

The ANGH, 30th 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

L'ANGH, 30^e congrès !

Cette année encore, le congrès de l'ANGH a eu lieu en présentiel, comme en 2020 et en 2021. Après Avignon l'année dernière, c'est Aix-en-Provence et l'équipe de Magali Picon qui nous a accueillis. Trentième congrès de l'ANGH, trentième moment de travail scientifique et de convivialité. Trente ans déjà que depuis Vichy, notre association se réunit aux quatre coins de l'Hexagone (comme disait Christian Fouchet, ministre de l'Éducation nationale du Général de Gaulle en 1966 !), de Dunkerque à Porquerolles, de Perpignan à Vannes et de Pau à Colmar.

Quels ingrédients faut-il pour un congrès ANGH réussi ? Une équipe régionale de l'étape motivée + un lieu de congrès fonctionnel et agréable + un programme scientifique de qualité. Ces trois ingrédients déjà réunis à Annecy et Avignon pour ne parler que des congrès 2020 et 2021 l'ont été également à Aix où le congrès a été préparé de main de maître(sse) par Magali Picon dont c'était la dernière participation active à l'ANGH.

Je soulignerai pour être complet un programme scientifique de qualité, mais c'est toujours le cas de ces sessions mises en musique par un Conseil Scientifique efficace qui sait se renouveler, se rajeunir, se féminiser et sélectionner de façon efficace parmi les très nombreuses soumissions des communications orales et des cas cliniques qui ont couvert tous les aspects de notre spécialité.

Une session infirmière, grand classique depuis la réunion de Nogent-sur-Marne, a complété utilement nos sessions médecins et permis de présenter l'expérience innovante d'un hôtel hospitalier par l'équipe de Gap mais aussi les difficultés quotidiennes de l'astreinte infirmière en endoscopie.

Cette année a été également celle d'une grande nouveauté : en préouverture du congrès un atelier pratique pour les jeunes (et les moins jeunes) avec comme première thématique « les hépatites virales en consultation », animé par Isabelle Rosa et Marc Bourlière. Cette nouveauté 2022 a été très appréciée et sera renouvelée en 2023 sur le thème de la prise en charge de la NASH en consultation.

Le congrès annuel est aussi l'occasion de faire le bilan de l'année écoulée. 2021 et le début de 2022 ont vu l'ANGH augmenter sa visibilité au sein de notre spécialité, avec une présence forte sur les réseaux sociaux, Facebook et LinkedIn, qui devient complémentaire de notre site internet et contribue à faire connaître notre association et nos actions, avec des connexions avec nos partenaires industriels et institutionnels, y compris nos trois ministres de tutelle.

En 2022, il faut évoquer également notre stand toujours très fréquenté aux JFOPD et (nouveauté 2022 également) à l'AFEF et à la SFED et comme acteur incontournable au sein des groupes de travail et de recommandations institutionnels ou mis en place par les sociétés savantes. 2022 est aussi l'année de la présidence de la SNFGE par un membre de l'ANGH, Jean-Pierre Arpurt, du Centre Hospitalier d'Avignon.

Un autre fait marquant de l'année écoulée est la reprise des réunions régionales de l'ANGH, interrompues depuis deux ans par la pandémie Covid. Avignon d'abord où, sous la houlette de Jean-Pierre Arpurt, se sont tenues les Troisièmes rencontres Méditerranée, Clisson ensuite organisé par Medhi Kaassis avec les CHG des Pays-de-Loire, en novembre Loudéac pour nos collègues bretons et

Pour citer cet article : Remy A.J. L'ANGH, 30^e congrès ! Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 5-6. doi : 10.1684/hpg.2023.2526

Lompret en décembre pour ceux es Hauts de France. À chaque fois, une réunion riche et conviviale, alliant des présentations d'un grand intérêt scientifique et des échanges professionnels entre membres de l'ANGH d'une même région. Chacun des participants a pu ainsi s'exprimer sur ses réussites et sur ses difficultés dans une atmosphère chaleureuse.

J'insisterai également sur l'aspect relations internationales : l'ANGH est un produit qui s'exporte et qui s'exporte bien ! Après le Portugal, partenaire régulier depuis de nombreuses années avec des échanges croisés toujours enrichissants avec l'association homologue NGHD, c'est au Maroc que l'ANGH a été invité via l'AGEN (association des gastro-entérologues de Nador) pour leur 20^e journée de formation. Cela a été l'occasion de partager des connaissances mais aussi des expériences de terrain dans un pays où seulement 40 % de la population bénéficie d'une couverture maladie. Il est évident que là-bas les recommandations de Baveno VII fondées sur les valeurs du FibroScan® auront un impact plus limité !

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 2023 aux Sables d'Olonne (organisé par l'équipe de Cholet) en 2024 à Versailles (par l'équipe de Créteil) et des candidatures pressenties pour 2025. Ce numéro supplément *d'Hépatogastro et Oncologie Digestive*, rendu possible cette année encore avec le soutien institutionnel du laboratoire Galapagos, vous fera (re)vivre ces journées intenses qu'a constitué le congrès 2022.

 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}

¹Président du Conseil scientifique de l'ANGH

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



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

▼ Résumé

Le 31^e Congrès a été l'occasion de faire un état des lieux de la recherche à l'ANGH dont vous trouverez ici un panorama.

• **Mots clé** : recherche clinique

▼ Abstract

The 31st Congress was an opportunity to take stock of research at the ANGH, of which you will find an overview here.

• *Key word: clinical research*

Abréviations

AFEF	Association Française pour l'Etude du Foie
ANGH	Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux
CFE HTP	Club Francophone pour l'Etude de l'HyperTension Portale
CHG	Centre hospitalier général
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRC	Centre de recherche clinique
CREGG	Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie
FARE	Fonds d'Aide à la Recherche et à l'Evaluation en hépatogastroentérologie
FIT	Test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles
GETAID	Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du tube Digestif.
GRAPHE	Groupe de Recherche et d'Action des Praticiens Hépatogastroentérologues en Endoscopie digestive
IPP	inhibiteur de la pompe à protons
IV	intraveineux
JFHOD	Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et Oncologie Digestive
MICI	maladie inflammatoire chronique de l'intestin
NASH	stéatohépatite non alcoolique
SC	sous-cutané
SFED	Société Française d'Endoscopie Digestive
SNFGE	Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFMI	Société Nationale Française de Médecine Interne
URC	Unité de recherche clinique
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C

Pour citer cet article : Garioud A. La recherche clinique et les protocoles à l'ANGH. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 7-10. doi : 10.1684/hpg.2023.2522

L'ANGH représente un fort potentiel d'inclusions dans des protocoles de recherche clinique. Son conseil scientifique est le lieu où se discutent et se décident les protocoles dont nous sommes promoteur mais aussi les études d'autres sociétés françaises auxquelles nous apportons notre concours. Notre 31^e Congrès a été l'occasion de faire un état des lieux de la recherche à l'ANGH dont vous trouverez ici un panorama. Commençons par CAPABLES, l'étude-phare dont le lancement a eu lieu à l'occasion de ce Congrès.

