

ÉDITION SPÉCIALE – GASTROENTÉROLOGIE

À L'ATTENTION DES MÉDECINS DE FAMILLE
MONTRÉLAIS

Mot du Docteur Guillaume Brodeur

Chers collègues,

En tant que médecin répondant au CRDS Montréal et au CRDS de la Montérégie, je désire vous informer de la situation de l'accès à la gastroentérologie dans ces régions.

Au cours des dernières années, malgré l'offre de service plutôt stable, le nombre de demandes en attente augmente rapidement, ce qui cause une augmentation des délais pour obtenir une consultation. Nous avons ainsi besoin de votre collaboration afin d'améliorer la situation.

Voici les solutions que nous suggérons et qui, nous espérons, pourront nous permettre de reprendre le dessus sur la liste d'attente et pouvoir continuer à vous donner un service de qualité dans les délais suggérés.

ÉDITION SPÉCIALE – GASTROENTÉROLOGIE

À L'ATTENTION DES MÉDECINS DE FAMILLE
MONTRÉLAIS (suite)

LES DEMANDES DE CONSULTATIONS DE PRIORITÉ E ET LE CONSEIL NUMÉRIQUE

Les consultations de priorité E impliquent fréquemment des symptômes anodins pouvant être pris en charge en première ligne et ne nécessitant pas forcément de consultation avec un gastroentérologue. Considérant qu'il sera impossible pour les gastroentérologues de voir l'ensemble des 15 000 patients en attente au CRDS (particulièrement pour les patients ayant un contexte clinique de priorité « E »), je vous suggère d'avoir recours au conseil numérique en premier lieu pour les raisons de consultation de priorité « E ». Si le conseil numérique ne répond pas au besoin, vous pourrez demander une consultation en gastroentérologie dans un deuxième temps.

Pour vous inscrire au conseil numérique, voici le lien de la marche à suivre :

https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/medecins/crds/documents/Conseil_numerique_en_bref.pdf

De plus, avec l'expérience, nous avons noté que certaines raisons de consultation pourraient être plus facilement prises en charge en première ligne si le MDF avait accès facilement à des informations et des conseils sur ces conditions cliniques. Nous profitons de l'occasion pour partager avec vous des outils d'aide à la décision clinique pour faciliter votre réflexion sur la pertinence de référer en GE.

En espérant que ces informations vous soient utiles et que nous puissions ensemble continuer à collaborer pour améliorer l'accès aux services et la santé de nos patients.

Veillez agréer, chers collègues, l'expression de ma franche collaboration.



Guillaume Brodeur
Médecin répondant au CRDS Montréal et Montérégie

LA STÉATOSE HÉPATIQUE

La stéatose est la cause numéro #1 de référence « à faible valeur » en gastroentérologie. Les interventions à privilégier par le médecin de première ligne sont : « Perte de poids, exercice, diète, éviter l'alcool, traitement de la dyslipidémie, référence en bariatrique, contrôle du diabète ». La stéatose hépatique avec un bilan d'hépatopathie normal, une échographie sans stigmate de cirrhose et peu de facteurs de risques de fibrose avancée ne nécessite pas de consultation en GE.

On peut être rassuré par les scores de fibrose dans les zones normale.

NAFLD fibrosis score

([NAFLD fibrosis score calculator \(naflscore.com\)](http://naflscore.com))

Score FIB-4 bas

([Calculateur Score Fibrosis-4 \(FIB-4\) – CREGG](#)).

Un score de fibrose élevé ou un fibroscan très anormal indiquera une haute probabilité de cirrhose, ce qui changera le suivi du patient.

Le fibroscan n'est pas encore facilement accessible au Québec et son résultat ne changera pas la conduite dans la majorité des cas. La très grande majorité des patients avec des scores de fibrose dans la zone indéterminée auront des fibroscans inférieurs à 8 pKa. Ces patients se font retourner à la première ligne pour poursuivre le traitement conservateur décrit ci-dessus. En l'absence d'accès au fibroscan, il est acceptable de suivre les patients ayant des scores de fibrose dans les zones intermédiaires ou indéterminée annuellement en poursuivant les interventions mentionnées ci-dessus, tout en suivant l'évolution des scores de fibrose et en mesurant les enzymes hépatiques annuellement.

En l'absence de disponibilité du fibroscan, voici comment cibler les patients les plus à risque de cirrhose puisque ce sont ces patients qui bénéficient de l'évaluation en gastroentérologie.

