

Avignon 2021, un congrès (presque) normal

Avignon 2021, an (almost) normal congress

André-Jean Remy

Président de l'ANGH, Centre hospitalier Saint-Jean Roussillon, BP 4052, 20 avenue du Languedoc, 66046 Perpignan



Correspondance : A.J. Remy
andre.remy@ch-perpignan.fr

La devise fièrement assumée de l'ANGH (Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux généraux), c'est depuis toujours : « *Participer aux études, c'est améliorer la connaissance en améliorant nos pratiques* ». Au-delà d'une association professionnelle de défense des spécialistes d'organe n'exerçant ni en centre hospitalier universitaire, ni en secteur libéral, l'ANGH un lieu de réflexion et d'échanges scientifiques. Chaque protocole devient un levier puissant pour que chaque centre participant devienne acteur et soit associé à une ou plusieurs publications. Armand Garioud, président du Conseil Scientifique détaille dans son article tous les (nombreux) protocoles à venir mais je voudrais insister sur SANGHRIA, protocole d'étude des hémorragies digestives hautes communautaires et hospitalières qui a inclus en 12 mois près de 2 500 patients dans 46 centres. Vaisseau amiral de la recherche clinique de l'ANGH, SANGHRIA s'est traduit par trois articles déjà publiés et deux à venir. D'autres articles devraient bientôt suivre en hépatologie et dans le domaine des MICI.

/// L'ANGH, un lieu de réflexion et d'échanges scientifiques ///

L'ANGH c'est aussi et surtout des femmes et des hommes, praticiens hospitaliers et assistants, qui travaillent au quotidien dans des services d'hépatogastroentérologie plutôt généralistes dans leur centre hospitalier général, même si nous sommes nombreux à avoir une orientation préférentielle, que ce soit en nutrition, en cancérologie ou en hépatologie. Être praticien hospitalier en CHG n'est pas une option par défaut (du libéral et/ou de l'universitaire) mais un choix de vie professionnelle. Le Ségur de la Santé a revalorisé la rémunération du praticien hospitalier, particulièrement en début de carrière. La plasticité du statut permet d'associer clinique, pratique libérale statutaire, demi-journées d'intérêt général, recherche clinique, voire enseignement.

Dans ce numéro supplément d'*Hépatogastro et Oncologie Digestive*, vous trouverez les morceaux choisis du 29^e congrès de l'ANGH qui a bien lieu en présentiel cette année encore. Aucune interruption Covid en 2020 et aucune interruption en 2021 ! Après Annecy l'année dernière, c'est Avignon et l'équipe de Jean-Pierre Arpurt qui nous ont accueillis. Depuis Annecy, nous avons tous vécu un deuxième puis un troisième confinement, puis la vaccination progressive de l'ensemble de la population.

Le 29^e congrès de l'ANGH a été un moment de travail scientifique et de convivialité ensemble

Un programme de qualité a été validé par le Conseil Scientifique (CS) lors de sa session de printemps : 34 communications et cas cliniques ont été soumis, tous de grande qualité. Le CS a dû faire des choix pour préserver le temps de présentation et de discussion. Je le remercie de ce travail parfois ingrat et qui peut engendrer des frustrations. Une session infirmière, grand classique

Pour citer cet article : Remy AJ. Avignon 2021, un congrès (presque) normal. *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2021 ; 28 : 4-5. doi : 10.1684/hpg.2021.2298

désormais, a complété utilement nos sessions médecins et abordé cette année la délégation de tâches et les nouvelles pratiques professionnelles. Contrairement à certains corporatismes exacerbés, nous n'avons pas peur dans nos hôpitaux généraux de déléguer, de faire confiance aux infirmières et aux infirmiers pour prendre en charge nos patients communs pour un FibroScan ou une ponction d'ascite ! Ce n'est pas renoncer à notre cœur de métier, c'est travailler ensemble et mieux. D'ailleurs, les enquêtes auprès des patients démontrent le bien-fondé de ces délégations. Il nous faut accepter, même si c'est un peu difficile pour notre ego, que les patients préfèrent la prise en charge infirmière. Le congrès de l'ANGH est le point culminant annuel de la vie de notre association, année après année. Déjà nous avons les lieux et les dates en 2022 à Aix, en 2023 aux Sables d'Olonne (organisé par l'équipe de Cholet) et des candidatures pressenties pour 2024 et 2025. Ce numéro supplément de *Hépatogastro et Oncologie Digestive*, rendu possible avec le soutien du laboratoire Galapagos, vous fera (re)vivre ce congrès 2021. Bonne lecture !

/// Un programme de qualité a été validé par le Conseil Scientifique lors de sa session de printemps ///

/// Il nous faut accepter, même si c'est un peu difficile pour notre ego, que les patients préfèrent la prise en charge infirmière par délégation de tâches ///

 Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

La recherche clinique et les protocoles à l'ANGH

Clinical research and protocols of the ANGH

Armand Garioud^{1,2}

¹ Président du Conseil scientifique de l'ANGH

² GHT Confluences, Centre Hospitalier Intercommunal Lucie et Raymond Aubrac, Service d'hépatogastro-entérologie, Villeneuve-Saint-Georges



Correspondance : A. Garioud
armand.garioud@chiv.fr

▼ Résumé

Cette année encore, l'ANGH aura été à l'initiative mais aussi partenaire de plusieurs études cliniques. Quatre études publiées dans des journaux internationaux sur la prise en charge des hémorragies digestives. Une étude publiée sur la prise en charge de la cholangite primitive.

Une prochaine publication concerne un observatoire multicentrique évaluant l'intérêt de la prescription du baclofène dans l'alcoolodépendance chez 202 patients. Des recommandations de bonne pratique concernant l'hydrothorax sont en cours de rédaction. Différentes enquêtes concernent l'hépatite B/delta, le dépistage du carcinome hépatocellulaire chez le patient VHB chronique et l'indication du TIPS et son accessibilité. Une large étude multicentrique visant à suivre une cohorte de patients VHB chroniques inactifs pendant cinq ans vient de se terminer. Une étude en cours a pour principal but d'apprécier l'impact de la crise du Covid-19 sur le diagnostic et la prise en charge du cancer colorectal. Un questionnaire-patient vise à apprécier l'impact de l'activité physique sur la qualité de vie des patients suivis pour une MICI. Une étude multicentrique vise à suivre une cohorte de patients pour lesquels un diagnostic de NASH a été porté dans l'année précédant leur inclusion. Une enquête de pratique sur les modalités de la ponction d'ascite en CHG a pour but de mieux connaître les modalités médicales et paramédicales encadrant ce geste. Une étude organisera le dépistage systématique des trois virus VHB/VHC/VIH dans la population > 40 ans hospitalisée pour la réalisation d'endoscopies digestives sous anesthésie générale. Une étude à venir va s'intéresser à certains points de prise en charge de la pancréatite aiguë biliaire tels que le type de renutrition par voie entérale ou orale classique et la place de la sphinctérotomie.

▼ Abstract

Once again this year, ANGH was the initiator and partner of several clinical studies. Four studies published in international journals on the management of digestive bleeding. A study published on the management of primary cholangitis.

A forthcoming publication concerns a multicentre observatory evaluating the value of prescribing baclofen for alcohol dependence in 202 patients. Good practice recommendations concerning hydrothorax are being drafted. Various surveys concern hepatitis B/delta, screening for hepatocellular carcinoma in chronic HBV patients and the indication for and accessibility of TIPS. A large multicentre study to follow a cohort of chronically inactive HBV patients for 5 years has just been completed. An ongoing study aims to assess the impact of the Covid-19 crisis on the diagnosis and management of colorectal cancer. A patient questionnaire aims to assess the impact of physical activity on the quality of life of patients followed for IBD. A multicentre study aims to follow a cohort of patients diagnosed with NASH in the year preceding their inclusion. A practice survey on the modalities of ascites puncture in CHG aims to better

Pour citer cet article : Garioud A. La recherche clinique et les protocoles à l'ANGH. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 6-10. doi : 10.1684/hpg.2021.2280

understand the medical and paramedical modalities of this procedure. A study will organise systematic screening for the three viruses HBV/HCV/HIV in the population > 40 years old hospitalised for digestive endoscopy under general anaesthesia. A future study will look at certain aspects of the management of acute biliary pancreatitis, such as the type of enteral or traditional oral renutrition and the place of sphincterotomy.

• **Key words:** *clinical studies, digestive bleeding, hepatitis, pancreatitis, IBD*

Abréviations

AFEF	Association Française pour l'Étude du Foie
ANGH	Association Nationale des Hépatogastro-entérologues de Hôpitaux Généraux
CHG	Centre hospitalier général
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRC	Centre de recherche clinique
CREGG	Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie
GETAID	Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif
HDH	Hémorragie digestive haute
IV	Intraveineux
NASH	Stéatohépatite non alcoolique
PBH	Ponction-biopsie hépatique
SC	Sous-cutané
SNFMI	Société nationale française de médecine interne
URC	Unité de recherche clinique
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

L'ANGH depuis sa création est fortement impliquée dans la recherche clinique en France. Elle regroupe 700 membres répartis dans 300 centres hospitaliers généraux sur le territoire. Cette puissance lui confère un fort potentiel d'inclusions dans les différents protocoles qu'elle porte mais aussi dans ceux qu'elle relaie. En effet, d'autres associations comme le GETAID ou des sociétés savantes comme l'AFEF, conscients de cette capacité, n'hésitent pas à solliciter l'ANGH pour soutenir, relayer et participer à leurs différentes études.

Cette année encore, l'ANGH aura été à l'initiative mais aussi partenaire de plusieurs études. Vous les trouverez dans le déroulé de cet article mais commençons d'abord par ce qui fait aussi notre fierté, nos publications scientifiques !

Publications

Dix ans après notre étude sur la prise en charge de l'hémorragie digestive haute (HDH) publiée en 2012 dans *Endoscopy* [1] nous souhaitons refaire un point selon le même modèle. Cela a été l'objet de l'étude **SANGHRIA** qui a mobilisé l'ANGH durant une année avec l'inclusion

de près de 2500 patients entre 2017 et 2018. Portée par Vincent Quentin (Saint-Brieuc), ses résultats généraux ont été publiés dans *Endoscopy international open* [2]. Les principaux enseignements de cette étude sont que 1) la prise en charge endoscopique de l'HDH s'est améliorée (délai plus court de réalisation, plus de traitement endoscopique), 2) la mortalité des HDH communautaires a baissé (5,8% vs. 8,3%) et 3) le profil des HDH a changé avec une baisse de la part des hémorragies liées à l'hypertension portale et une hausse de celles liées à la pathologie ulcéreuse. Deux études ancillaires ont également été publiées. La première comparant les HDH sous AVK vs. NACO où le pronostic semble similaire [3]. La seconde comparant les HDH communautaires à celles intra-hospitalières, ces dernières étant associées à une mortalité plus élevée du fait des comorbidités [4].

/// L'étude SANGHRIA portant sur la description l'épidémiologie et la prise en charge de l'hémorragie digestive haute a inclus près de 2500 patients entre 2017 et 2018 ///

La richesse de ces données nous incite à les exploiter davantage encore. Déjà trois publications et déjà trois autres études ancillaires sont prévues. L'une s'intéressant aux HDH liées à l'hypertension portale (André-Jean Rémy) qui est écrite et en cours de relecture, la seconde portant spécifiquement sur les techniques endoscopiques d'hémostase (V. Quentin) qui est en cours d'écriture et enfin, la dernière qui s'intéressera à l'influence d'un traitement IPP préalable sur le pronostic de l'HDH (Stéphane Nahon, Gilles Macaigne).

Ces publications rejoindront celle présentant les résultats de **DESCRIPT** publiée il y a tout juste un an [5]. Cette étude dont le but était de décrire la prise en charge de la cholangite biliaire primitive a permis l'inclusion de 436 patients. Un de ses principaux enseignements était qu'un stade avancé au diagnostic et l'absence de rémission biochimique présents dans 40% des cas constituaient les principaux facteurs pronostiques de cette affection biliaire.