Lancement de l'étude-phare du 31^e Congrès de l'ANGH

L'étude **CAPABLES**, pour « Cohorte ANGH des Pancréatites Aiguës Biliaires Légères à Sévères », a pour but principal d'évaluer la récurrence d'épisodes biliaires avant cholécystectomie en fonction du type de réalimentation choisi chez des patients atteints de pancréatite aiguë biliaire. Elle est coordonnée par Frédéric Moryoussef (CH Poissy), Denis Grasset (CH Vannes) et Gilles Macaigne (CH Montfermeil) avec l'URC de Poissy. Ce projet a été distingué lors des JFHOD en mars 2022 avec l'obtention d'une bourse FARE SNGFE. Une quarantaine de centres dont une dizaine de CHU participent à cette étude dont les premières inclusions ont commencé le 10 octobre 2022 pour une durée d'un an. Il s'agira pour les investigateurs de remplir en fin de séjour hospitalier un e-crf à compléter à 3 mois ± 6 mois si la cholécystectomie n'a toujours pas eu lieu. L'objectif est d'inclure 2 000 patients dans cette étude. Pour plus d'informations : capables@angh.net

// L'étude CAPABLES a pour but d'évaluer la récurrence d'épisodes biliaires avant cholécystectomie en fonction du type de réalimentation choisi chez des patients atteints de pancréatite aiguë biliaire //

Devenir des études-phares du 30^e Congrès de l'ANGH

Trois études-phares ont été lancées en septembre 2021 à l'occasion de notre 30^e Congrès qui a eu lieu à Avignon. En voici quelques nouvelles.

GANASH

Il s'agit d'une étude multicentrique (27 centres) coordonnée par Armand Garioud (CH Villeneuve-Saint-Georges) et le CRC de Créteil dont les premières inclusions ont eu lieu à l'été 2021. Elle vise à suivre une cohorte de patients pour lesquels un diagnostic de NASH a été porté dans l'année précédant l'inclusion. La saisie des données se fait via un e-crf. Nous sommes actuellement à plus de 140 patients inclus et entrons dans la phase de recueil des données à un an.

VACCIR

Cette étude multicentrique (29 centres) coordonnée par Aurore Baron (CH Corbeil-Essonnes) et son URC a pour but d'évaluer la qualité de la couverture vaccinale chez le patient cirrhotique. Cinq vaccinations sont renseignées et la saisie des données s'est faite jusqu'à décembre 2022 via une enquête-papier. À ce jour, nous avons les données de plus de 650 patients. Les résultats seront soumis à différents congrès 2023.

DEPIST-C-ENDO

Il s'agit d'une étude multicentrique (12 centres) coordonnée par André-Jean Remy (CH Perpignan) dont le but est de dépister le VHC dans une population sélectionnée, celle de plus de 40 ans hospitalisée pour la réalisation d'une ou d'endoscopies digestives sous anesthésie générale. La saisie des données se fait via un e-crf. La fin de l'étude est prévue en février 2023. À ce jour, nous avons presque 300 patients inclus et la découverte d'une vingtaine de sérologies positives dont la moitié avec répllication virale. Les données présentées à l'AFEF 2022 seront réactualisées, soumises à l'EASL 2023 et publiées dans le *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (BEH).

Devenir des études finies

Études ANGH promoteur

● PIBAC

Cette large étude multicentrique de suivi sur cinq ans d'une cohorte de patients VHB chroniques inactifs a été lancée en 2014 et menée par Xavier Causse (CH Orléans). Sa base de données a été gelée en octobre 2021 avec un gros effort de récupération des données manquantes. Sur les 609 patients inclus, nous avons les données complètes de 353 d'entre eux à cinq ans. Le premier événement observé est la perte de l'AgHBs chez 11 % des patients. Les premiers résultats seront présentés en communication orale aux JFHOD 2023.

● OBADE

Cet observatoire multicentrique coordonné par Camille Barrault (CH Créteil) a permis de montrer l'efficacité du baclofène dans l'alcoolodépendance chez 202 patients. Aussi, chez le patient cirrhotique, il est bien toléré et s'associe à une amélioration significative des paramètres de fonction hépatique après un an de traitement. Les résultats chez le patient cirrhotique ont été publiés fin 2022 dans *Alcohol and Alcoholism* [1].

// Un observatoire multicentrique a permis de montrer l'efficacité du baclofène dans l'alcoolodépendance chez 202 patients //

● SANGHRIA

Il s'agit de cette vaste étude sur la prise en charge de l'hémorragie digestive haute en CHG dirigée par

Vincent Quentin (CH Saint-Brieuc). Elle a permis d'inclure plus de 2 500 patients entre 2017 et 2018 et a fait l'objet de trois publications de référence [2-4]. Les données sont toujours exploitées avec l'écriture de trois nouveaux articles ancillaires qui seront bientôt soumis. Ils s'intéressent plus spécifiquement à l'hypertension portale (André-Jean Remy), aux IPP (Stéphane Nahon et Gilles Macaigne) et aux traitements endoscopiques réalisés (Vincent Quentin).

● Enquêtes de pratique ANGH

Parlons tout d'abord de l'enquête sur la prise en charge de l'**Hydrothorax** menée fin 2020 par Jean-François Cadranel (CH Creil). Celle-ci a permis de colliger 529 réponses d'hépatogastroentérologues et de pneumologues avec des résultats présentés à différents congrès nationaux/internationaux en 2021. L'article est en cours de reviewing à *BMC Gastroenterology*. Concernant l'**Enquête hépatite B/delta** menée par la même équipe mi-2021 avec la participation du CREGG, un article en a été commandé par *WJ Gastroenterology* à partir des données des 130 répondants. Enfin, des nouvelles de l'enquête sur les **Modalités de la ponction d'ascite** en ambulatoire menée fin 2021 par la même équipe de Creil, 48 réponses ont été obtenues avec un article en cours de rédaction. Les résultats de ces deux dernières enquêtes ayant été présentés lors du 31^e Congrès, vous pouvez les retrouver dans la partie « Hépatologie » de ce numéro.

● APA-MICI

Il s'agit de cette enquête-patient débutée le 1^{er} juin 2021 sous l'impulsion de Stéphane Nahon (CH Montfermeil) et Florence Skinazi (CH Saint-Denis). Elle visait à apprécier le bénéfice d'une activité physique régulière et adaptée (APA) sur la qualité de vie de patients suivis pour une MICI. 538 réponses ont été obtenues et présentées en communication orale aux JFHOD 2022 puis lors du 31^e Congrès. Vous pouvez en trouver le détail dans la partie « MICI » de ce numéro. Ils sont positifs et nous encouragent à justifier le développement et la prise en charge de programmes d'APA dans nos centres auprès des autorités de tutelle.

Étude ANGH-relayeur

L'étude **PEREM** menée par Nicolas Mathieu (CHU Grenoble) sous l'égide du GETAID a eu lieu de septembre 2021 à avril 2022 et visait à évaluer le maintien de l'efficacité et de la tolérance à un an après un switch de l'infliximab IV vers la forme SC chez des patients atteints de MICI en rémission. 444 patients ont été inclus avec une forte représentation de l'ANGH puisqu'un tiers des patients inclus sont issus de nos centres. Les résultats seront soumis à plusieurs congrès nationaux/internationaux 2023.