Voici les patients atteints de stéatose à cibler pour une référence au CRDS de priorité « E »:

- Patients > 50 ans atteints de diabète ou de syndrome métabolique depuis plus de 10 ans
- *NAFLD fibrosis score* > 0,675 (les patients avec des scores intermédiaires peuvent être suivis en première ligne)
- Score FIB-4 > 3,25 (les patients avec des scores intermédiaires peuvent être suivis en première ligne)
- Obésité (IMC > 40 ou >35 depuis l'adolescence, ET progression du poids malgré le counseling de base sur un suivi de 2 ans)
- Foie bosselé ou dysmorphique hépatique à l'imagerie
- Splénomégalie à l'imagerie ou niveau de plaquette basse

** Il n'y a pas vraiment de niveau d'ALT à partir duquel il faut être inquiet. Ce sont les atteintes des fonctions hépatiques qui sont source d'inquiétude (INR, albumine, bilirubine). Une deuxième source d'inquiétude serait de trouver au bilan d'hépatopathie des sources évolutives de destruction hépatique autre que la stéatose (ex: hépatite virale, hépatite auto-immune, etc).*

LE DÉFICIT EN B12 ISOLÉ

Le déficit en B12 isolé ne nécessite aucune évaluation en gastroentérologie.

Recommandation : offrir une réplétion à long terme.

LE SYNDROME DE GILBERT

Ce syndrome se caractérise par une augmentation de la bilirubine totale, principalement causée par une hausse de la portion non-conjuguée de la bilirubine. Il n'est pas rare de voir une augmentation modeste de la bilirubine conjuguée dans le syndrome de Gilbert, mais elle ne sera pas prédominante. Au besoin, dirigez vos questions vers le conseil numérique.

LES ÉRUCTIONS

Les éruptions sans autre symptôme d'alarme sont une manifestation de l'aérophagie.

Lorsque les éructations sont associées à des symptômes d'alarme (perte de 10% du poids, saignement digestif, dysphagie, vomissement récurrent sur plus de 2 semaines), une pathologie sous-jacente et une référence en gastroentérologie peuvent être envisagées.

LES BALLONNEMENTS

Les ballonnements sans autre symptôme associé n'est généralement pas dû à une pathologie digestive organique.

Le ballonnement est une condition bénigne et fréquente (à moins de vomissement associé, car à ce moment il faut exclure la sub-occlusion).

Voici les conseils d'usage pour le patient :

1. Réduire les comportements associés à l'aérophagie (soda, eau gazeifiée, mâcher de la gomme, hyperhydratation, évitez cuillère/paille).
2. Tentez l'exclusion du lactose
3. Recherchez la maladie cœliaque (anti-TTG).
4. On peut suspecter un "bacterial overgrowth" et faire un essai empirique au flagyl pour 7 jours (500 mg PO TID) ou encore tenter le rifaximine 550 mg TID pour 10 jours (plus dispendieux).
5. S'il y a des nausées/vomissements, l'examen de choix serait alors le scanner de l'abdomen.
6. La diète FODMAP pourrait réduire les ballonnements (à travailler avec une nutritionniste).

LA HALITOSE

La halitose n'est pas une pathologie digestive mais plutôt d'origine ORL ou buccale dans la presque totalité des cas. Vous pouvez tenter un essai empirique d'IPP pour 8 semaines, mais il est très rare que l'halitose soit due à du reflux et que cette thérapie fonctionne.

LA DYSPHAGIE ORO-PHARYNGÉE

La dysphagie oro-pharyngée (problème avec la phase orale / volontaire) souvent présente avec de la toux et des aspirations n'est pas une pathologie digestive mais plutôt neuro-musculaire. Elle s'évalue avec la gorgée barytée modifiée, généralement faite lors d'une évaluation en orthophonie, contrairement à la dysphagie œsophagienne qui nécessite habituellement une gastroscopie en premier lieu (selon l'accessibilité).

LA DYSPHAGIE ŒSOPHAGIENNE

Pour la dysphagie œsophagienne, peu importe l'âge. Le traitement de première intention est la prescription d'un IPP pour tous les patients si absence de contre-indication (allergie ou intolérance aux IPP). Veuillez aussi noter que pour les patients en bas de 50 ans, la dysphagie peut être un symptôme associé au reflux. Pour ces jeunes patients, si la dysphagie se résout complètement avec les IPP, aucune autre investigation n'est habituellement nécessaire.

Il faut aussi distinguer la dysphagie du globus lors du questionnaire. Lorsque le patient mentionne une sensation de serrement, de boule ou de corps étranger de façon épisodique ou constante dans la gorge, il s'agit d'un globus. Le globus peut être causé par les pathologies thyroïdiennes, ORL, le reflux, ou un symptôme fonctionnel lié à l'anxiété.

Recommandation : Exclure les diverses causes et tenter un IPP double dose de base.