/// L'étude DESCRIPT publiée il y a tout juste un an avait pour but de décrire la prise en charge de la cholangite biliaire primitive ///

D'autres résultats d'études ANGH sont en voie de publication comme ceux d'**OBADÉ**, un Observatoire multicentrique évaluant l'intérêt de la prescription du

baclofène dans l'alcool-dépendance chez 202 patients coordonné par Camille Barrault (Créteil). Les inclusions ont eu lieu entre 2012 et 2016 et les principaux résultats de cette étude étaient : 1) 75% des patients suivis à 1 an sont passés à une consommation faible risque (abstinence 50% ou CDA \leq 30 g/j 25%) avec une dose médiane de baclofène de 66 mg/j, 2) la CDA était diminuée par 4 à 1 an passant de 113 à 26 g/j, et 3) le baclofène était bien toléré en cas de cirrhose et entraînait une amélioration significative des paramètres de fonction hépatique à 1 an. C'est un article présentant justement les résultats spécifiquement chez le patient cirrhotique qui a été écrit et qui sera soumis avant la fin de l'année 2021.

/// Une prochaine publication concerne un observatoire multicentrique évaluant l'intérêt de la prescription du baclofène dans l'alcool-dépendance chez 202 patients ///

Dans le pipe-line de l'écriture, nous pouvons également compter sur les résultats de plusieurs enquêtes conduites cette année. Tout d'abord les résultats de l'**Enquête Hydrothorax** coordonnée par Jean-François Cadranel (Creil). Celle-ci ouverte également aux pneumologues a permis de colliger 529 réponses. Les résultats ont été présentés en communication orale aux JFHOD digitales 2021, en vocal e-poster à l'UEGW 2021 et en poster à l'ERS international congress (congrès européen de pneumologie). Des recommandations de bonne pratique sont aussi actuellement en cours d'écriture par le groupe de travail. Il y a également les résultats d'une autre enquête menée par l'équipe de Creil avec la participation du CREGG, l'**Enquête hépatite B/delta**. Celle-ci s'adressait à tous les médecins hépato-gastroentérologues quel que soit leur statut et visait à faire un état des lieux des connaissances sur l'hépatite delta. Environ 150 réponses à ce jour. Je n'oublierai pas les résultats des deux enquêtes présentées lors du Congrès ANGH en Avignon que vous pourrez retrouver dans la partie « Hépatologie » de ce numéro supplément. Il s'agit de l'enquête sur le **Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez le patient VHB chronique** (66 répondants) conduite par Sandrine Barge (Bry-sur-Marne) et l'**Enquête TIPS** où en est-on des indications et de l'accessibilité ? (92 répondants et 69 centres dont 35 CHG et 24 CHU) menée par Isabelle Rosa (Créteil) en partenariat avec l'AFEF.

Études finies

Quelques nouvelles de **PIBAC**, cette large étude multicentrique visant à suivre une cohorte de patients VHB chroniques inactifs pendant cinq ans. Lancée en 2014 et menée par Xavier Causse (Orléans), la base de données a été gelée en octobre 2021. Sur les 581 patients inclus initialement, en septembre nous avons déjà les données pour 321 d'entre eux. Différentes questions avaient motivé cette étude et j'espère que nous aurons bientôt les réponses après éla phase d'analyse qui vient de

débuter. Toujours est-il que le premier événement observé chez plus de 15% des patients au cours du suivi semble être la séroconversion HBs.

/// Une large étude multicentrique visant à suivre une cohorte de patients VHB chroniques inactifs pendant 5 ans vient de se terminer ///

Études actuellement en cours

ETICC : cette étude ambitieuse débutée mi-juin 2021 a pour principal but d'apprécier l'impact de la crise Covid-19 sur le diagnostic et la prise en charge du cancer colorectal en comparant les cancers diagnostiqués pendant la période mars 2020-février 2021 à l'année 2019 prise comme témoin. Elle est coordonnée par Marine Besnard et S. Nahon (Montfermeil). 39 centres participent. En septembre, les données préliminaires des 12 centres ayant répondu pendant l'été ont été présentées lors du Congrès (cf. article « Cancérologie » de ce numéro supplément). Sur plus de 600 patients, élément rassurant, il ne semble pas y avoir eu un impact particulier de la crise. En effet, les stades au diagnostic n'étaient pas plus avancés, il n'y avait pas de retard à la prise en charge ou de différences de survie entre les deux groupes. Les inclusions sont toujours en cours avec des données qui nécessitent d'être encore évaluées.

/// L'étude ETICC débutée mi-juin 2021 a pour principal but d'apprécier l'impact de la crise Covid-19 sur le diagnostic et la prise en charge du cancer colorectal ///

APA-MICI : cette enquête a débuté le 1^{er} juin 2021 sous l'impulsion de S. Nahon (Montfermeil). Il s'agit d'un questionnaire-patient visant à apprécier l'impact de l'activité physique sur la qualité de vie des patients suivis pour une MICI. Les patients peuvent remplir le formulaire en ligne lors d'une HDJ pour perfusion de biothérapie ou après une consultation. En six mois, nous devrions avoir fait le tour de nos files actives et à ce jour, nous sommes à plus de 400 réponses. Le but *in fine* est d'avoir des arguments auprès des autorités compétentes pour justifier le développement et la prise en charge de programmes d'activité physique adaptée dans nos centres comme ceux qui sont déjà en place pour d'autres affections chroniques.

/// APA-MICI est un questionnaire-patient visant à apprécier l'impact de l'activité physique sur la qualité de vie des patients suivis pour une MICI ///

L'ANGH relaie deux études mises en place par le CHU de Grenoble (Nicolas Mathieu) et le GETAID dont le but est

d'évaluer le maintien de l'efficacité et de la tolérance à un an après un switch de l'infliximab IV vers SC (étude **PEREM**) ou après un switch du vedolizumab IV vers SC (étude **DOPER**). Elle concerne les patients MICI en rémission avec des évaluations biologiques et par questionnaires (IBD Disk et SADMED-Q) tous les trois mois. La participation des centres ANGH est volontaire et actuellement neuf centres ont intégré PEREM.

Études lancées lors du Congrès d'Avignon 2021

Le Congrès de l'ANGH en Avignon cette année a été l'occasion de lancer le 27 septembre 2021 deux nouvelles études.

Tout d'abord, **GANASH**, une étude multicentrique (35 centres) coordonnée par moi-même et le CRC de Créteil. Elle vise à suivre une cohorte de patients pour lesquels un diagnostic de NASH a été porté dans l'année précédant leur inclusion. La clinique, l'anamnèse, la biologie, les paramètres de fibrose ainsi que les éléments de la prise en charge pharmacologique (ou non) sont demandés à l'inclusion et le seront au terme d'un an de suivi. Au-delà de l'analyse descriptive de cette population de patients suivis en centres non tertiaires que nous pourrions comparer à d'autres séries, nous chercherons à dégager des facteurs pronostiques d'amélioration de la biologie ou de la fibrose. Pour cela, nous envisageons l'inclusion de mille patients avec saisie en ligne des données.

/// L'étude multicentrique GANASH vise à suivre une cohorte de patients pour lesquels un diagnostic de NASH a été porté dans l'année précédant leur inclusion ///

Ensuite, **VACCIR**, une enquête-papier multicentrique (29 centres) dirigée par Aurore Baron (Corbeil-Essonnes) et son URC. Le but de ce travail est d'étudier la qualité de la couverture vaccinale chez les patients cirrhotiques vus en hospitalisation et en consultation pendant une durée d'un mois. Cinq vaccinations seront renseignées : le DT-polio et celles contre le pneumocoque, les hépatites A et B, la grippe et la Covid-19.

Études prochaines

Sur les deux derniers mois de l'année aura lieu l'**Enquête de pratique sur les modalités de la ponction d'ascite en ambulatoire** dirigée par J.-F. Cadranel (Creil). Celle-ci s'adressera aux responsables de structure où ont lieu les paracentèses afin de mieux connaître les modalités médicales et paramédicales encadrant ce geste. Ce seront des questions « pratico-pratiques » qui seront posées : Type de matériels ? Délégation de tâches à l'infirmière ? Limitation du volume évacué ? Exploration systématique du liquide ? Anesthésie locale ? etc. Cela nous permettra

d'avoir un panorama et de pouvoir améliorer si besoin nos pratiques.

En fin d'année, commencera également **DEPIST C ENDO**, une étude coordonnée par A.-J. Rémy (Périgean). Celle-ci organisera le dépistage systématique des trois virus VHB/VHC/VIH dans la population > 40 ans hospitalisée pour la réalisation d'endoscopies digestives sous anesthésie générale. Cette étude à laquelle participeront 26 centres durera au moins trois mois. Nous aurons ainsi une idée de l'acceptabilité de ce dépistage, de sa faisabilité et de la prévalence du VHC après 40 ans. Les données permettront peut-être de mieux définir l'âge cible à partir duquel un dépistage du VHC peut être coût-efficace quand on sait que le dépistage de la population générale ne semble pas l'être.

Études à venir

Dans le premier semestre 2022, nous avons prévu de lancer une étude de grande envergure, l'étude **CAPABLES** comme « Cohorte ANGH des Pancréatites Aiguës Biliaires Légères et Sévères » et l'enquête **PANAGHE** sur l'hépatite alcoolique aiguë sévère.

L'étude **CAPABLES** sera coordonnée par Denis Grasset (Vannes), G.Macaigne (Lagny) et Frédéric Moryoussef (Poissy). Elle aura pour but d'éclairer certains points pour lesquels il n'y a pas forcément consensus : 1) le type de renutrition par voie entérale ou orale classique et 2) la place de la sphinctérotomie dans la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires. Ainsi seront demandés les épisodes biliaires avant cholécystectomie en fonction du type de renutrition choisi et les données de la « vraie vie » : complications ? Délai de la cholécystectomie ? Place de la sphinctérotomie ? Morbi-mortalité ? de cette affection avec notamment un suivi à J30. Cette étude se fera en ligne et durera un an.

/// L'étude CAPABLES aura pour but d'éclairer certains points de prise en charge de la pancréatite aiguë biliaire tels que le type de renutrition par voie entérale ou orale classique et la place de la sphinctérotomie ///

L'enquête **PANAGHE** sera, elle, coordonnée par J.-F. Cadranel (Creil) avec la participation du CREGG et de la SNFMI. Un questionnaire a été élaboré sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hépatite alcoolique aiguë sévère. Seront demandés en ligne des renseignements sur la file active, la place de la PBH faite à visée de confirmation diagnostique, l'évaluation de l'hypertension portale, les modalités du bilan infectieux avant la corticothérapie, l'utilisation ou non de la N-acétylcystéine et le devenir des patients. Cette enquête commencera courant février.



TAKE HOME MESSAGES

- L'ANGH depuis sa création est fortement impliquée dans la recherche clinique en France.
- Elle regroupe 700 membres répartis dans 300 centres hospitaliers généraux sur le territoire.
- L'ANGH a fait montre de son indéniable dynamisme avec l'aboutissement d'études-phases en publications et l'arrivée de nouvelles études prometteuses.
- Voir ces différents projets aller de la conception jusqu'à la publication démontre la vitalité scientifique de notre association.

Cette année encore, l'ANGH a fait montre de son indéniable dynamisme avec l'aboutissement d'études-phases en publications et l'arrivée de nouvelles études prometteuses. Voir ces différents projets aller de la conception jusqu'à la publication démontre la vitalité scientifique de notre Association.

Liens d'intérêts :

l'auteur déclare les liens d'intérêts suivants en rapport avec l'article : participation à des essais cliniques en qualité de co-investigateur (laboratoire Intercept).

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1 • Nahon S, Hagège H, Latrive JP, *et al.* Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy* 2012 ; 44 (11) : 998-1008.
- 2 • Quentin V, Rémy AJ, Macaigne G, *et al.* Prognostic factors associated with upper gastrointestinal bleeding based on the French multicenter SANGHRIA trial. *Endosc Int Open* 2021 ; 09 : E1504-11.
- 3 • Gouriou C, Bouguen G, Lahmek P, *et al.* Outcomes of upper gastrointestinal bleeding are similar between direct oral anticoagulants and vitamin K antagonists. *Aliment Pharmacol Ther* 2021 ; 53 (6) : 688-95.
- 4 • El Hajj W, Quentin V, Boudouxet *al.* Prognosis of variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding in already hospitalised patients: results from a French prospective cohort. *United European Gastroenterol J* 2021 ; 9(6) : 707-17.
- 5 • Pariente A, Chazouilleres O, Causse X, *et al.* Management of primary biliary cholangitis: results from a large real-life observational study in France and Belgium. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2020 Nov 30 ; doi : 10.1097/MEG.0000000000002011. Online ahead of print.