Études en cours

Études ANGH-promoteur

● PANAGHE

Il s'agit d'une étude en deux temps coordonnée par Jean-François Cadranel (CH Creil) sur la prise en charge de l'hépatite alcoolique aiguë. Le premier temps sous la forme d'une enquête de pratique a débuté en mai 2022 et se terminera en février 2023. À ce jour, plus de 330 réponses ont été reçues dont 47 % émanant de l'ANGH, les autres sociétés savantes partenaires étant le CREGG et la SNFMI. Le second temps prospectif qui a débuté en octobre 2022 se terminera fin mai 2023 et a permis le recueil des données de 39 patients pris en charge pour hépatite alcoolique aiguë dans les centres dont 53 % sont de l'ANGH.

● ETICC

Le but de cette étude internationale multicentrique franco-portugaise dirigée par Marine Besnard et Stéphane Nahon (CH Montfermeil) est d'évaluer si la première vague Covid-19 a impacté la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints d'un cancer colorectal. Les premiers résultats de la cohorte française sur 600 patients ont été présentés en poster aux JFHOD 2022 et étaient rassurants. Les inclusions continuent et nous sommes actuellement à plus de 2 000 inclusions dont plus de 1 300 patients français. Les résultats sont en train d'être finalisés avant d'être soumis à des congrès 2023.

Études ANGH-relayeur

● DOPER

Cette étude est coordonnée par Thomas Chateau et Nicolas Mathieu (CHU Grenoble) sous l'égide du GETAID. Elle vise à évaluer le maintien de l'efficacité et la tolérance à 1 an après un switch du védolizumab de la forme IV vers la forme SC chez des patients atteints de MICI en rémission. Les inclusions ont commencé en février 2022. Dans cette étude également, l'ANGH est en force puisque près de 20 % des 138 patients inclus début 2023 sont issus de nos centres.

● Observatoire sonde de tamponnement

Cette étude est promue par le CFE HTP et l'AFEF avec la participation de la SFED, du CREGG et du GRAPHE. Coordonnée par Jean-Paul Cervoni et Delphine Weil (CHU Besançon), elle vise à colliger les données de « vraie vie » des patients ayant été tamponnés pour une rupture de varices œsophagiennes entre juin 2021 et avril 2023. Le recueil des données se fait par **fiche papier avec des items**

à renseigner à l'admission puis à J7 et J42 de l'hémorragie digestive haute.

Études à venir

ANGH promoteur

L'Enquête Chute d'escarre est une enquête dont l'idée est portée par Aurore Baron (CH Corbeil-Essonnes) et soutenue par le CFE HTP et l'AFEF. Celle-ci a pour but d'évaluer la prévalence et la prise en charge de la chute d'escarre post-ligature de varices œsophagiennes. Elle sera le préalable j'espère à une étude s'apparentant à un Observatoire de « vraie vie ».

ANGH relayeur

● FAST

Cette étude visant à l'« Identification de Facteurs Associés à un reTard diagnostique au cours de la maladie de Crohn » est promue par le GETAID avec le concours du CREGG. Elle a obtenu un financement et devrait commencer dans le courant de l'année 2023. Elle envisage l'inclusion de 600 patients consécutifs avec un diagnostic récent de maladie de Crohn : 200 avec un stade compliqué (B2 ou B3 ou délai diagnostique > 12 mois) et 400 avec un stade non compliqué (B1). Elle consistera en un questionnaire patient et un questionnaire praticien qui permettront d'identifier les facteurs ayant concouru au retard diagnostique de la maladie.

● Gut-bIAome

Cette étude ambitieuse est satellite du projet French Gut, ce vaste projet dont le but d'ici 2027 est de cartographier et mieux comprendre l'hétérogénéité des microbiotes intestinaux sains de 100 000 Français. Il s'agira dans cette étude internationale pilotée par Robert Benamouzig (CHU Avicenne) de coupler la coloscopie de dépistage pour FIT positif à une étude des microbiomes fécal et salivaire afin de pouvoir améliorer le dépistage du cancer colorectal. En effet, si le microbiome est informatif en cas de polype ou de cancer, il permettra par la réalisation de ce test non invasif fait en seconde intention de réduire le taux de faux positifs du FIT et donc d'éviter des coloscopies inutiles. Le second temps de cette étude est de faire intervenir l'intelligence artificielle en développant un outil de prédiction et de stratification du risque de cancer colorectal. Nous avons été séduits par ce projet qui devrait voir le jour courant 2023.

● ICARE II

Cette étude lancée par le GETAID est dirigée par Julien Kirchgessner (CHU Saint-Antoine, Paris) et Mathurin Fumery (CHU Amiens). Elle nous a été proposée dans la lancée d'ICARE I à laquelle l'ANGH avait fortement participé il y a quelques années. Sur le même modèle, celle-ci aura pour but d'évaluer cette fois-ci le bénéfice-risque sur le long terme des nouvelles biothérapies et petites molécules (JAKi, anti-IL23p19...)

utilisées dans les MICI. L'objectif est d'établir une cohorte de 6 000 patients MICI traités issus des centres hospitaliers généraux et tertiaires et des cabinets libéraux avec le concours du CREGG. Le suivi minimum sera de 42 mois et les premières inclusions devraient commencer en janvier 2023.

// L'étude ICARE II lancée par le GETAID a pour but d'évaluer le bénéfice-risque sur le long terme des nouvelles biothérapies et petites molécules (JAKi, anti-IL23p19...) utilisées dans les MICI //

L'ANGH cette année mobilisera toute son énergie sur l'étude CAPABLES, cette vaste étude multicentrique qui j'espère pourra répondre à la question du mode de renutrition à privilégier en cas de pancréatite aiguë biliaire. À côté de cela, nous n'oublions pas les études récentes que nous avons menées et que nous accompagnons vers les publications ainsi que la force de nos enquêtes de pratique. L'ANGH regarde aussi vers l'avenir avec sa participation future dans des études innovantes faisant notamment appel à l'intelligence artificielle. Qu'elle soit promotrice ou que d'autres sociétés fassent appel à son potentiel d'inclusions important, l'ANGH démontre encore cette année tous ses atouts et sa vitalité scientifique.



TAKE HOME MESSAGES

- L'ANGH cette année mobilisera toute son énergie sur l'étude CAPABLES, concernant le mode de renutrition à privilégier en cas de pancréatite aiguë biliaire.
- Les études récentes sont menées jusqu'à publications.
- L'ANGH a un fort potentiel d'inclusions qu'elle partage avec d'autres sociétés savantes.



