

► Digestive Disease Week 2006 : « l'endoscopie en chaussures légères » ◄

Il est recommandé de porter des chaussures légères ! (recommandation officielle pour le tour des posters). Avec des chaussures légères, même si certains disent que la *DDW* 2006 n'est pas un grand crû, on peut arriver à dégager des tendances et à retenir quelques bonnes idées. Coté organisation : salles souvent trop exigües, embouteillages dans les couloirs et surtout, comme les années passées, séance plénière de l'ASGE (société américaine d'endoscopie digestive) consacrée à des techniques à la limite du gag et pas assez à la recherche clinique de qualité. Il y avait indiscutablement deux sujets de prédilection : le dépistage du cancer colo-rectal et la chirurgie transluminale. Ainsi qu'un nombre conséquent de « petites » avancées.

Le dépistage du cancer colo-rectal représente un gros marché, pas seulement intellectuel mais aussi financier. Deux séances étaient consacrées à la coloscopie virtuelle : la compétition avec la coloscopie optique se situe au niveau des polypes de moins de 10 millimètres de diamètre, pour lesquels la coloscopie virtuelle reste inférieure.

Quel est le risque de laisser en place ces lésions ? Certainement pas nul si l'on se réfère aux travaux présentés : un tiers des adénomes d'un diamètre inférieur à 10 mm ont une composante villositaire, 7 % sont dégénérés d'après nos confrères japonais (en particulier, les cancers déprimés *de novo* sont fréquemment de petite taille) et une étude d'analyse décisionnelle montre une amélioration du pronostic si on les retire. On assiste à un débat larvé entre les Américains qui ignorent généralement ces lésions et les classent dans pertes et profits et les Japonais qui les étudient et leur accordent une grande importance. En matière d'endoscopie, les Japonais ont souvent eu raison jusqu'à présent.

Cependant, il est clairement admis que la coloscopie n'est pas un examen parfait et qu'il faut faire mieux. Le plus simple est de prendre plus de temps à regarder. Trois études ont encore démontré une corrélation entre temps de descente et taux de patients avec adénome. Une fédération américaine des Sociétés Savantes a fixé le temps de retrait du coloscope à 6-10 minutes et le taux minimal de détection des adénomes pour un opérateur à 25 % chez l'homme et à 15 % chez la femme. Le Gastro-Entérologue est vivement encouragé à s'évaluer en calculant son taux de détection. L'amélioration du taux de détection des adénomes par la coloscopie peut aussi passer par une amélioration de l'imagerie : on a eu à lire pendant cette AGA 2006 les différents résultats, souvent contradictoires, de l'évaluation de la chromoscopie, de l'autofluorescence et du *Narrow Band Imaging* (NBI). On a vu également des modifications de l'architecture des endoscopes : simple capuchon à l'extrémité de l'endoscope, troisième œil pour la rétrovision, vision à 360 degrés, ...

Cette poussée technologique concerne d'autre part l'amélioration de la tolérance des patients et la suppression de la désinfection des endoscopes. Sur les stands, cinq nouveaux types d'endoscope et deux nouveaux *overtubes* intelligents étaient présentés.

La chirurgie transluminale est à la mode, peut-être trop, alors qu'il ne s'agit pour l'essentiel que de travaux expérimentaux sur de petites séries. L'appellation à retenir est « NOTES »... ou « CETON » en français : chirurgie endoscopique transluminale par les orifices naturels. Tout est envisagé. Comme, par exemple, la cholécystectomie à travers le côlon ou la pancréatectomie gauche par l'estomac ! Plus probablement dans un premier temps, ce sont les anastomoses digestives ou les réductions luminales pour l'obésité qui devraient être l'objet de cette approche. D'ailleurs, l'agrafage automatique endoscopique arrive. L'écho-endoscopie opératoire est un précurseur de la chirurgie transluminale et se montre un peu plus : wirsungo-gastrostomie, bilio-entérostomie, angiographie !!, intervention sur le cœur !!! Deux travaux ont concerné l'injection écho-endo-guidée de TNFerade dans les cancers de l'œsophage et du pancréas : les résultats sont difficiles à interpréter car le traitement comporte aussi de la radiochimiothérapie mais il y a une relation entre la dose et le taux de réponse. Enfin, la ponction sous écho-endoscopie a permis de rechercher les gènes de la chimiorésistance pour le cancer du pancréas.

Pour les nouvelles brèves, on retiendra :

- la destruction par plasma Argon des îlots de métaplasie gastrique situés dans l'œsophage est efficace sur le plan symptomatique ;
- les techniques de dissection sous-muqueuse endoscopique se diversifient ; elles sont plus sécuritaires par coagulation bipolaire ou guidées par un ballon plat gonflé dans la sous-muqueuse ;
- le sang (auto-prélèvement) est excellent pour soulever durablement la muqueuse pour la mucosectomie ! ;
- la microscopie confocale pourrait permettre le diagnostic *in vivo* de la colite microscopique (images fantastiques !) ;
- l'évolutivité de la pancréatite autoimmune est un peu mieux connue ; on insiste en particulier sur la cholangite et/ou la NASH associées. Son diagnostic peut passer par un immuno-marquage IgG4 sur des biopsies de l'ampoule de Vater ;
- l'oxymètre intestinal permet le diagnostic de l'ischémie (*N.B.* : la saturation habituelle de la muqueuse intestinale ne dépasse pas 70 %) ;
- la vidéo-capsule œsophagienne a une sensibilité insuffisante pour la détection de la muqueuse de Barrett et de l'œsophagite. La recherche de varices œsophagiennes se révèle être une bien meilleure indication ;

- l'ampoule de Vater est proposée par certains comme test de détection des tumeurs intestinales par la capsule vidéo-endoscopique ;
- l'entéroscopie double ballon (EDB), qui a été aussi largement présentée, ne peut pas remplacer la capsule vidéo-endoscopique en première intention car elle est invasive et incomplète ; elle est complémentaire de la capsule pour le traitement. Cependant, l'EDB peut montrer 30 % de lésions en plus sur des segments déjà explorés par la capsule ; elle est à proposer en cas de symptômes persistants si l'examen par capsule est négatif ;
- le traitement endoscopique du reflux gastro-œsophagien renaît avec le système de fundoplicature Esophyx™ et les bons résultats du système Plicator™ dans l'étude *versus* placebo ;
- concernant le Barrett, les biopsies guidées par *NBI* et/ou autofluorescence sont potentiellement susceptibles de remplacer les biopsies étagées. Les résultats demandent confirmation. Pour le traitement, la résection muqueuse induit des taux de survie à 5 ans égaux ou supérieurs à ceux de la chirurgie. La destruction est abandonnée, sauf celle employant la radiofréquence car ses effets en profondeur peuvent être mieux contrôlés. Néanmoins, les résultats de cette technique à 1 an sont un peu décevants (63 % de disparition de la métaplasie intestinale).

En résumé, pas de révolution mais de la diversité. On regrette l'insuffisante promotion de la recherche clinique de qualité. Le poids des intérêts financiers devient de plus en plus évident et préfigure sans doute de notre avenir dans quelques années. Un argument supplémentaire pour renforcer le rôle des Sociétés Savantes, de façon à faire contrepoids à des orientations purement économiques.

Thierry PONCHON et Bertrand NAPOLEON.