

Gastroentérologie

Les douze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par
L'Association canadienne de gastroentérologie
Dernière mise à jour : mai 2024



1 Éviter de maintenir un traitement de longue durée par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans essayer d'interrompre le traitement ou d'en réduire la posologie au moins une fois par année chez la plupart des patients.

Les IPP sont des médicaments efficaces dans le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO). Le médecin devrait toujours prescrire la dose efficace la plus faible procurant un soulagement des symptômes. Bien que le RGO soit souvent une maladie chronique, il peut arriver qu'avec le temps, la suppression de l'acidité ne soit plus nécessaire. Or, il est important que les patients ne prennent pas inutilement des médicaments. Voilà pourquoi il faudrait essayer d'interrompre le traitement supprimeur de l'acidité au moins une fois par année. Ne sont pas visés par cette mesure les patients atteints de l'œsophage de Barrett, ceux qui sont atteints d'une œsophagite de grade D selon la classification de Los Angeles, ou ceux qui présentent des saignements gastro-intestinaux.

2 Éviter le transit œso-gastro-intestinal pour étudier une dyspepsie.

Le transit œso-gastro-intestinal est un examen souvent ordonné pour explorer les causes de symptômes gastro-intestinaux supérieurs. Cet examen donne souvent des résultats faux positifs et faux négatifs par rapport à l'endoscopie. Des études ont systématiquement révélé que cet examen ne constitue pas une stratégie rentable par rapport à d'autres façons de prendre en charge la dyspepsie.

3 Éviter de recourir à l'endoscopie pour déceler une dyspepsie en l'absence de signes avertisseurs chez les patients de moins de 60 ans.

L'endoscopie est un examen précis pour le diagnostic de la dyspepsie. Mais il est rare que les personnes de moins de 60 ans présentent une pathologie organique réfractaire à un traitement servant à supprimer l'acidité ou à éradiquer *Helicobacter pylori*. C'est pourquoi la plupart des lignes directrices recommandent en première intention un traitement de la dyspepsie par inhibiteur de la pompe à protons ou un test de dépistage non effractif d'*Helicobacter pylori*, suivi d'un traitement si les résultats de ce test sont positifs. Si le patient présente certains signes avertisseur (dysphagie progressive, anémie ou perte de poids), il pourrait alors être indiqué d'ordonner une endoscopie.

4 Éviter d'ordonner une coloscopie chez les patients de moins de 50 ans souffrant de constipation en l'absence d'antécédents familiaux de cancer du côlon ou de signes avertisseurs.

Beaucoup de personnes souffrent de constipation. Une revue exhaustive des données révèle qu'il ne s'agit pas d'un symptôme précis permettant de diagnostiquer une maladie organique. Chez le patient de moins de 50 ans n'ayant pas d'antécédents familiaux de cancer du côlon et ne présentant pas de signes avertisseurs (anémie, perte de poids), le risque de cancer colorectal est très faible et les risques associés à la colonoscopie l'emportent habituellement sur les bienfaits de l'examen.

5 Éviter d'effectuer d'emblée une colonoscopie chez les patients souffrant de MII âgés de moins de 50 ans qui ne présentent pas de signaux d'alarme.

Les données sont discordantes et si selon certaines, les patients atteints de MII sont exposés à un plus grand risque de maladie organique à long terme comparativement à la population générale, les taux absolus restent bas. En ce qui concerne le CCR, le risque est faible dans la population générale âgée de moins de 50 ans et les MII ne constituent pas un facteur de risque reconnu de CCR. Il semble y avoir des données minimales voire inexistantes selon lesquelles les MII accroîtraient le risque de CCR à court terme, comparativement à la population générale, à l'exception d'une étude taïwanaise pour laquelle le risque à dix ans dans le groupe souffrant de MII est 3,6 fois plus élevé, comparativement au groupe sans MII. Finalement, les données n'appuient pas l'idée que les patients puissent être rassurés par une colonoscopie normale. Le groupe pour le consensus a donc conclu que la colonoscopie de routine est généralement non justifiée chez les patients atteints de MII âgés de moins de 50 ans et les symptômes d'alarme ne semblent pas accroître

6 Ne pas prescrire de corticostéroïdes oraux aux adultes atteints de la maladie de Crohn, quelle qu'en soit la gravité, pour maintenir une rémission complète.