L'hépatologie à l'ANGH 2021

Hepatology at the 2021 ANGH meeting

Isabelle Rosa

CHI de Créteil, 40 avenue de Verdun,
94010 Créteil

Correspondance : I. Rosa
Isabelle.rosa@chicréteil.fr

▼ Résumé

Les maladies du foie sont plus fréquentes dans une population de patients hospitalisés en secteur psychiatrique en raison du cumul de plusieurs facteurs de risque au niveau hépatique : consommation chronique d'alcool, possible antécédent de toxicomanie avec risque viral, surpoids, syndrome métabolique et prise de médicaments hépatotoxiques. L'index FIB-4 a été utilisé comme biomarqueur simple pour diagnostiquer la fibrose hépatique. 13 % des patients testés avaient un FIB-4 > 1,45 et 25 patients avaient *in fine* une fibrose \geq F2. Le score PAGE B a été validé pour prédire le risque de développer un carcinome hépato-cellulaire (CHC) chez les patients ayant une hépatite chronique virale B traitée ou non traitée. Une étude de pratiques a conclu à une grande hétérogénéité des pratiques professionnelles en matière de dépistage du CHC chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B sans fibrose. Une étude de cohorte belge a confirmé la part très importante de l'intoxication alcoolique dans la survenue de cirrhose et de cancer du foie. Une étude de pratiques a évalué le recours au TIPS en France dans les CHU et les CHG, en particulier les indications et les difficultés rencontrées à la pose. Dans le cadre de l'urgence l'hémorragie réfractaire au traitement était la 1^{re} cause de pose de TIPS pour 82 % des répondants. Le TIPS préemptif était proposé dans 77 % des cas en CHU mais uniquement dans 22 % des cas en CHG.

• **Mots clés** : fibrose hépatique, carcinome hépato cellulaire, shunt porto-systémique intra-hépatique

▼ Abstract

Liver disease are more frequent in a population of patients hospitalised in the psychiatric sector due to the accumulation of several risk factors for liver disease: Chronic alcohol consumption, possible history of drug addiction with viral risk, overweight, metabolic syndrome and use of hepatotoxic drugs. The FIB-4 index was used as a simple biomarker for the diagnosis of liver fibrosis. 13% of the tests were > 1,45 and finally 25 patients of 1058 were classified as \geq F2 for fibrosis stage. The PAGE B score has been validated to predict the risk of developing HCC in patients with treated or untreated chronic viral hepatitis B. One study concluded that there is considerable heterogeneity in professional practice regarding HCC screening in chronic hepatitis B virus patients without fibrosis. A Belgian cohort study confirmed the very important role of alcohol intoxication in the occurrence of cirrhosis and liver cancer. A study of practices evaluated the use of TIPS in France in university hospitals and general hospitals, in particular the indications and difficulties encountered during the procedure. In the emergency setting, bleeding refractory to treatment was the leading cause of TIPS placement for 82% of respondents. Pre-emptive TIPS was proposed in 77% of cases in university hospitals but only in 22% of cases in general hospitals.

• **Key words**: hepatic fibrosis, hepatocellular carcinoma, intrahepatic portosystemic shunt

Pour citer cet article : Rosa I. L'hépatologie à l'ANGH 2021. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 11-15. doi : 10.1684/hpg.2021.2281

Dépistage de la fibrose hépatique : ne pas oublier les populations psychiatriques

L'équipe de Perpignan a évalué l'utilisation d'un score de fibrose simple : le FIB-4 (*Fibrosis-4 index*) en dépistage des maladies chroniques du foie dans une population de patients hospitalisés en secteur psychiatrique. En effet, les auteurs sont partis du constat que les maladies du foie étaient plus fréquentes chez ces patients en raison du cumul de plusieurs facteurs de risque au niveau hépatique : consommation chronique d'alcool, possible antécédent de toxicomanie avec risque viral, surpoids, syndrome métabolique et prise de médicaments hépatotoxiques. Le but du travail était d'utiliser l'index FIB-4 comme biomarqueur simple pour diagnostiquer la fibrose hépatique. L'étude s'est déroulée sur une période de six mois dans un service d'hospitalisation de 382 lits avec une file active annuelle de 2 434 patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 29 jours. La méthode consistait à prélever dans le bilan biologique d'entrée les paramètres nécessaires au calcul du FIB-4 (transaminases, taux de plaquettes). Le calcul de l'index FIB-4 était automatisé par le laboratoire. Le score retenu pour catégoriser une fibrose au moins F2 était de 1,45. Ainsi, pour tout score supérieur à 1,45, le patient était orienté pour la réalisation d'un deuxième test de fibrose non invasif (FibroScan®). 142 patients sur 1 058 ont eu un index FIB-4 > 1,45 et 80 ont eu un FibroScan® avec une valeur moyenne de 6,4 KPa. Ces patients ont été classés en fibrose minime pour 55 d'entre eux, 18 en fibrose F2, 2 en fibrose F3 et 5 en fibrose 4. La mesure du CAP (*Controlled Attenuation Parameter*) était en moyenne à 278 dB/m. Tous les patients ayant une fibrose supérieure ou égale à 2 ont été vus en consultation d'hépatologie. Le bilan étiologique a permis de diagnostiquer un diabète chez deux patients et une sérologie virale C positive chez un patient.

Au total, les auteurs concluaient que l'utilisation du FIB-4 était utile, facile à réaliser pour le dépistage de la fibrose hépatique chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Une nouvelle étude est en cours en utilisant un index de FIB-4 > 2,67 plus discriminant pour le dépistage des fibroses avancées¹.

13 % des patients testés avaient un FIB-4 > 1,45

Une nouvelle étude est en cours en utilisant un index de FIB-4 > 2,67 plus discriminant pour le dépistage des fibroses avancées

¹ André-Jean Remy, Jérémie Hervet, Régis Bouquier. CH Perpignan - Équipe mobile Hépatites. Dépistage biologique de la fibrose hépatique en hôpital psychiatrique.

Score PAGE B : un outil de dépistage majeur dans l'hépatite B encore peu utilisé

Le dépistage du CHC chez les patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B est un sujet difficile. En effet si le dépistage du carcinome hépato-cellulaire (CHC) et parfaitement codifié en cas de fibrose avancée ou de cirrhose, il n'en est pas de même en cas d'infection chronique par le virus de l'hépatite B. Les différentes sociétés savantes prennent en compte de nombreux facteurs tels que les antécédents familiaux de cancer du foie, l'âge, l'ethnie, pour évaluer le risque de développer un CHC sans fibrose. Le score PAGE B a été validé pour prédire le risque de développer un CHC chez les patients ayant une hépatite chronique virale B traitée, puis également validé dans une population de patients ayant une infection chronique B non traitée, d'origine asiatique ou caucasienne. Le but de l'étude de Sandrine Barge *et al.* était d'évaluer les pratiques professionnelles françaises concernant le dépistage du CHC chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B. Pour cela, un questionnaire préétabli a été envoyé à tous les praticiens travaillant dans les unités d'hépatogastro-entérologie des hôpitaux généraux. Cette enquête a été menée pendant deux semaines en décembre 2020. Les 66 médecins ayant répondu au questionnaire avaient un ratio homme-femme de 1,28 et un âge médian de 52 ans. L'hépatologie était leur activité principale pour 30 % d'entre eux. Les critères de décision d'un dépistage du CHC étaient pour 82 % d'entre eux le degré de fibrose, les antécédents familiaux de cancer du foie, la consommation d'alcool et la présence d'un syndrome métabolique. 25 % des praticiens utilisaient le score PAGE B pour décider du dépistage du CHC, que le patient soit traité ou non par analogues nucléosidiques ou nucléotidiques. Tous les praticiens recommandaient une surveillance semestrielle chez les patients avec fibrose avancée. Pour les patients sans fibrose avancée mais avec antécédents familiaux de CHC, 66 % des praticiens réalisaient un dépistage semestriel par échographie et 33 % un dépistage annuel. Chez les patients d'ethnie africaine ou asiatique de plus de 40 ans et les femmes asiatiques de plus de 50 ans sans fibrose ni antécédent, 5 % des praticiens ne recommandait aucun dépistage ; un tiers recommandaient un dépistage semestriel et près de deux tiers un dépistage annuel. Les auteurs concluaient à une grande hétérogénéité des pratiques professionnelles en matière de dépistage du CHC chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B sans fibrose. La population-cible pour un dépistage utile reste mal définie et un grand nombre de praticiens continue la surveillance du carcinome hépatocellulaire avec la réalisation d'une échographie annuelle. Le dépistage du cancer du foie chez les patients porteurs chroniques de l'hépatite B reste imprécis malgré les recommandations des sociétés savantes notamment de l'AFEF.

L'utilisation plus systématique du score PAGE B pourrait permettre d'homogénéiser ce dépistage².

/// Le dépistage du cancer du foie chez les patients porteurs chroniques de l'hépatite B reste imprécis malgré les recommandations des sociétés savantes notamment de l'AFEF ///

/// L'utilisation plus systématique du score PAGE B pourrait permettre d'homogénéiser ce dépistage ///

Évolution des causes de carcinome hépatocellulaire sur une période de 20 ans en Belgique

L'équipe belge de Jolimont a comparé l'incidence, l'épidémiologie et le mode de présentation du CHC sur deux périodes de dix ans. La première cohorte s'étalait de janvier 1995 à décembre 2005 et la deuxième de 2006 à 2016. Ces deux cohortes provenaient d'un registre de patients ayant une cirrhose incluant 1 070 patients cirrhotiques consécutivement inclus. Au total 504 patients ont été inclus dans la cohorte 1 et 566 dans la cohorte 2. Au sein de la cohorte 1, 89 patients ont développé un CHC (18 %) alors que 73 ont développé un CHC dans la cohorte 2 ans (13 %). Les caractéristiques des patients ayant un carcinome hépatocellulaire (le genre, l'âge au moment du diagnostic, le score de Child-Pugh) étaient similaires dans les deux cohortes. L'étiologie de la cirrhose sous-jacente était statistiquement différente dans les deux groupes : elle était liée à l'alcool pour 27 % des patients de la cohorte 1 *versus* 60 % des patients de la cohorte 2 ; elle était dans 53 % des cas liée au virus de l'hépatite C dans la cohorte 1 *versus* 18 % dans la cohorte 2. Dans 10 % des cas de la cohorte 1 il s'agissait d'une stéatopathie métabolique *versus* 11 % dans la cohorte 2. L'origine ethnique des patients était significativement différente dans les deux cohortes. Dans la cohorte 1, 41 % des patients étaient d'origine italienne *versus* 17 % dans la cohorte 2. La comparaison entre les deux groupes montrait une diminution de l'origine italienne chez les patients de la cohorte 2 *versus* la cohorte 1 ayant un CHC d'origine virale C sans différence statistiquement significative. S'agissant du mode de diagnostic, celui-ci a été réalisé en majorité dans le cadre d'un programme de surveillance sans différence entre les

deux groupes : Il n'y avait pas de différence concernant l'adhésion au programme de surveillance en fonction de l'étiologie alcoolique ou virale ou métabolique. Les auteurs concluaient que la prévalence du CHC liée à une cirrhose alcoolique était en nette augmentation alors que celle du CHC liée à une origine virale diminuait largement. Le pourcentage élevé de patients d'origine italienne dans la cohorte 1 s'explique par les vagues migratoires en Belgique dans les années 1960 et explique le nombre élevé de patients infectés par l'hépatite C. De façon intéressante, il n'y avait pas de différence de compliance au programme de surveillance des patients dans quelle que soit l'origine de la cirrhose alcoolique ou virale C³. Cette étude confirme la part très importante de l'intoxication alcoolique dans la survenue de cirrhose et de cancer du foie et la nécessité d'une prise de conscience des médecins sur l'importance de cette thématique.