Liens d'intérêts :

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

Références

- 1 • Barrault C, Alqallaf S, Lison H, et al. Baclofen combined with psychosocial care is useful and safe in alcohol-related cirrhosis patients: A real-life multicenter study. *Alcohol Alcohol* 2022 Dec 17 ; agac065. doi : 10.1093/alcalc/agac065. Online ahead of print.
- 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 ; 9 : 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 : 688-95.
- 4 • El Hajj W, Quentin V, Boudoux, et 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 : 707- 17.

Workshop ANGH : la prise en charge et le suivi en consultation des hépatites chroniques virales

ANGH Workshop: Management and follow-up of chronic viral hepatitis

Isabelle Rosa

CHI de Créteil, 40 avenue de Verdun,
94010 Créteil



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

▼ Résumé :

Nous avons mis en place une nouvelle session destinée aux internes, chefs de clinique et jeunes PH ciblée sur la prise en charge en consultation des hépatites virales. Cette session a été co-animée par Le Professeur Marc Bourlière et le Docteur Isabelle Rosa. Durant deux heures des cas cliniques sur des patients atteints d'hépatite virale chronique ont été présentés. Plusieurs messages clés sont ressortis. S'agissant de l'hépatite C, les modalités de dépistage des populations à risque ont été rappelées. Le parcours simplifié de prise en charge s'adresse aux patients naïfs de traitement, sans comorbidités, ayant une maladie compensée. Le traitement repose sur la prise pendant 8 à 12 semaines d'un antiviral pangénotypique. Un contrôle de la charge virale négatif effectué 12 semaines après la fin du traitement signe la guérison de l'hépatite virale. La prise en charge de l'hépatite B chronique est complexe, le recours à la biopsie de foie est faible et des tests non invasifs doivent être réalisés de façon annuelle. Le traitement est débuté selon les critères de charge virale > 2 000 UI/ml et des transaminases élevées. Le dépistage du carcinome hépatocellulaire est basé sur le score PAGE B. En cas de risque élevé, le dépistage repose sur une échographie hépatique semestrielle. Enfin, ne pas oublier de réaliser une sérologie Delta chez tout patient ayant un antigène HBs positif.

- **Mots clés :** hépatite chronique B, hépatite chronique C, hépatite chronique D

▼ Abstract:

We have set up a new session intended for students and fellows targeting the management of viral hepatitis in consultation. This session was co-animated by Professor Marc Bourlière and Doctor Isabelle Rosa. During two hours, clinical cases of patients with chronic viral hepatitis were presented. Several key messages emerged. With regard to hepatitis C, the screening procedures for at-risk populations were recalled. The simplified management pathway is intended for patients who are treatment-naïve, without comorbidities, and with compensated disease. Treatment is based on 8 to 12 weeks of a pangenotypic antiviral treatment. A negative viral load measured by PCR performed 12 weeks after the end of the treatment indicates the cure of the viral hepatitis. The management of chronic hepatitis B is complex, the use of liver biopsy is low, and non-invasive testing should be performed annually. Treatment is started according to the criteria of viral load > 2000 IU/ml and elevated transaminases. Screening for hepatocellular carcinoma is based on the PAGE B score. In case of high risk, screening is based on a biannual liver ultrasound. Finally, do not forget to perform a Delta serology in any patient with a positive HBsAg.

- **Key words:** chronic hepatitis B, chronic hepatitis C, chronic hepatitis D

Pour citer cet article : Rosa I. Workshop ANGH : la prise en charge et le suivi en consultation des hépatites chroniques virales. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 11-16.
doi : 10.1684/hpg.2023.2527

Cette nouvelle session a été organisée pour les internes et jeunes médecins seniors sous forme d'une présentation de cas cliniques animés par un duo de médecins. Cette année, le workshop était consacré à la prise en charge et le suivi en consultation des hépatites chroniques virales. Il était animé par Le Professeur Marc Bourlière et le docteur Isabelle Rosa. Quatre cas cliniques ont été discutés de manière interactive avec la salle.

Cas clinique 1

Madame X, 55 ans, consulte à la suite de la découverte d'une sérologie VHC positive par le médecin traitant. La patiente est professeure, mariée, trois enfants. L'alcool est arrêté depuis 15 ans et il existe un tabagisme actif. Elle est traitée par de la carbamazépine pour une épilepsie partielle, de l'atorvastatine pour une hypercholestérolémie et a arrêté d'elle-même la buprénorphine il y a dix ans. Les transaminases sont à deux fois la normale.

Les recommandations de l'AFEF de 2018 résument la prise en charge à effectuer lors d'une découverte de sérologie VHC positive. Le bilan initial doit confirmer l'hépatite chronique par la recherche de l'ARN viral par PCR. On doit également rechercher toutes les autres causes de maladies chroniques du foie telles qu'une consommation d'alcool ou une co-infection virale VHB. L'évaluation de la sévérité de la maladie hépatique est faite par des méthodes non-invasives de diagnostic de la fibrose. Les tests recommandés lors de l'évaluation initiale d'une hépatite chronique C sont les

marqueurs sanguins : (FibroTest®, FibroMètre®) ou la mesure de l'élasticité hépatique (FibroScan®). L'échographie hépatique fait partie du bilan initial. Si la quantification de la charge virale du VHC est indispensable avant initiation d'un traitement, la détermination du génotype du VHC n'est pas indispensable, notamment chez les patients naïfs de traitement. L'AFEF a publié un tableau récapitulatif sur la prise en charge des patients (figure 1). Le parcours simplifié s'adresse aux patients sans fibrose sévère, sans comorbidités et naïfs de traitement. Le parcours complexe s'adresse à tous les autres types de patients, est souvent multidisciplinaire avec un traitement personnalisé discuté en RCP de virologie.

S'agissant du dépistage du VHC, la HAS recommande un dépistage ciblé sur les populations à risques bien que les sociétés savantes recommandent un dépistage universel avec réalisation d'une sérologie une fois dans la vie.

Les traitements recommandés sont les traitements pan-génotypiques actifs sur les génotypes 1 à 6 : l'association sofosbuvir/velpatasvir à la dose de 1 comprimé pendant 12 semaines ou l'association de glecaprevir/pibrentasvir à la dose de 3 comprimés le matin pour une durée de 8 semaines chez les patients naïfs de traitement. En cas d'échec de ces thérapies, il est nécessaire de présenter le dossier en RCP virologie de recours : les traitements de deuxième ligne en cas d'échec sont des traitements à la carte avec une association de trois molécules : sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir avec ou sans ribavirine mais d'autres associations médicamenteuses peuvent être utilisées.