On connaît bien les effets indésirables de la corticothérapie prolongée et ils sont bien documentés. Dans le registre TREAT, le traitement par prednisone a été indépendamment associé à des infections graves (rapport de risque [RR], 1.57; IC de 95 % 1,17 – 2,10; P = 0,002). Aucune posologie-seuil inférieure sécuritaire n'a été identifiée pour prémunir les patients contre les effets indésirables. Les risques de la corticothérapie à long terme et l'absence de données pour appuyer l'efficacité par rapport au placebo dans ce contexte ont mené le groupe du consensus à déconseiller l'utilisation des corticostéroïdes en traitement d'entretien.

GRADE : Forte recommandation, données de faible qualité

7 Ne pas prescrire de corticostéroïdes oraux aux enfants atteints de la maladie de Crohn, quelle qu'en soit la gravité, pour maintenir une rémission complète.

L'efficacité des corticostéroïdes à prévenir les poussées de la maladie et les risques d'effets indésirables associés à leur utilisation à long terme n'a pas été démontrée, particulièrement chez les enfants.

GRADE : Forte recommandation, données de faible qualité

8 N'utilisez pas d'opioïdes pour la prise en charge à long terme de la douleur abdominale qui accompagne les maladies inflammatoires de l'intestin (MII).

Les opioïdes peuvent être utilisés pour la prise en charge de la douleur abdominale dans certains cas de MII aiguës, mais leur utilisation prolongée peut masquer les symptômes d'une MII évolutive ou de ses complications (p. ex., perforation intestinale ou mégacôlon toxique). L'utilisation prolongée d'opioïdes s'est révélée inefficace contre la douleur chronique d'origine non néoplasique et elle est associée à une mortalité accrue. De plus, en raison du risque potentiel de dépendance à l'endroit des opioïdes, leur utilisation à long terme pour la prise en charge de la douleur abdominale causée par les MII est à éviter, particulièrement compte tenu de la crise actuelle soulevée par les opioïdes en Amérique du Nord.

9 Ne prolongez pas indûment l'utilisation de la corticothérapie intraveineuse chez les patients qui présentent un épisode aigu et grave de colite ulcéreuse (CU) en l'absence de réponse clinique.

On peut prédire l'absence de réponse à la corticothérapie intraveineuse lors d'un épisode aigu et grave de CU après les 72 premières heures de traitement. Or, environ le tiers des non-répondeurs reçoivent néanmoins des corticostéroïdes par voie systémique en monothérapie pendant plus de 7 jours. Ce recours inefficace à la corticothérapie prolongée par voie systémique peut prolonger inutilement l'hospitalisation et accroître le risque de complications postopératoires chez des sujets qui éventuellement auront besoin d'une colectomie.

10 Pour les maladies inflammatoires de l'intestin (MII), n'instaurez pas de traitements médicaux à long terme et ne les intensifiez pas en fonction des symptômes seulement.

En présence de maladies inflammatoires de l'intestin (MII), les symptômes cliniques mènent souvent à l'instauration de traitements médicaux ou à leur intensification. Or, des troubles intestinaux fonctionnels (p. ex., syndrome du côlon irritable) coexistent chez 20 % des patients atteints de MII et leurs symptômes peuvent être similaires. En fait, les symptômes cliniques ne sont pas en bonne corrélation avec l'activité des MII. Par conséquent, se fier uniquement aux symptômes cliniques sans confirmer l'activité de la maladie pourrait soumettre les patients à des traitements prolongés qui risquent de causer des effets indésirables significatifs et occasionner un gaspillage des ressources.