/// Cette étude confirme la part très importante de l'intoxication alcoolique dans la survenue de cirrhose et de cancer du foie et la nécessité d'une prise de conscience des médecins sur l'importance de cette thématique ///

Accès au TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt) en France : enquête de pratique dix ans après l'étude CHOC

Alors que les recommandations de Baveno VII sont en cours de rédaction, l'ANGH et l'AFEF ont lancé d'octobre à décembre 2020 un questionnaire à destination de tous leurs membres hépatologues ou hépato-gastro-entérologues. Le but de cette étude de pratiques était d'évaluer le recours au TIPS en France dans les CHU et les CHG, les indications et les difficultés rencontrées à la pose d'un TIPS. 94 hépato-gastro-entérologues ont répondu au questionnaire envoyé par mail via le site de l'AFEF ou de l'ANGH. Sur ces 94 médecins, 53 étaient praticiens dans 35 hôpitaux généraux et 41 praticiens travaillaient dans 24 CHU. L'âge moyen du praticien était de 44,7 ans. Il apparaissait dans ce travail que le TIPS était principalement disponible en CHU et d'accès assez limité en CHG. Le TIPS était posé dans tous les cas par des radiologues interventionnels. Les principales indications de pose de TIPS étaient l'ascite réfractaire dans le cadre d'un TIPS non urgent. Dans le cadre de l'urgence l'hémorragie réfractaire au traitement était la première cause de pose de TIPS pour 82 % des répondants ; la récurrence hémorragique malgré une prophylaxie secondaire bien conduite était la deuxième indication de pose de TIPS dans le cadre de l'hémorragie digestive sur hypertension portale. Le

² Sandrine Barge, Armand Garioud, David Zanditenas, André-Jean Remy, Isabelle Rosa et le groupe d'étude de l'ANGH pour le dépistage du CHC. Hôpital Saint Camille, Bry. Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B dans les hôpitaux français non universitaires. Résultats d'une étude transversale et multicentrique menée par l'ANGH.

³ Edeline Kaze, Jean Henrion. CH Jolimont, Belgique. Que sont devenus nos carcinomes hépatocellulaires durant ces 25 dernières années ? N'oublions pas le rôle de l'origine ethnique.

TIPS préemptif chez les patients à haut risque de récurrence était prescrit par 63 % d'entre eux. Il n'existait pas de différence de prescription de TIPS entre CHU/CHG pour une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes non contrôlée. En revanche, en ce qui concerne le TIPS préemptif il était proposé dans 77 % des cas en CHU mais uniquement dans 22 % des cas en CHG. L'accès au TIPS n'expliquait pas cette différence puisque l'accès au TIPS était jugé comme facile pour les praticiens de CHG sans difficultés majeure de transfert en CHU. Huit médecins parmi les 94 déclaraient que la raison de non-transfert du patient pour TIPS préemptif était le fait de ne pas être convaincu du bénéfice du TIPS dans cette indication (médecins réanimateurs ou hépatologues). Pour 12 médecins sur les 94, la non-pose de TIPS était liée à des contraintes logistiques trop importantes. Ces données sont à comparer aux résultats de l'étude CHOC ou 34 % des médecins déclaraient ne pas être convaincus du bénéfice d'un TIPS préemptif et 45 % estimaient la pose du TIPS trop difficile en termes de logistique. En conclusion le TIPS bien que principalement disponible en CHU était facilement accessible pour le patient pris en charge en CHG. Les indications principales étaient dans le cadre de l'urgence l'hémorragie de sauvetage ou l'hémorragie récidivante et en dehors de l'urgence l'ascite réfractaire. Le patient de CHG bénéficiait moins d'un TIPS préemptif que le patient de CHU en raison de problèmes logistiques ou du manque de conviction des équipes soignantes mais ces chiffres sont en nette amélioration par rapport à l'étude Choc réalisée en 2012⁴.

/// Le patient de CHG bénéficie moins d'un TIPS préemptif que le patient de CHU en raison de problèmes logistiques ou du manque de conviction des équipes soignantes mais ces chiffres sont en nette amélioration par rapport à l'étude Choc réalisée en 2012 ///

Ponctions d'ascite : les risques de complications sévères ne sont pas nuls

Enfin l'équipe de Valenciennes a rapporté trois cas de complications hémorragiques sévères après ponction d'ascite thérapeutique dans le service d'hépatogastro-entérologie. Ces cas sont survenus de façon consécutive entre 2016 et 2020. Il s'agissait de patients ayant une cirrhose compliquée d'ascite réfractaire. Pour l'un d'entre eux il s'agissait d'une récurrence de cirrhose alcoolique après une transplantation en 2012 et dans un autre cas d'un

patient en attente de la pose d'un TIPS. Les complications décrites étaient la survenue d'un hématome de 25 cm avec une hémorragie active artérielle aux dépens d'une branche de l'artère iliaque externe gauche traité par embolisation, d'un hémopéritoine avec saignement actif au temps veineux en regard de la gouttière pariéto-colique gauche non embolisable ayant conduit au décès du patient et un hématome avec un pseudo-anévrisme de l'artère épigastrique inférieure gauche développée dans le muscle grand droit gauche traitée par embolisation et avec des suites favorables. Ces cas permettaient de revenir sur les complications de la ponction d'ascite thérapeutique qui restent peu fréquents mais potentiellement peuvent engager le pronostic vital. Dans la littérature, il semblerait qu'une thrombopénie inférieure à 50 000, un INR > 2 et une insuffisance rénale soient les trois facteurs qui possiblement étaient associés à un nombre de complications plus importants, mais avec un faible niveau de preuve. Les auteurs insistent sur le fait que la ponction d'ascite thérapeutique n'est pas un geste anodin, qu'elle nécessite une surveillance post-ponction. En cas de complication liée à la ponction d'ascite le premier examen à réaliser est un angioscanner qui pourra ensuite guider une éventuelle embolisation en cas de saignement artériel⁵.

Ces complications rappellent que les ponctions d'ascite ne sont pas sans risque, et qu'il faut toujours envisager une



TAKE HOME MESSAGES

- Un index FIB-4 paraît être un biomarqueur simple discriminant pour le dépistage des fibroses hépatiques avancées en milieu psychiatrique.
- Le dépistage du cancer du foie chez les patients porteurs chroniques de l'hépatite B reste imprécis malgré les recommandations des sociétés savantes notamment de l'AFEF.
- L'utilisation plus systématique du score PAGE B pourrait permettre d'homogénéiser ce dépistage
- Une étude de cohorte belge a confirmé la part très importante de l'intoxication alcoolique dans la survenue de cirrhose et de cancer du foie.
- Le TIPS bien que principalement disponible en CHU est facilement accessible pour le patient pris en charge en CHG.
- Les indications principales sont dans l'urgence l'hémorragie sur HTP en échec de traitement ou l'hémorragie récidivante et en dehors de l'urgence l'ascite réfractaire.
- Le patient de CHG bénéficie moins d'un TIPS préemptif que le patient de CHU en raison de problèmes logistiques ou du manque de conviction des équipes soignantes.

⁴ Isabelle Rosa, Armand Garioud, Christophe Bureau, Dominique Thabut et le groupe ANGH enquête TIPS. CHI Créteil. Où en est-on du recours au TIPS en France ? résultats d'une enquête nationale sur l'accessibilité et les indications des TIPS.

solution alternative pour la prise en charge de l'ascite réfractaire : la possibilité de transplantation ou de pose d'un TIPS doit être évoquée.

/// Ces complications rappellent que les ponctions d'ascite ne sont pas sans risque, et qu'il faut toujours envisager une solution alternative pour la prise en charge de l'ascite réfractaire : la possibilité

de transplantation ou de pose d'un TIPS doit être évoquée ///

 Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

⁵ Charlotte Vanveuren, Ambroise Laliou, Xavier Pauwels, *et al.* CH Valenciennes. Complications hémorragiques sévères après ponctions d'ascite thérapeutiques.

IBD at the 2021
ANGH meeting

Stéphane Nahon^{1,2}

¹ Professeur associé au collège de
médecine des Hôpitaux de Paris

² Groupe Hospitalier Intercommunal Le
Raincy-Montfermeil, 10 rue du Général
Leclerc, 93370 Montfermeil

@ Correspondance : S. Nahon
stephane.nahon@ght-gpne.fr

Les MICI à l'ANGH 2021

▼ Résumé

Une étude prospective a évalué la performance de l'échographie abdominale en comparaison à l'entéro-IRM avant d'initier une biothérapie. Chez 21 patients, il existait une très forte corrélation entre l'échographie et l'endoscopie et entre l'échographie et l'entéro-IRM concernant la localisation du segment le plus atteint. Un cas clinique issu d'une série de cas a décrit l'efficacité du tofacitinib chez une patiente ayant une colite aiguë sévère hospitalisée en échec de deux anti-TNF, d'un traitement par ciclosporine relayé par le vedolizumab. Ce traitement a la particularité d'avoir une action rapide et ainsi pourrait avoir une utilité chez les patients ayant une colite aiguë sévère. La survie sans colectomie à six mois de 55 patients était de 73,6 %. Un Projet médico-soignant partagé de la filière Hépato-Gastro-Entérologie du GHT d'Eure-et-Loir a été mis en place pour la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, articulé autour de la création d'un poste d'IDE de coordination MICI. L'intervention de l'IDE a été jugée utile ou très utile par 87 % des patients.

• **Mots clés** : MICI, échographie, colite aiguë sévère, infirmière de coordination pour les MICI

▼ Abstract

A prospective study evaluated the performance of abdominal ultrasound compared to entero-MRI before initiating biotherapy. In 21 patients, there was a very high correlation between ultrasound and endoscopy and between ultrasound and MRI enterography regarding the location of the most affected segment. A case report from a case series described the efficacy of tofacitinib in a patient with severe acute colitis hospitalised after failure of two anti-TNF agents, ciclosporin treatment and vedolizumab. This treatment has the particularity of being fast acting and thus could be useful in patients with severe acute colitis. The 6-month colectomy-free survival of 55 patients was 73.6%. A shared medical and nursing project for the Hepato-Gastro-Enterology branch of the Eure-et-Loir GHT has been set up for the management of chronic inflammatory bowel diseases, based on the creation of a position for a coordination nurse for IBD. The intervention of the nurse was considered useful or very useful by 87% of patients.

• **Key words**: IBD, ultrasound, severe acute colitis, nurse coordinator for IBD

Cette année en Avignon, trois communications du congrès de l'ANGH se sont intéressées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).

L'inflammation transmurale dans la maladie de Crohn : corrélation entre l'échographie intestinale et l'entéro-IRM

Catarina Frias Gomes et al. Portugal

La première communication a été présentée par nos amis portugais sur leur expérience dans l'échographie intestinale au cours de la maladie de Crohn iléale et en comparaison de l'entéro-IRM. Cette technique est de plus en plus prise en compte dans la sphère des MICIstes. En effet, il s'agit d'une

Pour citer cet article : Nahon S. Les MICI à l'ANGH 2021. Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 16-18. doi : 10.1684/hpg.2021.2282

technique performante, non invasive, appréciée de nos patients à la fois pour le diagnostic de maladie de Crohn mais aussi pour en suivre l'évolution. Depuis le début des années 2000, cette technique a montré ses performances au cours de la maladie de Crohn mais aussi de la rectocolite hémorragique [1].

Il s'agit d'une étude prospective dont le but était d'évaluer la performance de l'échographie abdominale en comparaison à l'entéro-IRM avant d'initier une biothérapie. Le segment le plus pathologique était utilisé pour établir la comparaison/corrélation entre l'échographie et l'IRM. Le segment était défini comme épaissi quand il était mesuré à plus de 3 mm.

Ce travail a inclus 21 patients. La majorité avait une atteinte iléale (n = 5) ou iléo-colique (n = 13). Le segment le plus pathologique était l'iléon terminal. L'épaississement médian mesuré par l'échographie était de 4,5 mm (4-6,16) et de 9 mm (6,5-10) par l'IRM. Il existait une très forte corrélation entre l'échographie et l'endoscopie (r = 0,93, p < 0,001) et entre l'échographie et l'entéro-IRM (r = 0,82, p < 0,001) concernant la localisation du segment le plus atteint. La corrélation était bonne entre l'échographie et l'entéro-IRM (r = 0,6, p = 0,008) dans la mesure de l'épaississement du segment le plus atteint. Une tendance était observée entre le taux de calprotectine fécale et l'épaississement de la paroi intestinale identifiée par l'échographie (r = 0,41, p = 0,06).

Ce travail confirme l'intérêt de l'échographie dans l'évaluation de l'activité de la maladie de Crohn. La France est en retard par rapport à d'autres pays européens, cependant, ce retard tend à se combler. Cette technique doit être généralisée auprès des hépatogastroentérologues et notamment de la nouvelle génération.

