beaucoup plus sensibles que les critères Recist.

H. Choi et al. (1), ont analysé 172 lésions évaluable selon les critères Recist à partir d'une cohorte de 40 patients porteurs d'une GIST métastatique, traités par Imatinib et suivis 28 mois. La taille des lésions ainsi que leur densité scanographique furent,

en particulier, évaluées et comparées à la fixation du FDG au Petscan (SUVmax) considérée comme le gold standard. Il s'est avéré que, pour identifier les réponses au Petscan, une diminution de taille de plus de 10 % ou de densité de plus de 15 % au scanner, avait une sensibilité de 97 % et une spécificité de 100 % alors que les critères Recist présentaient une spécificité identique de 100 %, mais une sensibilité beaucoup plus basse de 52 %.

RS. Benjamin et al. (2) ont évalué, pour leur part, 58 patients porteurs d'une GIST traités par Imatinib, par les critères Recist et les critères de H. Choi (définis ci-dessus) et représentés par une diminution de taille des lésions de plus de 10 % ou de densité de plus de 15 % au scanner. Les patients répondeurs selon les critères de H. Choi, présentèrent une bien meilleure survie sans progression que les non répondeurs (p0,0002) ce qui ne fut pas retrouvé avec les critères Recist. Les chiffres de survie sans progression ne sont malheureusement pas fournis par les auteurs, probablement parce que la médiane de survie sans progression n'est pas atteinte, ce qui est visible sur les

courbes fournies et empêche le calcul de la significativité.

Au total, une diminution de taille de plus de 10 % ou de densité de plus de 15 % au scanner représentent pour les GIST avancées sous Imatinib de nouveaux critères d'évaluation, se révélant, contrairement aux critères Recist, bien corrélés à la survie sans progression et beaucoup plus sensibles que ceux-ci. Ils devraient sans doute nous aider dans notre pratique à évaluer plus justement le bénéfice de l'Imatinib et aussi être adopté dans les futures études concernant les GIST. Plus globalement, ces travaux posent la question de la pertinence des critères Recist pour l'évaluation tumorale lors de l'utilisation des biothérapies.

Pascal ARTRU & Gérard LLEDO  
Novembre 2007

#### RÉFÉRENCES

1. Choi H. et al. J Clin Oncol 2007;13:1753-59
2. Benjamin RS. et al. J Clin Oncol 2007;13:1760-64.

## L'INFLAMMATION HISTOLOGIQUE EST UN FACTEUR DE RISQUE DE CARCINOGENESE AU COURS DE LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE (RCUH)

Le risque carcinogène est augmenté au cours des RCUH. Si certains facteurs de risque sont admis (ancienneté de la maladie, étendue, notion de CCR familial, présence d'une CSP associée), peu de données ont été rapportées sur la persistance d'une inflammation histologique dans le risque oncogène. M. Rutter et al. (1) avaient montré dans une étude cas contrôle que la présence d'une inflammation histologique doublait le risque oncogène, mais, ce travail rétrospectif posait comme hypothèse que l'inflammation retrouvée était constante, ce qui, bien entendu, n'est pas le cas au long cours.

L'étude (2) : Il s'agissait d'une étude de cohorte ayant inclus 418 patients qui, lors de la première coloscopie, présentaient une RCUH depuis au moins 7 ans sans signe d'oncogénicité. Un score histologique inflammatoire a été rapporté sur chaque biopsie et un score moyen d'inflammation était calculé. Les patients ont été suivis pendant une durée moyenne de 6 ans. Les auteurs ont ainsi regardé s'il existait une corrélation entre risque oncogène et inflammation histologique (score moyen, score binaire comparant l'évolution inflammatoire avec le temps et score d'inflammation maximale).

Résultats : 418 patients ont été inclus avec une moyenne de 5 coloscopies pendant le suivi, 65 (15,6 %) ont présenté une lésion pré oncogène ou oncogène (dysplasie de bas grade : DBG ou de haut grade DHG, cancer) et 15 (3,6 %) une lésion avancée

(DHG ou cancer). En analyse multivariée, une élévation du score inflammatoire moyen était associée à un risque accru de lésions avancées (OR : 3,8; IC95 : 1,7-8,6) mais pas à celui des lésions de dysplasie tout stade confondu. Ces résultats étaient comparables lorsque le score d'inflammation était présenté en mode binaire ou maximal. Les auteurs ne retrouvaient aucun lien préventif entre 5 ASA et oncogénèse. Enfin, il existait un risque de carcinogénèse lorsque les patients avaient eu une ou plusieurs coloscopies annuelles et ce de manière indépendante (OR : 5,5; IC95 : 1,7-17,0).

Commentaires : il s'agit de la première étude de cohorte montrant une forte association entre risque oncogène et inflammation histologique. Il existe toujours un débat concernant les scores histologiques à proposer au cours de la RCUH. Ce travail utilise un score simple basé sur l'infiltration en polynucléaires et qui, de plus, présente une très bonne concordance inter observateur. Il existe quelques faiblesses à ces résultats. Il s'agit d'une étude rétrospective. L'inflammation colique est variable dans le temps et dans l'espace, pouvant biaiser les résultats. Ce dernier point est minoré par la multitude de biopsies pour chaque patient. Il existe une certaine incertitude sur les lésions polypoïdes : DALM ou polypes ? Le caractère rétrospectif de ce travail et l'absence de biopsies auprès du polype dans certains cas, ne permettent pas de trancher. De manière inattendue, la coloscopie augmenterait le risque de cancer. En fait ce lien