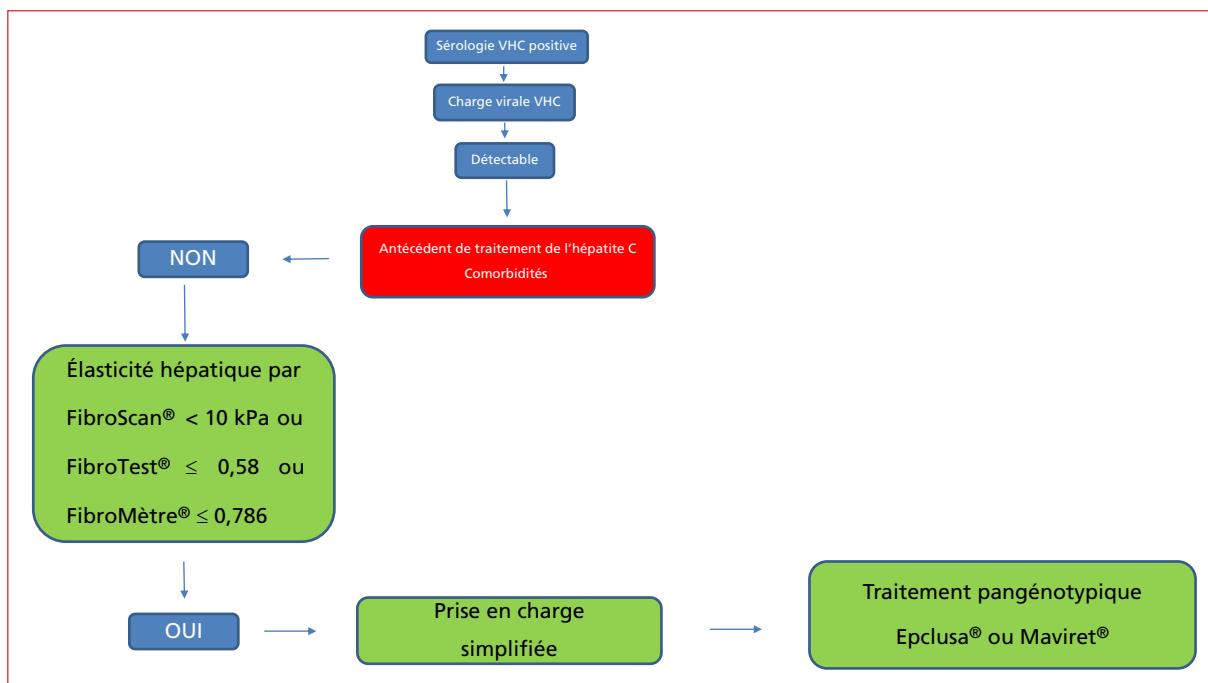


Figure 1 • Prise en charge des patients VHC dans le parcours simplifié. D'après AFEF, Recommandations pour l'élimination de l'infection par le VHC en France, mars 2018. <https://afef.asso.fr/>

Suivi du patient traité

Une charge virale du VHC doit être réalisée 12 semaines après l'arrêt du traitement.

Surveillance d'un patient guéri du VHC

Chez les patients qui ont des comportements à risque de réinfection, une détermination régulière de la charge virale du VHC est recommandée. Les marqueurs sanguins de diagnostic de la fibrose hépatique et la mesure de l'élasticité hépatique ne sont pas recommandés lors du suivi d'un patient traité non cirrhotique et sans comorbidités. Le dépistage du carcinome hépatocellulaire doit être poursuivi chez les patients avec une mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® ≥ 10 kPa ou FibroTest® $> 0,58$ ou FibroMètre® $> 0,78$ avant initiation du traitement. Le suivi de l'hypertension portale dépend de la situation pré-thérapeutique et doit être adapté au cas par cas selon les critères de Baveno. Après réponse virologique soutenue, les patients avec une mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® < 10 kPa ou FibroTest® $\leq 0,58$ ou FibroMètre® $\leq 0,78$ avant initiation du traitement et sans comorbidité hépatique (consommation d'alcool, syndrome métabolique, co-infection VHB) ne nécessitent plus de surveillance particulière.

Cas clinique 2

Madame Y (née en 1995) est adressée pour une hépatite B. Elle ne fume pas et ne consomme pas de boissons alcoolisées. Elle est asymptomatique et l'examen clinique est normal. Le bilan biologique a montré des ASAT des ALAT normales. La Gamma GT et la bilirubine sont normales. Le taux de prothrombine est normal. La sérologie Delta est négative, l'antigène HBe est positif et l'anticorps anti-HBe négatif, l'ADN viral est à 43 769 534 UI. Elle est enceinte à 6 mois de grossesse. Compte tenu de l'importance de la virémie, un traitement préemptif par Viréad est nécessaire.

Madame Y est revue deux mois après l'accouchement, l'enfant a été séro-vacciné. L'élastométrie hépatique montre une mesure de l'élasticité à 5,4 kPa avec IQR à 1. Le traitement par ténofovir est arrêté et contrôle du bilan hépatique dans 1 mois.

Bilan initial à réaliser chez un patient porteur du VHB

Celui-ci comporte la réalisation d'un bilan hépatique, d'une NFS, plaquettes, TP et échographie hépatique. S'agissant du stade de fibrose, on peut utiliser des marqueurs non invasifs : s'agissant du FibroScan®, une valeur inférieure à 6 kPa permet d'exclure une fibrose significative et une valeur supérieure à 9 kPa (ALAT normales) ou 12 kPa (ALAT élevées) permet de suspecter fortement une hépatopathie chronique avancée.

Les marqueurs sanguins (FibroTest®, FibroMètre®) peuvent être utilisés mais leurs résultats doivent être interprétés en tenant compte du risque accru de sous-estimation de la fibrose. Les méthodes non-invasives de diagnostic de la fibrose hépatique ne doivent pas être utilisées en cas d'élévation du taux des transaminases supérieur à cinq fois la limite supérieure de la normale. La biopsie du foie est une option en cas de discordance entre les marqueurs non invasifs et le reste de la clinique. Il faut également réaliser le dépistage des autres virus hépatotropes et évaluer les comorbidités. En cas d'absence d'immunisation pour le VHB et le VHA, une vaccination doit être proposée. Le dépistage de l'entourage familial et sexuel du patient ne doit pas être oublié.

Dans ce cas clinique, il aurait pu être proposé de poursuivre le traitement par analogues en raison du risque de contamination important lié à la charge virale très élevée. Par ailleurs, le projet d'autres grossesses n'est pas connu. En cas d'arrêt du traitement, le risque de réactivation virale existe et une surveillance prudente des transaminases et de la charge virale B doit être réalisée.

Cas clinique 3

Il s'agit d'un homme né en 1980 (42 ans) sénégalais, suivi depuis 2015 pour un AgHBs+. L'Ac anti-HBe est positif, l'ADN viral est à 2,86 log. Le BHC est normal. La mesure de l'élasticité est à 5,5 kPa. Il a deux enfants vaccinés.

Diagnostic du portage inactif du VHB (IC VHB Ag HBe-)

Il repose sur la présence de : Ag HBs+, Ag HBe-, Ac anti-HBe+, de transaminases normales et t d'une charge virale faible avec ADN VHB $< 2\ 000$ UI/ml ou $< 20\ 000$ UI/ml selon les sociétés savantes. Si elle est réalisée, la biopsie hépatique ne montre pas de lésion histologique (nécrotico-inflammatoire ou de fibrose). Les valeurs de FibroScan® sont habituellement $< 5-6$ kPa et le titre quantitatif de l'Ag HBs est $< 1\ 000$ UI/ml. Une diminution annuelle de $\geq 0,3$ log UI/ml est associée à une clairance de l'Ag HBs avec une valeur prédictive positive de 89 %.