/// Ce travail confirme l'intérêt de l'échographie dans l'évaluation de l'activité de la maladie de Crohn ///

Colite aiguë sévère hospitalisée, quand il ne reste presque plus d'options avant la chirurgie

Alix Pelcé et al. Montfermeil

Un cas clinique issu d'une série de cas a montré l'efficacité du tofacitinib chez une patiente ayant une colite aiguë sévère hospitalisée en échec de deux anti-TNF, d'un traitement par ciclosporine relayé par le védolizumab. On rappelle que le tofacitinib est un inhibiteur des Janus kinases qui a obtenu son remboursement dans la rectocolite hémorragique (RCH) active modérée à sévère chez les patients adultes ayant présenté une réponse inadéquate, une perte de réponse ou une intolérance au traitement conventionnel et à un agent biologique. Ce traitement a la particularité d'avoir une action rapide et ainsi pourrait avoir une utilité chez les patients ayant une colite aiguë sévère.

Cinquante-cinq cas de colites aiguës sévères hospitalisées ont été décrits par M. Uzzan [2]. Cette cohorte rétro et prospective a étudié l'effet du tofacitinib chez des patients qui étaient en échec de 2,5 lignes de traitement en médiane (anti-TNF 98 %, védolizumab 69 %, ciclosporine 35 %, ustékinumab 10 %). Ils avaient un score de Lichtiger médian de 12 et un score Mayo endoscopique de 2 (32,7 %) et 3 (67,3 %).

La survie sans colectomie à six mois est estimée à 73,6 % IC95 % [61,9-87,3] (temps médian de suivi = 6,5 mois) ; soit 17 patients, (29,3 %) qui ont eu une colectomie.

À la S14, 31 patients étaient encore traités par tofacitinib, en ITT environ 40 % avaient une réponse et 35 % une rémission clinique. Parmi les effets secondaires d'intérêt à noter : deux zones, une infection pulmonaire à répétition, une colite à *Clostridium difficile*. En revanche, absence de thrombose veineuse, d'accident cardiovasculaire ou de cancer. Cette cohorte montre un intérêt du tofacitinib dans le traitement de la colite aiguë sévère hospitalisée en échec d'au moins une biothérapie.

Ce traitement n'a toutefois pas sa place quand il existe des signes cliniques ou endoscopiques ou radiologiques de colite grave.

/// Cette cohorte montre un intérêt du tofacitinib dans le traitement de la colite aiguë sévère hospitalisée en échec d'au moins une biothérapie ///

/// Ce traitement n'a toutefois pas sa place quand il existe des signes cliniques ou endoscopiques ou radiologiques de colite grave ///

Création d'un poste d'Infirmière de Coordination MICI au sein du GHT HOPE (Hôpitaux Publics Euréliens) : il ne faut pas désespérer !!!

Cuillerier E et al. Dreux

L'éducation thérapeutique des patients MICI est une aide précieuse pour un suivi plus efficace, une meilleure adhésion au traitement et une meilleure compréhension de la maladie comme l'a montré l'étude réalisée par le GETAID [3]. Cependant, la formation et la mise à disposition des référents en éducation thérapeutique sont loin d'être aisées. E. Cuillerier nous a décrit son expérience au sein du GHT HOPE (groupe hospitalier de territoire des Hôpitaux Publics Euréliens). À travers un appel à projets de la DGOS pour l'accompagnement à la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des GHT et à leur évaluation, le GHT a proposé un Projet médico-soignant partagé de la filière Hépatogastro-Entérologie du GHT d'Eure-et-Loir pour la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin,



TAKE HOME MESSAGES

- Une étude confirme l'intérêt de l'échographie dans l'évaluation de l'activité de la maladie de Crohn. Cette technique doit être généralisée auprès des hépato-gastroentérologues et notamment de la nouvelle génération.
- Le tofacitinib a la particularité d'avoir une action rapide et ainsi pourrait avoir une utilité chez les patients ayant une colite aiguë sévère.
- Le tofacitinib n'a toutefois pas sa place quand il existe des signes cliniques ou endoscopiques ou radiologiques de colite grave.
- Le projet de coordination MICI par création d'un poste d'IDE MICI a pour perspectives de développer un programme d'éducation thérapeutique, de proposer un recours pour les patients suivis par les collègues libéraux et les hôpitaux d'un GHT.

articulé autour de la création d'un poste d'IDE de coordination MICI. Ce projet bâti autour d'une infirmière a permis de septembre 2020 à avril 2021, un premier contact avec l'infirmière d'éducation thérapeutique pour 201 patients dont 68 % en présentiel, 116 patients (58 %) ont recontacté au moins une fois l'IDE MICI. L'intervention de l'IDE a été jugée utile ou très utile par 87 % des patients. Fort de ce succès, le projet de coordination MICI au sein du GHT HOPE va être poursuivi, avec le maintien du poste d'IDE MICI avec pour perspectives de développer un programme d'éducation thérapeutique, de proposer le recours à l'IDE MICI pour les patients suivis par les collègues libéraux et des autres hôpitaux du GHT, de développer un programme coordonné par l'IDE MICI

visant à améliorer la qualité de vie, via la relaxation, l'activité physique adaptée, les conseils diététiques, soutien psychologique, consultation anti-douleur. Le succès de ce projet devrait solliciter d'autres initiatives du même ordre à travers l'opportunité suscitée par les projets GHT. Cette expérience confirme à la fois l'utilité de programmes d'éducation thérapeutique dans la prise en charge de MICI. Cela doit renforcer le souhait de la profession pour créer des postes d'infirmières de pratiques avancées dont l'un des rôles sera axé sur l'ETP.

/// Cette expérience confirme à la fois l'utilité de programmes d'éducation thérapeutique dans la prise en charge de MICI. Cela doit renforcer le souhait de la profession pour créer des postes d'infirmières de pratiques avancées dont l'un des rôles sera axé sur l'ETP ///

Liens d'intérêts :

L'auteur déclare les liens d'intérêts suivants en rapport avec l'article : board et formations pour la laboratoire Pfizer.

Références

- 1 • Parente F, Maconi G, Bollani S, *et al.* Bowel ultrasound in assessment of Crohn's disease and detection of related small bowel strictures: a prospective comparative study *versus* x ray and intraoperative findings. *Gut* 2002 ; 50(4) : 490-5.
- 2 • Uzzan M, Bresteau C, Laharie D, *et al.* Tofacitinib as salvage therapy for 55 patients hospitalised with refractory severe ulcerative colitis: a GETAID cohort. *Aliment Pharmacol Ther* 2021 ; 54(3) : 312-9.
- 3 • Moreau J, Hammoudi N, Marthey L, *et al.* Impact of an education programme on IBD patients' skills: results of a randomised controlled multicentre study [ECIPE]. *J Crohns Colitis* 2021 ; 15(3) : 432-40.

La cancérologie digestive au congrès de l'ANGH

The digestive oncology at the ANGH congress

Christophe Locher

Grand Hôpital de l'Est Francilien,
Service d'hépatogastroentérologie et
oncologie digestive, 6-8 rue Saint-
Fiacre, 77100 Meaux

@ Correspondance : C. Locher
clocher@ghef.fr

▼ Résumé

Une étude multicentrique a comparé le nombre de cas de cancers colorectaux nouvellement diagnostiqués et leur stade au diagnostic pendant l'année 2020 de la pandémie en comparaison de l'année 2019 considérée comme témoin. Une autre étude monocentrique a déterminé si l'incidence, l'épidémiologie et la présentation du carcinome hépatocellulaire avait changé durant ces dernières 25 années.

• **Mots clés :** pandémie covid, retard diagnostique, cancer colorectal, incidence, épidémiologie, carcinome hépato-cellulaire

▼ Abstract

A multicentre study compared the number of newly diagnosed colorectal cancer cases and their stage at diagnosis in the pandemic year 2020 with the control year 2019. Another single-centre study determined whether the incidence, epidemiology and presentation of hepatocellular carcinoma had changed over the past 25 years.

• **Key words:** pandemic covid, diagnostic delay, colorectal cancer, incidence, epidemiology, hepatocellular carcinoma

Étude de l'impact de la pandémie Covid-19 sur le diagnostic et la prise en charge des cancers colorectaux dans les hôpitaux généraux français en 2020. Résultats préliminaires de l'étude ETICC de l'ANGH.

Besnard M et al. CH Montfermeil

Lors de la pandémie Covid-19, les procédures endoscopiques ont été largement différées par suite des recommandations de plusieurs sociétés savantes. À ce jour, nous ignorons l'impact réel de cette attitude pragmatique sur le parcours de soins des patients atteints de cancer colorectal. Le but de l'étude multicentrique ETICC était de comparer le nombre de cas de cancers colorectaux nouvellement diagnostiqués et leur stade au diagnostic pendant l'année de pandémie soit

du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021 versus l'année 2019 considérée comme témoin. Les données ont été recueillies de façon rétrospective par un eCRF comprenant les caractéristiques du patient, de la tumeur (stade, survenue de complications) et les délais de prise en charge.

En septembre 2021, 13 centres actifs avaient inclus 613 patients. Parmi les 447 patients analysés sur 5 centres, il n'y avait pas de différence significative entre les deux périodes en ce qui concerne l'âge au diagnostic, le sex-ratio, la clinique, le mode d'entrée via les urgences et les complications au diagnostic.

Il n'y avait pas de différence en termes de stade TNM : 21 % de stade 3 et 31 % de stade 4 pendant la période Covid versus 23 % de stade 3

Pour citer cet article : Locher C. La cancérologie digestive au congrès de l'ANGH. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 19-20. doi : 10.1684/hpg.2021.2290

et 25 % de stade 4 dans le groupe témoin.

Les délais de prise en charge (premiers symptômes - première consultation spécialisée - diagnostic endoscopique - histologique - chirurgie - chimiothérapie) n'étaient pas différents entre les deux périodes.

Ces résultats préliminaires ne montrent pas d'impact de la pandémie sur le nombre ni la gravité des cancers colorectaux diagnostiqués ni d'augmentation significative des délais de prise en charge. Cela nécessite un plus grand nombre de patients inclus pour confirmer ces données préliminaires

/// Ces résultats préliminaires ne montrent pas d'impact de la pandémie sur le nombre ni la gravité des cancers colorectaux diagnostiqués ni d'augmentation significative des délais de prise en charge ///

Que sont devenus nos carcinomes hépatocellulaires durant ces 25 dernières années ?... N'oublions pas le rôle de l'origine ethnique

Kaze et al. CH Jolimont, Belgique

L'épidémiologie des cirrhoses a changé au cours des deux dernières décennies en Belgique [1]. Le but de cette étude monocentrique était de déterminer si l'incidence, l'épidémiologie et la présentation du carcinome hépatocellulaire (CHC) avaient changé durant ces dernières 25 années.

À partir du registre des cirrhoses (diagnostic histologique ou clinico-bio-radiologique), les patients ont été inclus prospectivement de 1995 à 2016 puis repartis en deux cohortes en fonction de la période d'inclusion : cohorte 1 de 1995 à 2005 (censurée en 2009) et cohorte 2 de 2006 à 2016 (censurée en 2020) soit 11 ans d'inclusion et 4 à 15 ans de suivi pour les deux cohortes.

Les données recueillies ont été : date d'inclusion, date de diagnostic de la cirrhose, l'étiologie, l'origine ethnique, l'entourage, le sexe, le score de Child-Pugh, l'antécédent d'ascite, l'échographie, l'alpha foeto-protéine et le suivi semestriel.

Le rôle de l'origine ethnique des patients a été pris en compte pour des raisons historiques car 30 % de la population de la région est d'origine italienne avec une forte prévalence de l'infection à VHC. Parmi les 1 090 inclus dans le registre, 20 ont été perdus de vue, 504 inclus dans la cohorte 1 et 566 dans la cohorte 2. Parmi les 504 patients cirrhotiques de la cohorte 1 (1995-2005), 89 ont développé un CHC (18 %) (groupe 1) alors que parmi les 566 patients cirrhotiques de la cohorte 2 (2006-2016), 73 patients ont développé un CHC (13 %) (groupe 2). Concernant l'épidémiologie du CHC, le sexe, l'âge au moment du diagnostic du CHC, le score de Child-Pugh, il n'y avait pas de différence parmi les deux groupes de CHC.