11 N'utilisez pas la tomodensitométrie (TDM) abdominale pour l'évaluation des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) en phase aiguë, à moins de soupçonner une complication (obstruction, perforation, abcès) ou une étiologie des symptômes abdominaux non liée aux MII.

La TDM abdominale est utile pour le diagnostic urgent des complications des MII, comme l'obstruction ou la perforation, ou pour trouver la cause d'une douleur abdominale lorsqu'on la soupçonne de ne pas être liée aux MII. La dose efficace de radiation ionisante d'une seule TDM abdominale classique (10-20 mSv) se situe à l'intérieur des limites de sécurité acceptables (< 50 mSv). Toutefois, réduire l'utilisation inappropriée de la TDM est une priorité parce que l'exposition répétée aux radiations ionisantes au cours de la vie, particulièrement chez les jeunes patients atteints de MII, peut accroître le risque de cancer. Dans un contexte de maladie aiguë (p. ex., au service des urgences), la TDM abdominale ne devrait être utilisée que lorsque l'on soupçonne une complication des MII et ne devrait pas servir pour l'évaluation de l'activité de la maladie.

Ne tenez pas une consultation en personne pour des soins de gastroentérologie si une consultation en mode virtuel est possible, qu'elle est cliniquement appropriée (consultation de suivi régulière, passage en revue de résultats de biopsie normaux à la suite d'une endoscopie, etc.) et qu'il s'agit du mode privilégié par la personne traitée. Un nombre croissant de documents montre que la prestation de soins de gastroentérologie par télémédecine peut être sécuritaire et efficace.

La conduite d'un véhicule motorisé fait partie des activités ayant une empreinte carbone élevée. Ainsi, les voitures émettent en moyenne 206 g de CO₂ par kilomètre. À titre comparatif, un arbre mature métabolise environ 20 kg de CO₂ par année, soit l'équivalent d'un trajet de moins de 100 km. De ce fait, les déplacements de la patientèle, des personnes en visite et du personnel vers les établissements de soins de santé seraient à l'origine de 10 % des émissions du système de santé publique (National Health Service – NHS) au Royaume-Uni. Ils sont donc l'un des grands facteurs contribuant aux émissions des soins de santé.

Une étude transversale regroupant plus de 10 millions de personnes et 63 millions de consultations en mode virtuel a été associée à 3,2 milliards de kilomètres de déplacements évités par la patientèle, soit l'équivalent de 545 à 658 millions de kilogrammes d'émissions de dioxyde de carbone et de 569 à 733 millions de dollars canadiens (465 à 599 millions de dollars américains) de dépenses liées à l'essence, au stationnement ou au transport en commun.

Comment la liste a été établie

On a créé la présente liste en sondant les responsables de l'étude sur la qualité des soins de l'Association canadienne de gastro-entérologie (ACG) au sujet des recommandations jugées compatibles avec les objectifs de la campagne Choisir avec soin. La liste finale comprenait les recommandations les plus fréquentes et celles qui reflétaient les troubles GI répandus traités par les professionnels de la santé. On a soumis la liste au vote des responsables de la qualité qui ont ensuite modifié la formulation des recommandations.