Surveillance du portage inactif

La surveillance initiale la première année repose sur le dosage des transaminases et ADN VHB tous les trimestres.

La surveillance ultérieure en cas d'ADN VHB $< 2\ 000$ UI/ml repose sur un dosage de transaminases tous les 6 à 12 mois avec une évaluation de la fibrose tous les 2 ans si le titre de l'Ag HBs $> 1\ 000$ UI/ml et tous les 3 ans si le titre de l'Ag HBs $< 1\ 000$ UI/ml. Si le taux d'ADN VHB est $> 2\ 000$ UI/ml, les transaminases sont réalisées tous les 6 mois avec un contrôle de l'ADN VHB et l'évaluation de la fibrose sera annuelle pendant 3 ans.

Les modalités de surveillance des autres patients VHB non traités

Chez les patients AgHBe positif non traités, l'AgHBe et l'Ac anti HBe doivent être contrôlés tous les six mois. Il est recommandé de contrôler les méthodes non invasives de diagnostic de la fibrose hépatique tous les trois ans chez les patients qui ont une infection antigène HBe négatif et tous les ans dans les autres cas.

Dépistage du CHC

En l'absence d'hépatopathie chronique avancée, il est recommandé de dépister périodiquement un CHC chez un patient infecté par le virus B à risque intermédiaire ou élevé.

Ces facteurs de risque sont un antécédent familial de CHC de premier degré ou un Score Page-B ≥ 10 soit :

- homme à partir de 40 ans (à tout âge si taux de plaquettes < 200 G/l) ;
- femme à partir de 70 ans (à partir de 40 ans si taux de plaquette < 200 et > 100 G/L et 30 ans si plaquette < 100 G/L).

Le dépistage doit être réalisé tous les 6 mois chez les sujets à risque par écho hépatique doppler et AFP. Il est recommandé de dépister le carcinome hépatocellulaire chez tous les patients atteints d'hépatite B ayant une hépatopathie chronique avancée et une diminution des valeurs des marqueurs non-invasifs de fibrose hépatique sous traitement ne doit pas faire interrompre le dépistage.

Score Page B

Le **tableau 1** détaille le Score Page B.

TABLEAU 1 • Score Page B.

Âge (années)
16-29 : 0 point
30-39 : 2 points
40-49 : 4 points
50-59 : 6 points
60-69 : 8 points
≥ 70 : 10 points
Genre
Femme : 0 point
Hommes : 6 points
Plaquettes (/mm³)
$\geq 200\ 000$: 0 point
100 000-199 999 : 6 points
$< 100\ 000$: 9 points

Traitement des porteurs inactifs

Il n'y a pas d'indication à un traitement antiviral chez les patients porteurs inactifs tels que définis plus haut. Les seules indications particulières sont des antécédents familiaux de CHC ou cirrhose, des manifestations extra-hépatiques ou un professionnel de santé pratiquant des actes à risques.

Cas clinique 4

Monsieur Z, né en 1971, est suivi depuis 2016 pour un AgHBs positif. Il est d'origine vietnamienne. Il a un tabagisme à 10 cigarettes par jour et une consommation d'alcool de 80 g/j ainsi qu'une pathologie psychiatrique, traitée par Abilify et Tercian. Son père est décédé d'un carcinome hépatocellulaire sur VHB à 82 ans au Vietnam. L'hépatite B est diagnostiquée depuis 2015 avec un ADN viral B à 811 046 UI/ml, les transaminases sont à 2N, les plaquettes à 139 000 et l'élasticité à 7,1 kPa avec IQR à 0,9. Une biopsie hépatique, réalisée en raison de la discordance entre le taux de plaquettes et les résultats de l'élastométrie, montre un score Metavir A2F1. Un traitement par ténofovir est débuté.

Chez les patients traités, la fibrose hépatique doit être systématiquement évaluée, en première intention de manière non invasive. La mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® peut être utilisée en prenant des seuils spécifiques. Une valeur inférieure à 6 kPa permet d'exclure une fibrose significative et une valeur supérieure à 9 kPa (ALAT normales) ou 12 kPa (ALAT élevées) permet de suspecter fortement une hépatopathie chronique avancée. Les marqueurs sanguins (Fibrotest®, Fibromètre®) peuvent être utilisés mais leurs résultats doivent être interprétés en tenant compte du risque accru de sous-estimation de la fibrose. Les méthodes non-invasives de diagnostic de la fibrose hépatique ne doivent pas être utilisées en cas d'élévation du taux des transaminases supérieur à cinq fois la limite supérieure de la normale.

Dépistage du CHC

Il est identique chez les patients sans fibrose avancée traités que chez les patients porteurs inactifs. En l'absence d'hépatopathie chronique avancée, il est recommandé de dépister périodiquement un CHC chez un patient infecté par le virus B à risque intermédiaire ou élevé. Ces risques sont rappelés dans le cas clinique 3.

Il est recommandé de contrôler les méthodes non-invasives de diagnostic de la fibrose hépatique tous les trois ans chez les patients qui ont une infection antigène HBe négatif et tous les ans dans les autres cas.

Cas clinique 4

M. W, 45 ans, camerounais est suivi pour Infection inactive VHB connue depuis 2014, l'AgHBe est négatif, l'ADN VHB

est à 1 546 UI/ml. Le patient a été suivi de façon annuelle puis a été perdu de vue. Lors de la reprise de suivi en 2019, les transaminases sont à 2,5 N, les GGT 2 N, la bilirubine est normale. L'ADN VHB est à 2 482 UI/ml, les plaquettes à 148 000. L'échographie du foie retrouve une atrophie discrète du IV, et une splénomégalie. Le Fibroscan est à 11,5 Kpa et finalement la sérologie Delta est positive, L'ARN Delta est à 8,5 Log UI/ml. Au total, il s'agit d'une hépatite Delta non diagnostiquée et au stade de cirrhose.

Bilan initial à faire devant une sérologie Delta positive

Tout patient ayant un AgHBs positif doit avoir un dépistage de l'infection VHD au diagnostic et après chaque situation à risque tel qu'un séjour dans le pays d'origine. La sérologie recherche la positivité des anticorps anti-VHD totaux. La charge virale (ARN VHD) doit confirmer l'infection chronique. En cas d'ARN VHD négatif, celui-ci doit être reconstrôlé tous les ans. La recherche de comorbidités et de co-infections VIH et VHC sont recommandées. Une échographie hépatique+ doppler fait également partie du bilan initial. S'agissant de l'évaluation de la fibrose, les tests non invasifs peuvent être réalisés mais aucun n'est réellement validé dans cette indication et une biopsie du foie est souvent nécessaire. Le Delta-4 Fibrosis score a été proposé pour le diagnostic de la fibrose avec un seuil à 7,8 pour le diagnostic de cirrhose.

Risque de CHC chez les patients VHD

La progression de la fibrose est plus rapide en cas de co-infection VHB-VHD et le risque de CHC est significativement augmenté en cas de co-infection : chez les patients cirrhotiques, le risque de CHC est multiplié par trois chez les patients VHD comparés aux patients VHB seuls.