L'étiologie de la cirrhose sous-jacente était statistiquement différente entre les deux groupes : groupe 1 : alcool (27 %), VHC (53 %), NASH (10 %), autre (10 %) et groupe 2 : alcool (60 %), VHC (18 %), NASH (11 %), autre (11 %). L'origine ethnique différait dans les deux groupes de CHC avec 41 % de patients italiens dans le groupe 1 et 17 % dans le groupe 2. Le diagnostic dans le cadre du programme de surveillance était similaire entre les deux groupes, de même que l'observance à ce programme en fonction de l'étiologie de la cirrhose.

En conclusion, l'épidémiologie du CHC et sa présentation n'ont pas changé au cours des 25 dernières années en Belgique en raison d'une politique de surveillance dès le début des années 90. La proportion de CHC liée à l'hépatite C a nettement diminué en rapport avec l'extinction de l'épidémie mais aussi par des particularités ethniques propres à cette région. La compliance au programme de surveillance est similaire entre les malades alcooliques et les malades porteurs de VHC.

/// L'épidémiologie du CHC et sa présentation n'ont pas changé au cours des 25 dernières années en Belgique en raison d'une politique de surveillance dès le début des années 90 ///

/// La compliance au programme de surveillance est similaire entre les malades alcooliques et les malades porteurs de VHC ///



TAKE HOME MESSAGES

- Il n'a été observé aucun impact de la pandémie sur le nombre ni la gravité des cancers colorectaux diagnostiqués ni d'augmentation significative des délais de prise en charge.
- L'épidémiologie du CHC et sa présentation n'ont pas changé au cours des 25 dernières années en Belgique en raison d'une politique de surveillance dès le début des années 90.



Remerciements :

CL remercie les auteurs des différentes études pour lui avoir transmis leurs présentations.



Liens d'intérêts :

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Référence

- Kaze E, Descamps OS, Henrion J. The changing pattern of cirrhosis in Belgium: a study based on two cohorts prospectively collected 15 years apart. *Acta Gastroenterol Belg* 2020 ; 83 : 559-63.

*The endoscopy at the
ANGH Congress*

Vincent Quentin

Hôpital Y Le Foll, Service d'hépatogastro-entérologie, 10 rue Marcel Proust, 22027 Saint-Brieuc

Correspondance : V. Quentin
vincent.quentin@armorsante.bzh

L'endoscopie à l'ANGH

▼ Résumé

Lors de ce 29^e congrès en Avignon, cinq communications orales concernant l'endoscopie ont été présentées tant dans les champs diagnostiques que thérapeutiques ou de l'hygiène. Dans 80 à 90 % des cas, les hémorragies réfractaires liées à l'hypertension portale peuvent nécessiter la pose d'une prothèse métallique œsophagienne dont le bilan a fait l'objet d'une étude. La résection en immersion, aussi appelée « *Underwater Endoscopic mucosal Resection* » (uEMR) est apparue comme une alternative possible analysée par des centres de l'ANGH. Le recours à des procédures alternatives à l'anesthésie comme la sédation par gaz MEOPA associée à la pratique de la coloscopie en immersion a fait l'objet d'un retour d'expérience. Un état des lieux de l'organisation des astreintes d'endoscopie digestive a été réalisé dans les CHG. Une étude monocentrique a évalué le retentissement de l'application des nouvelles recommandations de prélèvements systématiques des endoscopes sur le taux de positivité, de séquestration et le type de germes.

• **Mots clés :** rupture de varice œsophagienne, résection des polypes en immersion, coloscopie, protoxyde d'azote, endoscopies en urgence, contamination bactérienne des endoscopes

▼ Abstract

At the 29th Congress in Avignon, five oral communications concerning endoscopy were presented in the fields of diagnosis, therapy and hygiene. In 80 to 90% of cases, refractory bleeding related to PH may require the placement of a metallic oesophageal prosthesis, the assessment of which has been studied. Underwater Endoscopic Mucosal Resection (uEMR) has emerged as a possible alternative and has been investigated by ANGH centres. The use of alternative procedures to anaesthesia such as sedation with MEOPA gas associated with the practice of colonoscopy in immersion was the subject of feedback. An inventory of the organisation of on-call digestive endoscopy was carried out in the general hospitals. A monocentric study evaluated the impact of the application of the new recommendations for systematic endoscope sampling on the rate of positivity, sequestration, and type of germs.

• **Key words:** oesophageal variceal rupture, immersion polyp resection, colonoscopy, nitrous oxide, emergency endoscopies, bacterial contamination of endoscopes

Lors de ce 29^e congrès en Avignon, cinq communications orales concernant l'endoscopie ont été présentées tant dans les champs diagnostiques que thérapeutiques ou de l'hygiène.

Endoprothèse autoexpansive dans le cadre d'une hémorragie massive par rupture de varices œsophagiennes : à propos de 20 patients

A. Raoto et al. CH Avignon

Adieu Blakemore, place à l'endoprothèse autoexpansive !

Dans 80 à 90 % des cas, les hémorragies liées à l'HTP sont contrôlées par l'association d'un traitement

Pour citer cet article : Quentin V. L'endoscopie à l'ANGH. . Hépatogastro et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 21-25. doi : 10.1684/hpg.2021.2289

médicamenteux et endoscopique. Dans les autres cas, l'hémorragie est réfractaire et peut nécessiter la pose d'une sonde de tamponnement, source de nombreuses complications et dont la commercialisation va s'achever. Dans ce contexte, une autre approche thérapeutique a été développée, celle des prothèses métalliques œsophagiennes dont la première utilisation a été publiée en 2006 [1]. Un essai randomisé multicentrique publié en 2016 a montré sa supériorité par rapport aux sondes de tamponnement en termes de taux de succès, de taux de récurrence et d'évènement indésirable [2]. Vingt patients ont bénéficié de la pose d'une prothèse œsophagienne métallique (Ella-Stent DANIS- 2, LEFEUN) en 11 ans dont 12 dans les cinq dernières années. Tous les patients étaient masculins, d'âge moyen de 60,4 ans [47-85], de score de Child B dans 55 % des cas et Child C dans 45 %. Il s'agissait du premier épisode d'hémorragie par rupture de varice œsophagienne dans 40 % des cas. Le diagnostic était une RVO dans 80 % des cas, une chute d'escarre dans 20 %. L'indication de la pose de prothèse était une hémorragie d'emblée cataclysmique dans 65 % des cas, un échec de LVO dans 30 %, un échec de pose de sonde de Blakemore 5 %. La pose de la prothèse n'était réalisée que par des praticiens seniors avec un(e) IDE d'endoscopie, en période d'astreinte dans 60 % des cas. L'intervention était réalisée au bloc d'endoscopie dans 75 % des cas, en réanimation dans 25 %. Le contrôle radioscopique de la procédure n'était fait que dans 33 % des cas. La durée moyenne de procédure était de 18 minutes [12-30] avec un taux de réussite de 95 %. Le retrait de la prothèse était réalisé dans un délai moyen de 7,8 jours (7-11) par une simple pince à corps étranger (le dispositif dédié n'était jamais utilisé). Les données de suivi étaient les suivantes : réalisation d'un early TIPS dans 20 % des cas dans un délai de 2 à 20 jours. Une unique récurrence hémorragique immédiate est survenue traitée par remise en place d'emblée d'une nouvelle prothèse. Aucune récurrence hémorragique tardive n'a été observée. En termes de complication, on note la survenue d'une perforation œsophagienne de traitement endoscopique par la pose d'une endoprothèse dédiée. Six décès sont survenus, dont cinq en réanimation par défaillance multiviscérale. Il était conclu que la prothèse DANIS avait toute sa place dans le traitement d'urgence d'une hémorragie digestive par rupture de VO non contrôlée par les traitements conventionnels et qu'elle restait un traitement temporaire en attendant un TIPS de sauvetage.

/// La prothèse DANIS a toute sa place dans le traitement d'urgence d'une hémorragie digestive par rupture de VO non contrôlée par les traitements conventionnels en attendant un TIPS de sauvetage ///

Les polypes en mode sous-marin

Immersion et coloscopie, acte II

S. Bellon et al. CH Avignon

La dissection sous-muqueuse est une technique couteuse, longue et avec une très lente courbe d'apprentissage. La résection en immersion, aussi appelée « *Underwater Endoscopic mucosal Resection* » (uEMR) est apparue comme une alternative possible. L'uEMR a été mise au point en 2012 par K. Binmoeller, cette technique nécessite l'instillation d'une grande quantité de liquide dans la lumière colique, cela déplisse la musculature et fait flotter la muqueuse et la sous-muqueuse [3]. Dans cette étude avignonnaise, 12 polypes ont été réséqués par la technique d'uEMR dont 7 de plus de 20 mm, le diamètre moyen était de 28 mm (21-37). Le cœur de l'étude porte sur ces 7 polypes de grande taille : leur localisation était colique gauche dans 4 cas, droite dans 3 cas. Il s'agissait de polypes *de novo* dans 6 cas, d'une récurrence dans 1 cas. La durée moyenne des procédures était de 32 minutes (5-60) et aucune complication n'était constatée. Les marges en profondeur étaient R0 dans tous les cas, en revanche la résection n'était monobloc que dans 2 cas sur 7, en 2 morceaux 4 fois et en 3 morceaux 1 fois. L'analyse histologique montrait dans 3 cas une dysplasie de bas grade et dans 2 cas de haut grade. Il était diagnostiqué un carcinome in situ et un carcinome SM2. La donnée sur le taux de récurrence locale n'était pas encore analysable au moment de la présentation. Il était conclu que, dans cette étude, la courbe d'apprentissage de cette technique était très rapide, avec des risques faibles (notamment en termes de perforation), qu'elle semblait utile pour les polypes déjà travaillés et ceux qui ont une bonne flottabilité. Il était en revanche relevé un taux de résection monobloc moins élevé que dans la littérature. L'uEMR est une technique qui, dans cette étude, semble avoir trop de limites pour pouvoir remplacer la dissection sous muqueuse mais paraît en revanche capable de supplanter la mucosectomie dans certaines situations. Il s'agit donc d'une technique complémentaire des autres qu'il paraît utile de connaître du fait de sa simplicité et de sa sécurité.

/// L'uEMR est une technique qui, dans cette étude, semble avoir trop de limites pour pouvoir remplacer la dissection sous muqueuse mais paraît en revanche capable de supplanter la mucosectomie dans certaines situations ///

Eau et gaz : la solution ?

Coloscopie sous MEOPA en immersion : une alternative à l'anesthésie générale ? Étude observationnelle du CHIPS

C. Beunon *et al.* CH Poissy Saint-Germain

On sait que la récente pandémie Covid-19 a largement réduit l'accès aux salles d'endoscopie sous anesthésie générale [4]. Le recours à des procédures alternatives a donc été envisagé notamment la sédation par gaz MEOPA, il est rapporté ici l'expérience de l'association à la pratique de la coloscopie en immersion. Il s'agit une étude observationnelle prospective unicentrique basée notamment sur un questionnaire du patient et de l'opérateur (données de satisfaction, données d'efficacité). Cinquante-cinq patients ont été inclus en hospitalisation ou en consultation et les opérateurs étaient d'un niveau d'expérience différente. La population était constituée de deux tiers d'hommes, d'âge médian de 70 ans. L'indication de l'examen était en majorité une hémorragie digestive (25 %), puis, en proportion égale, une anomalie suspecte en imagerie, des antécédents personnels ou familiaux, une anémie par carence martiale et un test de dépistage immunologique positif. La coloscopie était complète dans 91 % des cas avec un temps de montée moyen de 15 minutes et un score de Boston moyen de 7,8. Il était réalisé 24 polypectomies et 3 mucosectomies soit un taux de détection d'adénomes de 44 %, 6 traitements par coagulation argon étaient pratiqués et 5 poses de clips. L'interrogatoire des patients révélait que 71 % étaient prêts à refaire l'examen dans ces conditions, que l'EVA moyenne était de 4,5/10, la tolérance était jugée bonne dans 63 % des cas et mauvaise dans 16 %. Sous réserve des limites de cette étude (absence de groupe contrôle, taille de l'échantillon, hétéro-questionnaire), il était montré que par cette technique associant MEOPA et montée en immersion, les critères de qualité de la coloscopie tels que définis par la SFED étaient atteints. Il pourrait donc s'agir d'un moyen d'adaptation au manque d'accès au bloc opératoire et une alternative acceptable à l'anesthésie générale permettant le maintien de l'offre de soins. Il reste probablement à définir les meilleures indications ou populations à orienter vers cette technique.