Sources

- 1 Cahir C, et al. Proton pump inhibitors: potential cost reductions by applying prescribing guidelines. *BMC Health Serv Res.* 2012 Nov 19;12:408. [PMID: 23163956](#).
- 2 Makris N, et al. Cost-effectiveness of alternative approaches in the management of dyspepsia. *Int J Technol Assess Health Care.* 2003 Summer;19(3):446-64. [PMID: 12962332](#).
Talley NJ, et al. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology.* 2005 Nov;129(5):1756-80. [PMID: 16285971](#).
- 3 Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2017;112:988-1013. [PMID: 28631728](#).
- 4 Ford AC, et al. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2008 Nov;57(11):1545-53. [PMID: 18676420](#).
- 5 Moayyedi P et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol.* 2019 Apr;2(1):6-29. [PMID: 31294724](#).
- 6 Panaccione R et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Luminal Crohn's Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019 Aug;17(9):1680-1713. Epub 2019 Mar 7. [PMID: 30853616](#).
- 7 Mack DR et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Medical Management of Pediatric Luminal Crohn's Disease. *Gastroenterology.* 2019 Aug;157(2):320-348. Epub 2019 Jul 15. [PMID: 31320109](#).
- 8 Targownik LE, et al. The prevalence and predictors of opioid use in inflammatory bowel disease: a population-based analysis. *Am J Gastroenterol.* 2014 Oct;109(10):1613-20. [PMID: 25178702](#).
- 9 Bitton A, et al. Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements. *Am J Gastroenterol.* 2012 Feb;107(2):179-94. [PMID: 22108451](#).
Kaplan GG, et al. Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2008 Mar;134(3):680-7. [PMID: 18242604](#).
Nguyen GC, et al. Quality of Care and Outcomes Among Hospitalized Inflammatory Bowel Disease Patients: A Multicenter Retrospective Study. *Inflamm Bowel Dis.* 2017 May;23(5):695-701. [PMID: 28426451](#).
Randall J, et al. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg.* 2010 Mar;97(3):404-9. [PMID: 20101648](#).
- 10 Abdalla MI, et al. Prevalence and Impact of Inflammatory Bowel Disease-Irritable Bowel Syndrome on Patient-reported Outcomes in CCFPA Partners. *Inflamm Bowel Dis.* 2017 Feb;23(2):325-331. [PMID: 28092305](#).
Colombel JF, et al. Management Strategies to Improve Outcomes of Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology.* 2017 Feb;152(2):351-361.e5. [PMID: 27720840](#).
- 11 Kim DH. ACR Appropriateness Criteria Crohn Disease. *J Am Coll Radiol.* 2015 Oct;12(10):1048-57.e4. [PMID: 26435118](#).
Smith-Bindman R, et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med.* 2009 Dec 14;169(22):2078-86. [PMID: 20008690](#).
- 12 de Jong MJ, van der Meulen-de Jong AE, Romberg-Camps MJ, Bexx MC, Maljaars JP, Cilissen M, van Bodegraven AA, Mahmmoud N, Markus T, Hameeteman WM, Dijkstra G, Masclee AA, Boonen A, Winkens B, van Tubergen A, Jonkers DM, Pierik MJ. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2017 Sep 2;390(10098):959-968. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31327-2. Epub 2017 Jul 14. [PMID: 28716313](#).
International Energy Agency. [Fuel economy in major car markets: technology and policy drivers 2005-2017](#).
Tennison I, Roschnik S, Ashby B, Boyd R, Hamilton I, Oreszczyn T, Owen A, Romanello M, Ruyssevelt P, Sherman JD, Smith AZP, Steele K, Watts N, Eckelman MJ. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health.* 2021 Feb;5(2):e84-e92. doi: 10.1016/S2542-5196(20)30271-0. [PMID: 33581070](#).
Welk B, McArthur E, Zorzi AP. Association of Virtual Care Expansion With Environmental Sustainability and Reduced Patient Costs During the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2022;5(10):e2237545. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.37545. [PMID: 36264577](#).

À propos de L'Association canadienne de gastroentérologie

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACG représente plus de 1100 membres de partout au Canada, y compris des médecins, des spécialistes des sciences fondamentales et des fournisseurs de soins de santé affiliés qui travaillent dans le domaine de la gastroentérologie. L'ACG est une organisation axée sur les membres dont la mission est de soutenir et d'entreprendre l'étude des organes du tube digestif sains et malades, et de promouvoir et de faire progresser la gastroentérologie en faisant preuve de leadership dans les soins aux patients, la recherche, l'enseignement et le développement professionnel continu.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)