Le traitement de l'hépatite Delta est le bulévirtide. Cette molécule a eu une AMM Européenne en septembre 2020 pour les patients ayant un ARN VHD positif et soit un score F2 de fibrose avec des ALAT augmentées, soit les patients F3 ou les patients avec cirrhose compensée. La dose est de 2 mg/j en sous cutané. La durée de traitement n'est pas définie mais est d'au moins 48 semaines. L'association avec un analogue nucléosidique ou nucléotidique est obligatoire. La question de l'association du bulévirtide à l'interféron pegylé n'est pas tranchée. Les priorités concernant l'hépatite Delta restent l'amélioration du dépistage avec mise en place d'un reflex-testing et l'amélioration des performances diagnostiques des tests non invasif de la fibrose sans oublier la vaccination universelle contre l'hépatite B.

Liens d'intérêts :

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

L'hépatologie à l'ANGH 2022

Hepatology at the 2022 ANGH meeting

Juliette Verlynde

CH Dunkerque, service
de gastro-entérologie,
130 avenue Louis Herbeaux,
CS 76367, 59385 Dunkerque
Cedex 1



Correspondance : J. Verlynde
juliette.verlynde@ch-dunkerque.fr

▼ Résumé :

Cinq communications d'hépatologie ont été présentées à l'ANGH 2022. D'abord, une enquête multicentrique française sur l'évaluation des connaissances et des pratiques sur l'hépatite B Delta. Tout patient Ag Hbs positif doit avoir une recherche systématique d'une infection Delta. Deuxièmement, les résultats préliminaires de l'étude VULNAPSYS-C qui étudie les facteurs de vulnérabilité psychologique liés aux réinfections par le virus de l'hépatite C. Des actions ciblées sur les patients les plus à risque sont indispensables pour contribuer à l'élimination du VHC en France. Troisièmement, une communication sur les 4 missions réalisées par l'association bretonne BASE sur le dépistage de l'Ag HBS au Bénin. La politique de vaccination systématique des nourrissons à la naissance devrait aboutir à une chute de la prévalence de l'hépatite B au Bénin et de ses complications. Quatrièmement, une étude monocentrique française portant sur les connaissances et les pratiques sur le repérage et la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool, montre la difficulté des médecins hospitaliers pour repérer et prendre en charge ces troubles. Enfin, une étude de pratique sur la ponction d'ascite ambulatoire en centre hospitalier non universitaire montre que les modalités de la ponction sont homogènes dans l'ensemble.

• **Mots clés :** hépatite B Delta, facteurs de vulnérabilité psychologiques, hépatite C, Ag Hbs, vaccination, trouble de l'usage d'alcool, ponction d'ascite

▼ Abstract:

Five hepatology communications were presented at ANGH meeting 2022. First, a french multicentric study on the evaluation of knowledge and practices on hepatitis B Delta. All patients with positive Ag Hbs must have a systematic search for a Delta infection. Secondly, the preliminary results of VULNAPSYS-C study which studies the psychological vulnerability factors linked to re-infections with the hepatitis C virus. Actions targeted at patients most at risk are essential to contribute to the elimination of the virus in France. Thirdly, a communication on the four missions carried out by the Breton association on Ag HBS screening in Benin. The policy of routine vaccination of infants at birth should lead to a fall in the prevalence of hepatitis B and its complications in Benin. Fourth, a french monocentric study on knowledge and practices on the identification and management of alcohol use disorder shows the difficulty of hospital doctors in identifying and managing these disorders. Finally, a practical study on the ambulatory ascites puncture in a non-university hospital center shows that the methods of this puncture are homogeneous on the whole.

• **Key words:** hepatitis B Delta, psychological vulnerability factors, hepatitis C, Ag Hbs, vaccination, alcohol use disorder, ascites puncture

Pour citer cet article : Verlynde J. L'hépatologie à l'ANGH 2022. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 17-20. doi : 10.1684/hpg.2023.2528

Cette année à Aix-en-Provence, cinq communications du congrès de l'ANGH se sont intéressées à l'hépatologie.

Hépatite B Delta : évaluation des connaissances et des pratiques des hépato-gastroentérologues exerçant en milieu non universitaire

D'après la communication de J.F. Cadranet *et al.*, enquête multicentrique française

L'hépatite B Delta est peu fréquente ou sous-estimée en France. Elle est probablement peu prise en charge dans les centres hospitaliers généraux [1]. Une enquête de pratique sur les modalités diagnostiques et la prise en charge thérapeutique a donc été réalisée sur neuf mois, chez les hépato-gastroentérologues exerçant en milieu non universitaire.

Un questionnaire Google Forms a été envoyé aux hépato-gastroentérologues non universitaires ou libéraux séniors ou juniors de début mai à fin septembre 2021. Étaient évaluées les connaissances et les pratiques concernant le diagnostic et le traitement de l'hépatite B Delta.

130 hépato-gastroentérologues ont répondu, 76 % avec une activité hospitalière pure, 13 % libérale et 11 % mixte, 30 % de juniors. Le nombre moyen de patients suivis était de deux, sept en moyenne pour les hépatologues et un pour les gastro-entérologues. La recherche d'une infection delta chez les patients antigène Hbs était réalisée pour 89 % des répondants. La recherche de l'ARN du virus delta était réalisée par 96 % des répondants. L'évaluation de la fibrose se faisait essentiellement par FibroScan® (77 %) et ponction biopsie hépatique (81 %). Un traitement était proposé chez les patients > F2 dans 49 % des cas et chez tous les patients dans 39 %. Les répondants proposaient un traitement par interféron pégylé dans 48 % des cas et par bulévirtide dans 43 % des cas. La moitié des répondants réfèrent leur patient à un autre collègue de CHG ou CHU. 98 % des répondants dépistaient le CHC.

Le nombre de répondants à cette enquête est faible malgré le nombre de relances, témoignant de la rareté de la maladie ou de la méconnaissance en milieu non universitaire.

Les modalités du diagnostic et la nécessité du dépistage systématique d'une infection B Delta chez tous les patients antigène Hbs doivent être rappelées par les sociétés savantes.

// Tout patient antigène HBs positif doit avoir une recherche systématique d'une infection delta //

VULNAPSYS-C, étude des facteurs de vulnérabilité psychologique liés aux réinfections par le virus de l'hépatite C : résultats préliminaires

D'après la communication de A.J. Remy *et al.*, Perpignan

La prévalence des réinfections au virus de l'hépatite C reste extrêmement élevée chez les usagers de drogue, jusqu'à 10,5/100 personnes par an. Aucune recherche n'a évalué les facteurs de vulnérabilité psychologique majorant les risques de réinfection dans les populations à risque élevé de comportements à risque.

L'objectif était de proposer aux patients différents questionnaires et échelles permettant l'évaluation des processus cognitifs, émotionnels et des traits de personnalité. Le nombre de réinfection au VHC a été quantifié. L'objectif secondaire était d'évaluer sur le nombre de réinfection l'influence du niveau de connaissance des patients concernant les facteurs de risque de contamination et le niveau de croyances reliées à la santé mentale.