Il était montré que par cette technique associant MEOPA et montée en immersion, les critères de qualité de la coloscopie tels que définis par la SFED étaient atteints

Ça s'est passé comment ton astreinte ?

Astreinte en endoscopie digestive, état des lieux dans les CHG : résultats d'une étude observationnelle nationale

Dr Petiet *et al.* CH Meaux

Cet observatoire a été mené à l'aide d'un questionnaire en ligne adressé aux services de gastro-entérologie des centres ANGH en mars 2021. Les objectifs étaient d'établir un état des lieux de l'organisation des astreintes d'endoscopie digestive dans les CHG. Les questions portaient sur l'existence ou non d'une astreinte, sa valorisation, ses modalités et sur l'organisation territoriale des urgences endoscopiques en l'absence d'astreinte. Il était réalisé une comparaison des modalités de l'astreinte en fonction du volume d'examen annuels réalisés (< 50 ; 50 à 100 ; 150 à 200 et > 200) et de la zone géographique (IDF ; Province). Quarante-cent centres ont répondu : 23 en IDF, 52 en régions, 2 en outre-mer, 2 belges, 1 portugais. Une astreinte existait dans 84 % des centres et était absente dans 16 %. La stratification en fonction du volume d'activité en astreinte montrait que 17 % des centres ayant répondu avaient un volume < 50 endoscopies/an, 36 % de 50 à 100/an, 17 % 100 à 150, 17 % 150 à 200 et 12 % > 200. Au-delà d'un volume de 100 endoscopies, l'astreinte était organisée 24 heures/24 et 7 jours/7 dans 100 % des cas, en deçà elle pouvait être 24 heures/24 ou uniquement le week-end. Statutairement, sur le plan national, il s'agissait d'une astreinte opérationnelle dans 69 % des cas, de sécurité dans 18 %, forfaitisée 9 %, autre 4 %. En IDF (23 centres), seulement 62 % des CHG avaient une astreinte, valorisée en astreinte opérationnelle dans 54 % des cas, forfaitisée (1/2 garde) dans 38 %, de sécurité dans 8 %. Concernant le personnel paramédical, il s'agissait majoritairement d'une infirmière d'endoscopie dans les centres > 100 endoscopies/an (75 à 88 % des cas), pour les centres de plus faible activité il pouvait s'agir d'infirmière de bloc ou non spécialisée dans 42 à 45 % des cas. Il était noté que dans 8 % des cas l'endoscopiste était seul. La disponibilité de l'infirmière d'astreinte d'endoscopie était également plus importante dans les centres à forte activité (> 100) avec une astreinte 24 heures/24 dans plus de 75 % des cas. Il était conclu que l'organisation des astreintes dans les CHG était loin d'être optimale avec une potentielle perte de chance pour le malade puisque seulement 86 % des centres avaient des infirmières d'endoscopie spécialisée et seulement 47 % des centres avaient des infirmières d'endoscopies 24 heures/24, 7 jours/7. Il était aussi évoqué une qualité non optimale de prise en charge des

endoscopes puisque dans 8 % des centres avec astreinte les endoscopistes étaient seuls et géraient les endoscopes en post-endoscopie. Par ailleurs, la valorisation des astreintes paraissait hétérogène tant sur le plan national que francilien et cela pourrait être un frein au recrutement de jeunes praticiens.

/// Seulement 86 % des centres avaient des infirmières d'endoscopie spécialisée et seulement 47 % des centres avaient des infirmières d'endoscopies 24h24, 7 jours/7 ///

Silence, ça pousse... sur les endoscopes

Écologie bactérienne de nos endoscopes interventionnels

V. Quentin. CH Saint-Brieuc

Au début des années 2010, plusieurs publications internationales ont fait état d'épidémies bactériennes en lien avec une contamination per endoscopique, il s'agissait de l'usage de duodénoscopes [5]. Cela a poussé la DGOS et les sociétés savantes dont la SFED à éditer de nouvelles recommandations concernant l'hygiène en endoscopie et les différentes étapes du lavage [6]. Le but de cette étude monocentrique était d'évaluer le retentissement de l'application des nouvelles recommandations de prélèvements systématiques des endoscopes sur le taux de positivité, de séquestration et le type de germes. Il s'agissait d'une étude rétrospective de la base de données prospective du Service d'hygiène hospitalière du CH St-Brieuc concernant les prélèvements systématiques des duodénoscopes et écho-endoscopes linéaires. Deux périodes d'études ont été définies avec comme date charnière la date d'application des directives de la DGOS sur les prélèvements des érecteurs, de ce fait la période 1 (pré-recommandation) s'étendait du 1^{er} août 2017 au 31 juillet 2019 et la période 2 du 1^{er} août 2019 au 31 août 2021. Trois duodénoscopes et deux écho-endoscopes linéaires étaient prélevés au rythme réglementaire d'un prélèvement par trimestre. Durant la période 1, 20 prélèvements étaient effectués, 35 pendant la période 2. Pendant la période 1, 5 prélèvements sur 20 (25 %) étaient non conformes, aucun micro-organisme indicateur n'était détecté. Durant la période 2, 10 prélèvements sur 35 (28,5 %) étaient non conformes, 5 identifiaient des micro-organismes indicateurs. Concernant les 5 prélèvements non conformes de la période 1, on notait dans 1 cas (duodéno-scopie) une non-conformité de type « niveau d'alerte » n'entraînant donc pas de séquestre. Dans les 4

autres cas (2 duodénoscopes et 2 écho-endoscopes) une non-conformité de type « niveau d'action » sans micro-organisme indicateur imposait une séquestre des endoscopes. Concernant les 10 prélèvements non conformes de la période 2, on notait que les non-conformités étaient toutes de type « niveau d'action ». Les micro-organismes indicateurs étaient : *Pseudomonas aeruginosa* (2 cas), *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae* et *Stenotrophomonas sp.* Une séquestre des endoscopes était donc été effectué dans tous les cas. Il était noté que 6 non-conformités concernaient des duodénoscopes : 3 prélèvements positifs sur l'érecteur seul, un sur l'érecteur et les canaux, dans 2 cas l'origine du prélèvement était mal identifiée. Il s'agissait de contrôle de routine dans 3 cas et au retour de réparation dans 3 autres cas. La durée de séquestre s'étendait de 5 jours à 4 semaines. Les 4 autres non-conformités concernaient des écho-endoscopes. Il était noté qu'aucun prélèvement n'avait été pratiqué sur leurs érecteurs, l'information s'étant limité à tort aux duodénoscopes, l'étude a permis de redresser cette mauvaise pratique. Il s'agissait de contrôle de routine dans 3 cas et d'un retour de réparation. La durée de séquestre s'étendait de 4 jours à 7 semaines. Cette étude confirmait que l'application des procédures de la DGOS permettait de trouver plus de micro-organismes indicateurs, notamment sur l'érecteur et lors de retour de



TAKE HOME MESSAGES

- La prothèse DANIS a toute sa place dans le traitement d'urgence d'une hémorragie digestive par rupture de VO non contrôlée par les traitements conventionnels.
- L'uEMR est une technique qui semble avoir trop de limites pour pouvoir remplacer la dissection sous muqueuse mais paraît en revanche capable de supplanter la mucosectomie dans certaines situations.
- La technique associant MEOPA et montée en immersion, est une alternative acceptable à l'anesthésie générale permettant le maintien de l'offre de soins et les critères de qualité de la coloscopie tels que définis par la SFED.
- La présence des aides endoscopistes durant les astreintes opérationnelles médicales dans les CHG doit être optimisée.
- L'application des procédures de la DGOS permet de trouver plus de micro-organismes indicateurs, notamment sur l'érecteur et lors de retour de réparation.

réparation. Il était évoqué le fait qu'il pouvait être utile de s'appuyer sur ces directives pour étoffer le temps paramédical (principal facteur impactant la durée des séquestres d'appareil) et/ou le parc d'endoscopes.

/// Cette étude confirmait que l'application des procédures de la DGOS permettait de trouver plus de micro-organismes indicateurs, notamment sur l'érecteur et lors de retour de réparation ///

 **Liens d'intérêts :**

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

- 1 • Hubmann R, Bodlaj G, Czompo M, *et al.* The use of self-expanding metal stents to treat acute esophageal variceal bleeding. *Endoscopy* 2006 ; 38(9) : 896-901.
- 2 • Escorsell A, Pavel O, Cárdenas A, *et al.* Esophageal balloon tamponade versus esophageal stent in controlling acute refractory variceal bleeding: a multicenter randomized, controlled trial. *Hepatol Baltim Md* 2016 ; 63(6) : 1957-67.
- 3 • Binmoeller KF, Weilert F, Shah J, Bhat Y, Kane S. "Underwater" EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps (with video). *Gastrointest Endosc* 2012 ; 75(5) : 1086-91.
- 4 • Belle A, Barret M, Bernardini D, *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on gastrointestinal endoscopy activity in France. *Endoscopy* 2020 ; 52(12) : 1111-5.
- 5 • Aumeran C, Poincloux L, Souweine B, *et al.* Multidrug-resistant *Klebsiella pneumoniae* outbreak after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy* 2010 ; 42(11) : 895-9.
- 6 • Deregnacourt T, Koch S. Risques infectieux émergents en endoscopie : les duodénoscopes sont-ils devenus dangereux ? *Hepato Gastro Oncol Digest* 2020 ; 27(10) : 999-1003.

Cas cliniques présentés au congrès 2021 de l'ANGH

Clinical cases presented at the 2021 ANGH Congress

Serge Bellon

Centre hospitalier d'Avignon, Service
d'hépatogastro-entérologie, 305 Rue
Raoul Follereau, 84902 Avignon cedex 9



Correspondance : S. Bellon
sbellon@ch-avignon.fr

Cas clinique 1 : Pancréatite aiguë et manifestations extra-digestives : qui est le coupable ?

Abel Galland, Service HE, Hôpital
Delafontaine/Saint-Denis

Un homme de 41 ans ne consommant ni tabac ni alcool, est admis pour épigastralgies depuis un mois. L'examen clinique retrouve un abdomen sensible, une parotidite bilatérale, une uvéite, des troubles de l'élocution, une hypoacousie et une paralysie faciale périphérique. La lipase est à quatre fois la normale. Le scanner montre un discret aspect œdémateux diffus du pancréas, confirmant la pancréatite. La vésicule est alithiasique. Les dosages du calcium, des triglycérides, IgG4, de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et du quantiféron sont normaux.

Quel diagnostic évoquer ?

La biopsie des glandes salivaires va trouver des granulomes et, associée à ce syndrome de Heerfordt (uvéite + parotidite + paralysie faciale), permettre de porter le diagnostic de sarcoïdose. Cette pathologie d'origine encore inconnue, a une prévalence de 30/100 000 et survient souvent entre 25 et 45 ans. Les atteintes les plus fréquentes sont le poumon (90 %), les ganglions (75 %), la peau (25 %) et le foie (15 %). L'atteinte pancréatique est rare [1]. Elle pourrait être expliquée par un infiltrat diffus ou par des dépôts calciques dans les canaux. Elle peut se présenter sous forme de pancréatite aiguë « classique », plus rarement de syndrome de masse ou de pancréatite chronique. L'intensité de ces pancréatites est généralement

modérée et il est rare qu'elles soient à l'origine d'une corticothérapie. . .

La sarcoïdose doit être évoquée devant toute pancréatite aiguë associée à des manifestations extra-digestives, une fois que la cause auto-immune aura été éliminée.

/// La sarcoïdose doit être évoquée devant toute pancréatite aiguë associée à des manifestations extra-digestives ///

Cas clinique 2 : Du nouveau dans la prise en charge de la rectocolite hémorragique en poussée sévère

Alix Pelcé, Service HGE Centre
hospitalier Montfermeil

Une patiente de 43 ans aux antécédents d'hypothyroïdie est par ailleurs atteinte d'une rectocolite hémorragique (RCH) depuis 2015. Il s'agit d'une forme étendue jusqu'à l'angle droit. Le traitement a débuté par des dérivés du 5-ASA puis, à partir de 2018, par de l'adalimumab avec une bonne efficacité mais une tolérance médiocre.