La plénitude post-prandiale ne doit pas être confondue avec la dysphagie. Ceci arrive souvent et engendre des orientations moins appropriées en gastroscopie à cause de l'utilisation de la case « dysphagie » sur le formulaire de référence pour des cas de plénitude. Les patients mentionnent souvent une sensation de « blocage » épigastrique. La différence sera que le symptôme survient principalement après avoir mangé et n'empêche pas d'avaler autre chose (ce n'est pas bloqué). Pour la gestion de la plénitude post-prandiale, il faut se référer aux lignes directrices de prise en charge de la dyspepsie.

LA DYSPEPSIE

La dyspepsie (douleur épigastrique, plénitude post-prandiale et satiété précoce) est aussi un problème fréquent, mais qui ne nécessite pas de référence en spécialité à moins que le patient ait plus de 60 ans ou qu'il présente un symptôme d'alarme (voir ci-bas). Après les IPP et l'exclusion du H Pylori, les TCA (tricycliques) et les prokinétiques sont à essayer en première ligne avant une référence en gastroscopie pour les 60 ans et moins. Il faut aussi cesser les AINS, rechercher la maladie cœliaque (anti-TTG) et tenter l'exclusion du lactose avant de référer.

LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Il est normal d'avoir des symptômes résiduels de reflux malgré les IPP. Si les symptômes résiduels surviennent moins de 3 jours par semaine et sans atteindre grandement la qualité de vie, la réponse aux IPP est satisfaisante, même si elle est partielle. De plus, il est normal et attendu d'avoir des rechutes de symptômes à l'arrêt des IPP. Les symptômes typiques (pyrosis et régurgitation) répondent toujours mieux que les autres symptômes.

Plus de 40% des problèmes de reflux récidivants ou avec une réponse inadéquate aux IPP sont dus à une prise inadéquate de la médication (oublis de doses, non-respect de la période de 30 minutes avant les repas pour avoir une efficacité maximale).

L'âge ne fait pas partie des symptômes d'alarme dans le reflux gastro-œsophagien (contrairement à la dyspepsie ou la survenue de nouveau symptôme dyspepsique après 60 ans est considéré comme étant un symptôme d'alarme).

SYMPTÔMES D'ALARME

Pour les symptômes d'alarme, veuillez noter qu'une perte de poids significative est une perte de poids de plus de 10% en 6 mois. Veuillez nous indiquer ce pourcentage lors de vos références afin que nous puissions mieux évaluer l'urgence de la situation. Les pertes de poids en dessous de 10% ne changeront pas la priorité pour l'évaluation du patient. Les vomissements peuvent être un symptôme d'alarme. Les vomissements doivent être persistants sur plus de 2 semaines malgré l'instauration d'un IPP. Les vomissements temporaires ne nécessitent pas d'évaluation.

Les saignements digestifs (méléna, hématomèse, anémie ferriprive) sont aussi des symptômes d'alarme lorsqu'ils sont associés à la dyspepsie.

DOULEURS ABDOMINALES

Pour les douleurs abdominales, l'endoscopie ne fait pas partie de l'investigation usuelle de ce symptôme. La douleur abdominale s'investigue plutôt, selon le questionnaire et l'examen physique, avec une imagerie abdominale.

LÉSIONS KYSTIQUES PANCRÉATIQUES DE TYPES TIPMP OU IPMN

Pour les lésions kystiques pancréatiques de types TIPMP ou IPMN, veuillez demander l'IRM du pancréas avec MRCP. Les lésions typiques de moins de 2 cm sans signe de dégénérescence n'ont pas besoin d'être vues en gastroentérologie. Elles nécessitent cependant un suivi par résonance magnétique qui peut être demandé en première ligne (aux 1-2 ans selon la recommandation du radiologiste).

PATHOLOGIES ANORECTALES

Aussi, un rappel qu'en gastroentérologie, nous ne prenons pas en charge les pathologies de l'anus comme fissures, hémorroïdes, condylomes, prurit, problème cutané périanal etc... Veuillez plutôt référer votre patient en chirurgie ou en dermatologie, selon le cas.

SYMPTÔMES DIGESTIFS BAS

Pour les symptômes digestifs qui nécessitent une endoscopie digestive basse, il faut utiliser le formulaire AH-702. Pour ne pas dédoubler les listes d'attente et le nombre d'intervenants dans les dossiers, veuillez ne pas envoyer de consultation au CRDS en même temps qu'un AH-702. La consultation sera effectuée avant la scopie, soit le même jour que la coloscopie. Selon l'évaluation en endoscopie, les données paracliniques et le résultat de la coloscopie, le suivi et les investigations supplémentaires, s'il y a lieu, seront effectués par le gastroentérologue ayant fait l'endoscopie. Il est donc inutile de référer aussi au CRDS pour une raison de consultation qui est mentionnée sur le formulaire AH-702.

