

MIND THE GAP !

L'UEGW de Londres 2009, nous aura permis d'apprécier le flegme britannique à raison de 2 heures de « tube » par jour pour ce rendre au centre des congrès situé dans la lointaine périphérie Londonienne près de la Tamise.

Pas de grande révélation dans le domaine des MICI mais des symposiums de qualité avec quelques communications qui peuvent éclairer notre pratique quotidienne.

Une étude multicentrique (19 centres) Espagnole (*Loras C. Gut 2009 ; 58 : A54*) nous a montré **le risque de réactivation virale sous immunosuppresseur (IS)** au cours des MICI. En effet 36% (9/25) des patients porteurs de l'AgHbs et sous immunosuppresseur ont présenté une réactivation virale. 2 sous corticoïde seul et 7 sous 2 IS (AZA, corticoïde et /ou IFX). Concernant l'hépatite C, une réactivation virale était observée chez 16% des patients (8/51) sous IS. 7 avaient reçu une corticothérapie et un de l'AZA.

Ces constatations confirment la nécessité de vérifier le statut sérologique des patients vis à vis des hépatites B et C avant tout traitement IS (et corticoïde) et de vacciner les patients contre l'hépatite B si nécessaire.

Le dépistage du cancer colo-rectal chez les patients atteints de MICI est souvent oublié.

Dans ce travail issue de la cohorte CESAME (*Vienne A. Gut 2009 ; 58 : A137*), 584 malades d'Ile de France porteur de MICI à risque de cancer colo-rectal (MICI d'au moins 8 ans et atteinte colique étendue) ont été contactés pour savoir s'ils avaient eu une coloscopie de dépistage entre leur inclusion (2004-2005) et 2007. Seulement, la moitié des patients (47%) ont eu une coloscopie de dépistage durant cette période.

Le taux était supérieur chez les patients porteurs d'une maladie de Crohn par rapport aux RCH. On notait de grandes différences de dépistage entre les centres.

Malgré les recommandations établies par les sociétés savantes, le dépistage du cancer colo-rectal chez les patients atteints de MICI, à risque, est loin d'être correct dans notre pays. Soyons vigilant, n'oublions pas de dépister nos patients !

Cancers et Infliximab dans la maladie de Crohn, pas de sur-risque évident. (*Bianco. Gut 2009 ; 58 : A71*)

Dans ce travail multicentrique et cas-témoin, 591 patients ont été suivis de 1999, jusqu'en 2008 avec une durée médiane de 6 ans.

221 patients avec maladie de Crohn traités par Infliximab, on pu être comparés à 221 sujets contrôles (Crohn sans infliximab). L'incidence des cancers était comparable dans les deux groupes (inférieure à 4 %). Dans l'étude cas témoin chez les patients traités par Infliximab, 3 cancers ont été rapportés dont 2 cancers du sein.

Ces données sont rassurantes et confirment que la fréquence des cancers dans la maladie de Crohn n'est pas supérieure chez les patients traité par infliximab.

La mortalité des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin reste comparable à la population générale. (*Romberg-camps. Gut 2009 ; 58 : A34*)

Ce travail a été mené par une équipe Néerlandaise qui à partir d'un registre régional, a mené une étude de mortalité sur des MICI diagnostiquée entre 1991 et 2003. Ce travail mené sur 1187 malades a permis d'observer 68 décès. La comparaison avec la population générale retrouvait un risque de mortalité de 1 en cas de maladie de Crohn, de 0,9 en cas de RCH, et de 0,7 en cas de colite indéterminée. Ceci permet d'observer que le risque de décès en cas de MICI est identique à celui de la population générale. Cette information devrait rassurer de nombreux patients.

Facteurs de risques pour une chirurgie précoce et maladie de Crohn.

Ce travail norvégien mené sur 190 patients avec maladie de Crohn, sélectionnés entre 1990 et 1994 et suivie sur 10 années, a permis de mettre en évidence que le risque de chirurgie était maximale (92 %) chez les patients avec un statut ASCA positif, un âge de moins de 20 ans lors du diagnostic de maladie de Crohn, présentant une maladie de Crohn fistulisante, ayant nécessité une corticothérapie lors du diagnostic initial de la maladie.

Ce travail qui mérite confirmation, reste néanmoins intéressant car ce type de patient pourrait bénéficier de stratégies thérapeutiques plus agressives (TOP DOWN) dès le diagnostic.

Enfin des perspectives pour l'avenir en cas d'échec de l'infliximab dans la RCH. Dans ce travail multicentrique Espagnol (*Estellés J. Gut 2009 ; 58 :A69*) 27 patients en perte de réponse ou non réponse primaire à l'IFX pour une RCH, ont été traités par Adalimumab avec une induction 160/80 mg pour 26 patients. La réponse clinique était de 60% à S4 et de 66% à S12 avec un maintien de traitement à 40 semaines chez plus de 56% des patients. Il ne manque plus que l'Adalimumab ait l'AMM pour la RCH.

Dr Patrick FAURE

Président de la commission MICI