En juin 2020, elle présente une poussée de sa maladie et on débute une corticothérapie associée à une combothérapie azathioprine/Infliximab (optimisée dès S6 devant une absence de réponse).

En septembre 2020 la patiente est hospitalisée devant l'aggravation clinique et biologique : score de Lichtiger à 16, Truelove en faveur d'une poussée sévère. La protéine C réactive est de 22 mg/L. Le scanner montre une poussée jusqu'au transverse sans complication. La rectosigmoidoscopie montre des lésions

Pour citer cet article : Bellon S. Cas cliniques présentés au congrès 2021 de l'ANGH. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 26-29. doi : 10.1684/hpg.2021.2297

sévères UCEIS-5. Un traitement par méthyl prednisolone est commencé à 0,8 mg/kg. À J3, l'évolution n'est pas favorable et la patiente est mise sous ciclosporine intraveineuse. À J7, on note une réponse partielle qui permet de relayer le traitement par la Ciclosporine orale puis par du védoluzimab.

En novembre 2020, la patiente est en échec de traitement avec un score de Lichtiger à 10. Après discussion en RCP, il est débuté un traitement par tofacitinib plutôt que par chirurgie.

En décembre 2020, elle présente une amélioration clinique (diminution de la fréquence des selles et disparition des rectorragies) et biologique (protéine C réactive à 5 mg/L).

En mars 2021, la patiente est asymptomatique et l'endoscopie est redevenue normale.

Les poussées sévères ou graves de RCH, malgré la codification désormais très précise de la conduite à tenir, restent une situation difficile pour le praticien avec un taux de recours à la chirurgie en urgence élevé.

Le tofacitinib dans la colite aiguë sévère est une alternative récente qu'il faut connaître. Un travail sur 55 patients de 14 centres du GETAID, entre 2017 et 2021 a permis d'éviter le recours à la chirurgie dans 73 % des cas, avec un recul de six mois. Il faut cependant remarquer que dans le cas clinique il s'agissait d'une colite aiguë « sévère » et non « grave ». Et que plus la forme est grave, plus le retard de la prise en charge chirurgicale sera dommageable en cas d'échappement au traitement médical. Le duo médecin/chirurgien reste la pierre angulaire de la phase aiguë...

/// Le tofacitinib dans la colite aiguë sévère est une alternative récente qu'il faut connaître ///

Cas clinique 3 : Un rectum qui rend nerveux

Manon Haas. Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

Un homme de 58 ans, aux antécédents de cardiopathie ischémique et de cancer colique chez le père, est référé pour une coloscopie de dépistage, cinq ans après la précédente. Celle-ci permet la résection de deux polypes du colon droit et un du colon gauche qui se révéleront être des adénomes festonnés en dysplasie de bas grade. Par ailleurs l'examen visualise une lésion sous muqueuse de 15 mm, à 10 cm de la marge anale (*figure 1*). Les biopsies sont négatives. L'écho-endoscopie retrouve une lésion de 15 mm, hypoéchogène homogène développée dans les deux couches superficielles à distance de la musculuse.

Que proposez-vous ?

La lésion est réséquée par mucosectomie et s'avère être un schwannome. Il s'agit d'une tumeur développée à partir des cellules de Schwann qui produisent la

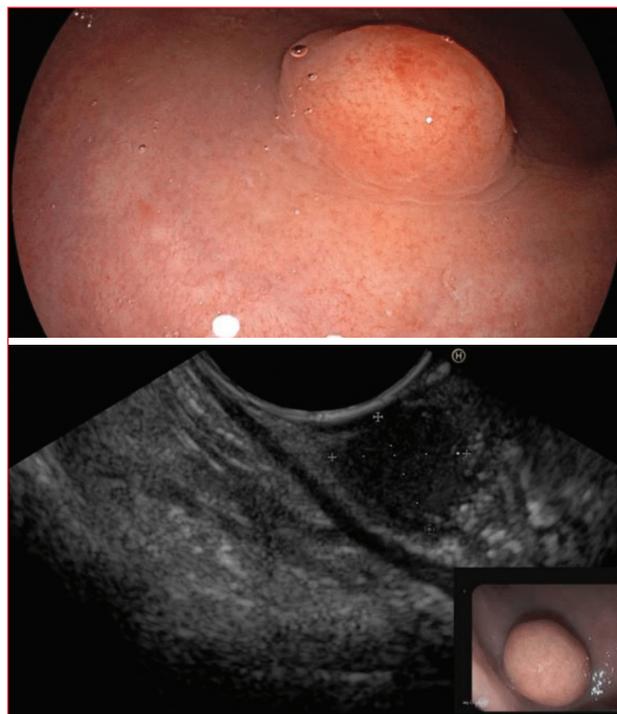


Figure 1 • Une lésion d'allure sous-muqueuse.

myéline [2]. On peut les retrouver n'importe où, mais le plus souvent sous forme de lésions sous cutanées des extrémités, de la tête (dont le neurinome de l'acoustique), et du cou. Les formes digestives sont rares et concernent d'abord l'estomac puis le grêle puis le côlon. Elles sont asymptomatiques et ne dégèrent « jamais ».

La découverte d'une lésion sous muqueuse correspond à de multiples diagnostics (GIST, tumeur neuro-endocrine...). Les biopsies simples ne sont pas recommandées car souvent négatives et parfois même délétères. En cas de tumeur neuroendocrine par exemple, les biopsies peuvent entraîner une exérèse partielle qui empêchera d'établir le grade sur la pièce définitive. Il faut donc après évaluation écho-endoscopique réaliser une résection directement, soit endoscopique (mucosectomie au capuchon ou dissection) soit chirurgicale notamment quand la lésion dépasse 20 mm.

/// La découverte d'une lésion sous muqueuse correspond à de multiples diagnostics et les biopsies simples ne sont pas recommandées car souvent négatives ///

Cas clinique 4 : Certaines rectites avancent masquées

Amine Alam. Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

Un homme de 65 ans vient en consultation en février 2020 pour un syndrome rectal depuis six mois. La coloscopie montre des lésions soit érosives soit ulcérées de tout le rectum ainsi qu'un aspect œdémateux jusqu'au transverse. Les prélèvements sont non spécifiques aussi bien en histologie qu'en microbiologie. L'IRM pelvienne montre un épaississement de la paroi rectale et une collection intersphinctérienne. Un traitement par adalimumab est débuté, mais n'apporte pas de réponse, et ce malgré une optimisation au troisième mois. En août, une corticothérapie orale est tentée mais sans plus d'effet. Sur l'IRM est notée une intensification de la rectite et apparition d'adénopathies considérées comme réactionnelles. L'endoscopie retrouve une rectite ulcérée et un pli hypertrophique de la charnière.

À quel diagnostic pensez-vous ?

L'histologie répond adénocarcinome infiltrant à cellules indépendantes en bague à chaton.

Le traitement va comporter : Iléostomie puis radiochimiothérapie puis proctectomie avec anastomose iléo-anale. L'histologie définitive est pT3N2b. De ce fait, une chimiothérapie par LV5FU2 est commencée en avril 2021. Le rétablissement de la continuité est réalisé en juillet et l'évaluation de septembre 2021 montre un état de « rémission ».

La limite gastro-intestinale est caractérisée par un « adénocarcinome avec des cellules en bague à chaton » qui peut toucher n'importe quel segment du tube digestif, même si la localisation gastrique est de très loin la plus fréquente. Comme c'est le cas dans notre observation, les biopsies sont régulièrement négatives, ce qui entraîne un retard important de la prise en charge. Le pronostic est généralement sombre du fait du retard diagnostique, de l'extension fréquente aux ganglions et au péritoine et, enfin, de la faible chimiosensibilité de ces tumeurs.

/// La limite gastro-intestinale est caractérisée par un « adénocarcinome avec des cellules en bague à chaton » qui peut toucher n'importe quel segment du tube digestif ///

/// Les biopsies sont régulièrement négatives, ce qui entraîne un retard important de la prise en charge ///

Cas cliniques 5 et 6 : Petite mais costaud

Karine Louvion. Service HGE du C entre Hospitalier Intercommunal de Créteil
Emilien Brousset. Service HGE de Meaux

Madame X, patiente de 62 ans, sans antécédent mais en situation d'incurie, consulte pour des douleurs abdominales depuis six mois. L'interrogatoire retrouve une altération de l'état général (- 11 kg) et l'émission de gaz par les urines. Le bilan biologique montre une anémie microcytaire ferriprive à 6,1 g/dL et une protéine C réactive à 180 mg/L. La coloscopie décrit une compression extrinsèque à 15 cm de la marge anale. Le scanner confirme la présence d'air dans la vessie et montre un abcès entre le sigmoïde, la vessie et l'utérus, centré sur un corps étranger métallique.

La deuxième observation concerne Madame Y, une patiente de 78 ans qui consulte également pour des douleurs abdominales non spécifiques et une anémie à 7,5 g/dL. La coloscopie et la EOGD sont normales. Le scanner montre en fait une lésion de 25 mm du jéjunum proximal, partiellement invaginée. Il n'y a pas d'adénopathie. L'entéroscopie trouve une masse tumorale de 40 mm à centre ulcéré qui est biopsiée (figure 2).

Le prélèvement bactériologique de l'abcès de Madame X, au cours du drainage, va révéler la présence d'actinomycètes. La mise sous antibiotiques adaptés et le retrait du dispositif intra utérin (oublié depuis 30 ans) vont permettre la guérison complète.

Les prélèvements chez Madame Y trouvent également des actinomycètes qui justifient également un traitement antibiotique (amoxicilline). L'évolution est favorable d'un point de vue clinique mais les contrôles endoscopique et tomодensitométrique montrent une aggravation qui conduit à une chirurgie. Il est réalisé l'exérèse d'une GIST de 5 cm, sans critère de gravité, ne nécessitant pas de traitement adjuvant.

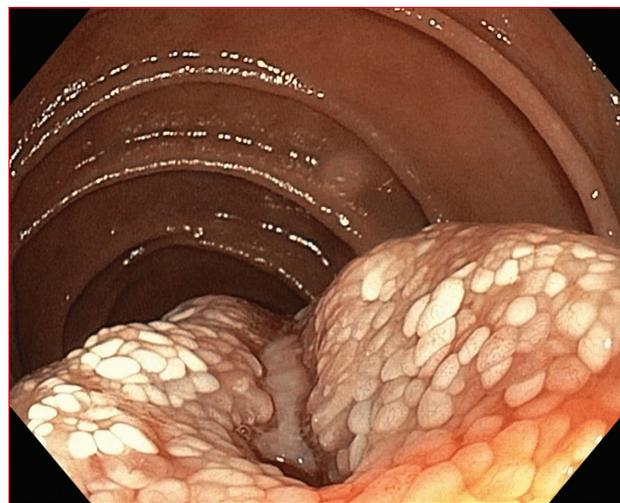


Figure 2 • Masse tumorale à centre ulcéré, d'environ 40 mm, saignant facilement au contact, dure sous la pince.

L'actinomyose est une affection rare (1/300 000), plus fréquente chez l'homme (sex-ratio : 3), liée à un bacille gram positif : *Actinomyces israeli* [3]. Il s'agit d'un commensal des muqueuses humaines qui se développe essentiellement dans les zones de « brèches » (chirurgie abdominale, dispositif intra utérin, tumeur ulcérée...). Les formes cliniques sont variées : fistules, abcès, pseudo-tumeurs... Le traitement comporte une antibiothérapie (pénicilline, tétracyclines...) selon des protocoles allant de deux à douze mois. Il est indispensable de traiter le facteur favorisant quand il existe : retrait du dispositif intra-utérin, exérèse d'une tumeur sous-jacente... Une surveillance au long cours est nécessaire. Le pronostic est grevé d'une mortalité de 2 à 30 % dans la littérature.

/// Il est indispensable de chercher et de traiter le facteur favorisant de l'actinomyose ///

🔗 Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

- 1 • Garcia C, Kumar V, Sharma OP. Pancreatic sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 1996 ; 13(1) : 28-32.
- 2 • Bollok A, El Khoury M, Bormans A, et al. Schwannoma of the colon and rectum: a systematic literature review. *World J Surg Oncol* 2018 ; 16(1) : 125.
- 3 • Granier S, Zarrouk V, Mauillon J, Hammel P. Actinomyose digestive. *Hepato Gastro Oncol Dig* 2018 ; 25 : 21-9.