

Et ailleurs...?

Coloscopie virtuelle par CT scan ou «vraie» coloscopie?

La question

La coloscopie est l'examen de référence pour le dépistage des cancers du gros intestin: excellente vision et possibilité de biopsie ou de résection d'éventuels polypes en un seul temps. Mais certains patients l'acceptent mal. Parfois aussi, l'examen est incomplet pour des raisons anatomiques. La coloscopie virtuelle est moins invasive, ne nécessite pas de sédation et permet parfois de détecter des lésions extra-coloniques. Comment se comparent ces deux techniques chez des patients dont les symptômes font penser à la possibilité d'un cancer colorectal?

La méthode

Cette étude anglaise a été réalisée dans 21 centres du Royaume-Uni. Les patients avaient >55 ans et étaient aptes à supporter une préparation colique complète. Les patients ont été randomisés dans un rapport 2:1; 967 ont subi une vraie coloscopie et 503 une coloscopie virtuelle. L'issue primaire était le % de patients nécessitant une nouvelle coloscopie après le 1^{er} examen. Une des issues secondaires était le taux de détection de cancers colorectaux et de polypes.

Les résultats

30% des patients ayant subi une coloscopie virtuelle ont nécessité un nouvel examen par coloscopie «vraie» contre 8,2% pour l'autre groupe, ratio de risque 3,65 (p < 0,0001). Près de la moitié des examens répétés dans le groupe virtuel étaient motivés par la découverte de petits polypes <10 mm de signification incertaine. Le taux de détection de cancers et de polypes >10 mm était de 11% dans

les deux groupes. La coloscopie virtuelle a raté un cancer sur 29 et la coloscopie vraie aucun sur 55. Le taux de cancers était de 5,6 et 5,7% pour les deux groupes.

Les problèmes

Si les symptômes cliniques suggèrent un cancer la coloscopie vraie est plus performante et l'examen par CT doit être évité. Mais, cliniquement, la symptomatologie peut être très difficile à évaluer. La technique de marquage des selles résiduelles par un produit radioopaque n'a pas été employée ce qui aurait pu être pu diminuer le % d'examens à répéter.

Commentaire

Pour les patients symptomatiques réfractaires à la coloscopie invasive, la coloscopie virtuelle est certainement une alternative valable. Ils devront être avertis qu'ils risqueront de subir un nouvel examen invasif pour confirmer ou infirmer une image vue au CT (quoique le chiffre de 30% paraît assez élevé sans qu'on en sache les raisons...). Chez 11% des patients, la découverte d'une lésion extra-colonique lors du CT a nécessité des investigations supplémentaires par ex. pour un anévrisme de l'aorte. Le risque existe aussi que des examens inutiles soient pratiqués pour des découvertes fortuites lors du CT. Malgré ces caveats, la coloscopie virtuelle est certainement une nouvelle arme pour la détection des cancers et polypes colorectaux.

Atkins W, et al. Computed tomographic colonography vs colonoscopy for investigation of patients with symptoms suggestive of colorectal cancer (SIGGAR): a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2013;381:1194-202. / AdT

Acide folique et autisme

Plus de 85 000 enfants norvégiens nés entre 2002 et 2008 ont été examinés. 114 ont développé un autisme et 56 un syndrome d'Asperger. L'utilisation d'un supplément d'acide folique inclus dans une préparation multivitaminée 4 semaines avant et 8 semaines après la conception diminue le ratio de risque des enfants de 0,61 comparé aux enfants dont les mères ne prennent pas de supplément. On ne sait pas comment ça marche mais vu la simplicité cela vaut sûrement la peine.

Surén P, et al. *JAMA*. 2013;309:570-7. / AdT

Herpès zoster: risque élevé après un traitement anti-TNF?

Les patients atteints d'arthrite rhumatoïde ont un risque élevé de réactivation d'un herpès zoster. Ce risque élevé est-il lié à l'administration de médicaments anti-TNF? Plus de 30 000 patients qui commencent un traitement anti-TNF ont été comparés à >25 000 patients utilisant des médicaments non «biologiques», de 1998 à 2007. Il n'y a pas d'incidence augmentée d'herpès zoster dans le groupe recevant des anti-TNF. Par contre, l'utilisation de stéroïdes augmente le risque de 2 fois environ. Mais il y a d'autres problèmes avec les anti-TNF!

Winthrop K, et al. *JAMA*. 2013;309:887-95. / AdT

Embolies et foramen ovale perméable (FOP): quel traitement?

Il paraîtrait logique de fermer un FOP après un épisode d'embolie cérébrale ou périphérique. Une alternative est bien sûr une anticoagulation au long cours. Cette étude d'une durée de suivi de 4 ans a comparé les deux options: chez 204 patients avec une fermeture du FOP, il y a eu 7 épisodes de décès, attaque ischémique transitoire ou embolie périphérique. Dans le groupe avec anticoagulation, il y a eu 11 événements. Donc, pas d'avantage à la fermeture. Mais psychologiquement il semblerait plus rassurant d'avoir un FOP fermé!

Meier B, et al. *New Engl J Med*. 2013;368:1083-91. / AdT

Les mycobactéries cachées

Le problème grave des infections tuberculeuses résistantes ou non a révélé peut-être un nouveau secret. En effet, des chercheurs ont découvert, dans un modèle murin, que des mycobactéries tuberculeuses peuvent rester latentes dans des cellules souches de la moelle osseuse, à l'abri du système immunologique. Chez des patients, il est possible que malgré un traitement efficace ces bactéries survivent dans des cellules souches mésenchymateuses. Comment les atteindre, *that is the question!*

Hampton T. *JAMA*. 2013;309:865. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)