Lorsque vous remplissez le formulaire AH-702, veuillez cocher la case qui se rapproche le plus du symptôme du patient. Au besoin, vous pouvez inscrire les détails dans la section désignée au bas du AH-702 et joindre les bilans pertinents afin que le patient soit orienté adéquatement.

[AH-702 DT9241 \(2017-12\) S.pdf \(gouv.qc.ca\)](#)

ANÉMIE

Pour l'anémie, veuillez vous assurer qu'elle est ferriprive avec le dosage de la ferritine. Une anémie associée à une ferritine en bas de 15 chez les femmes ou en bas de 30 pour les hommes respectivement est signe d'anémie ferriprive dans un contexte non inflammatoire. Lors de l'inflammation, la ferritine peut monter, mais ne dépasse généralement pas le niveau de 100 lorsqu'il y a une composante ferriprive sous-jacente (donc, une valeur > 100 exclut presque toujours un état ferriprive).

*** Attention aux jeunes femmes menstruées et aux dons de sang car nous remarquons des investigations digestives potentiellement inutiles chez ce genre de population. ***

DIARRHÉE

Pour la diarrhée, assurez-vous qu'elle soit chronique (plus de 4 semaines) et non infectieuse avec un bilan de base avant de référer.

- 1) Est-ce une malabsorption? (perte de poids, anti-TTG, albumine, ferritine, B12, folate)
- 2) Y a-t-il une déshydratation (électrolyte, magnésium, créatinine)
- 3) La diarrhée est-elle inflammatoire (FSC, calprotectine fécale, CRP)
- 4) Avez-vous demandé la TSH (l'hyperthyroïdie est associée à des selles diarrhéiques).
- 5) Avez-vous demandé au patient de cesser le lactose, l'alcool et le café.
- 6) Avez-vous cessé les médicaments causant la diarrhée (Ex : Metformin, AINS, IPP)
- 7) Avez-vous tenté un essai empirique de flagyl 500 mg TID (ceci améliore souvent les diarrhées persistantes de cause indéterminée).
- 8) Avez-vous essayé la cholestyramine (olestyr), ce qui est particulièrement efficace chez les patients cholécystectomisés. Certains patients sans cholécystectomie répondent aussi à cette médication.
- 9) Avez-vous demandé une évaluation en nutrition. Une diète FODMAP peut être envisagé si le diagnostic de travail est le syndrome du côlon irritable.

JEUNES AVEC SYMPTÔMES CHRONIQUES

Pour les jeunes (< 40 ans) avec des symptômes chroniques, des douleurs abdominales et des changements dans les selles, sans symptôme d'alarme, il est utile dans le bilan de base de demander une calprotectine fécale afin de distinguer une MII versus des pathologies fonctionnelles qui ne doivent pas s'investiguer à cet âge par coloscopie. La calprotectine est souvent très haute (>200) chez les patients atteints de maladie inflammatoire. Il est donc moins urgent d'évaluer les patients avec des valeurs « intermédiaires » peu élevées qui sont fréquentes (il y a beaucoup de faux positifs).

LE FIT TEST

Le FIT test n'est pas à utiliser en cas de symptôme ou d'anémie. Son utilisation doit être réservée pour le dépistage du cancer colo-rectal chez les patients à risque modéré uniquement (50 à 75 ans asymptomatiques et en bonne santé sans antécédents familiaux de CCR).

EN BONNE SANTÉ

Le terme bonne santé est important. Veillez ne pas nous référer les patients avec de trop grandes comorbidités en endoscopie directement (ex : MPOC sévère, insuffisance cardiaque, néoplasie avancée, etc.). Il est préférable, pour ce genre de clientèle, de référer via le CRDS pour une évaluation en clinique sans remplir le formulaire AH-702. SVP spécifiez que le patient est trop malade pour être reçu directement en endoscopie sur le formulaire du CRDS afin que votre patient ne soit pas refusé en vigie (révision au CRDS par le médecin répondant).

PATIENTS CONNUS

Finalement, une quantité très importante de patients CONNUS sont référés (et refusés) au CRDS. Le mandat du CRDS est d'assurer une première consultation et non d'assurer le suivi ou un deuxième avis. Nous vous rappelons qu'en gastroentérologie, il faut écrire directement au spécialiste ayant déjà vu un patient dans les deux dernières années. S'il s'agit d'un nouveau problème, il faut au moins tenter de mettre la demande « nominative » au même médecin. Ceci assure une continuité des soins et préserve les places d'évaluation pour de réels nouveaux patients.