Tous les patients primo-infectés et/ou réinfectés recevaient un document comprenant le score de précarité EPICES, des tests cognitifs, un questionnaire d'impulsivité, un questionnaire de personnalité, un questionnaire du niveau de connaissance des facteurs de risque de contamination et un questionnaire des croyances reliées à la santé. Recrutement effectué au CSAPA, CAARUD, prison et squats.

Trente malades guéris sans réinfection et 16 malades réinfectés par le VHC par usage de drogues après guérison ont rempli le questionnaire. Tous étaient usagers de drogues. Les patients réinfectés sont plus jeunes, de niveau éducatif plus bas, plus souvent sans domicile fixe et ayant des antécédents de maladie psychiatrique. Le passage en prison multipliait par 9 le risque de réinfection. Plus le patient participe aux ateliers réduction des risques, plus il se sent responsable de sa maladie, plus il a conscience des conséquences de sa maladie et plus il a de pensées magiques concernant sa contamination. Il n'y avait pas de corrélation avec le score de précarité EPICES, mais le score était élevé chez tout le monde.

Il existe des facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale favorisant la réinfection HCV par usage de drogues. Des actions ciblées sur les patients les plus à risque sont indispensables pour contribuer à l'élimination du VHC en France.

// Des actions ciblées sur les patients les plus à risque sont indispensables pour contribuer à l'élimination du VHC en France //

Fréquence de l'antigène Hbs au Bénin. Bilan de quatre campagnes de dépistage en milieu rural et urbain. Les enfants sont significativement moins souvent positifs que les adultes

D'après la communication de O. Nouel et al., Saint-Brieux et Cotonou

L'hépatite B est endémique en Afrique de l'Ouest et infecte environ 10 % de la population. Depuis 2002 au Bénin, les nourrissons sont systématiquement vaccinés contre neuf maladies dont l'hépatite B.

Depuis 2017, l'association bretonne BASE a réalisé quatre missions et dépisté l'Ag HBS par TROD avec l'aval du ministère béninois de la Santé.

Le dépistage de l'antigène Hbs se faisait par TROD CHIL, délivré par la pharmacie centrale des hôpitaux. Les TROD positifs étaient contrôlés par un deuxième test. La première mission était réalisée dans une école rurale avec dépistage systématique. Chaque cas positif donnait lieu à une enquête familiale. La deuxième mission ciblait les femmes enceintes dans sept dispensaires. Les femmes positives étaient orientées vers un centre pratiquant la séro-vaccination. La troisième mission était réalisée dans une clinique de Cotonou et la quatrième mission dans les dispensaires de brousse et les grandes villes de Parakou et Cotonou. Les malades positifs étaient orientés vers une consultation de gastro-entérologie. Les patients de moins de 60 ans et négatifs pour l'antigène Hbs recevaient une ordonnance pour vaccination.

1 427 personnes ont participé au dépistage. 9,4 % des adultes étaient positifs, contre 1,5 % des enfants. Cette différence entre les adultes et les enfants peut indiquer que la transmission materno-fœtale est finalement moins fréquente que prévue.

La politique actuelle de vaccination systématique des nourrissons à la naissance devrait aboutir rapidement à une chute de la prévalence de l'hépatite B au Bénin, à une disparition des cancers du foie et à moyen terme à une éradication de ce fléau.

// La politique actuelle de vaccination systématique des nourrissons à la naissance devrait aboutir rapidement à une chute de la prévalence de l'hépatite B au Bénin, à une disparition des cancers du foie et à moyen terme à une éradication de ce fléau //

Repérage et prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool par des médecins d'un hôpital général public : il faut diffuser les recommandations de l'AFEF !

D'après la communication de M. Medmoun et al., Creil

Le trouble de l'usage d'alcool (TUA) est une des principales causes d'hospitalisation avec un coût sanitaire et financier important. Le repérage précoce avec intervention brève a montré son efficacité, mais il existe peu de données sur ce sujet à l'hôpital.

Le but de cette étude était d'évaluer les pratiques des médecins hospitaliers sur le repérage et la prise en charge de ce TUA.

Il s'agissait d'une étude prospective monocentrique dont un questionnaire en ligne anonyme portant sur les connaissances et les pratiques était adressé à l'ensemble des médecins hospitaliers.

238 médecins hospitaliers ont été sollicités. 88 ont répondu et 77 questionnaires étaient exploitables. Les spécialités les plus représentées étaient les urgences, la gériatrie, la médecine polyvalente, la cardiologie et l'hépatogastroentérologie. 57,9 % interrogeaient systématiquement les patients sur leur consommation d'alcool. 5,5 % n'abordaient jamais la question. Seuls 28,6 % connaissaient un questionnaire de repérage du TUA. 72,8 % ne savaient pas quoi proposer après le repérage, les obstacles identifiés étaient le manque de formation en addictologie, la minimisation des consommations par les patients et le faible taux de réussite pharmacologique. 66,2 % ignoraient l'existence d'une équipe mobile d'alcoologie au sein de l'hôpital. 72,4 % ne connaissaient aucun CSAPA. 49,4 % n'avaient jamais adressé de patients à un addictologue.

Les résultats de cette enquête montrent la difficulté des médecins hospitaliers pour repérer et prendre en charge les TUA. Les recommandations émises par l'AFEF insistent sur une évaluation systématique de la consommation d'alcool, sur l'utilisation du questionnaire AUDIT-C et sur la pratique de l'intervention brève.

// Évaluation systématique de la consommation d'alcool grâce au questionnaire AUDIT-C et mise en place d'intervention brève //

Modalités pratiques de la ponction d'ascite ambulatoire en centre hospitalier non universitaire. Enquête ANGH-CREGG

D'après la communication de J.F. Cadranel *et al.*, Creil

Il s'agit d'une étude de pratique dont le but était de répondre à un certain nombre de questions concernant l'organisation médicale et paramédicale des ponctions d'ascite ambulatoires.

Un questionnaire Google Forms a été envoyé à l'ensemble des responsables d'hôpitaux de jour des hôpitaux généraux membres ou non de l'ANGH et des membres du CREGG. Étaient analysées les données démographiques et les questions d'organisation générale.

Au 1^{er} avril 2022, 48 réponses ont été obtenues. La majorité des ponctions étaient réalisées en hôpital de jour multidisciplinaire (70,8 %). 60,4 % avaient une limite maximale de liquide de ponction. La ponction était retirée dans 87,5 % par une infirmière du service. Une ponction exploratrice était réalisée toujours dans 43,8 % des cas et parfois dans 52,1 %. 95,8 % utilisaient un repérage échographique en cas de ponction difficile. 72,5 % n'utilisaient pas d'anesthésie locale. 95,8 % avaient un protocole d'administration de l'albumine. 55,3 % avaient un protocole de surveillance paramédicale.

Les modalités sont relativement homogènes et cette activité prend du temps important aux infirmières. Beaucoup de services ont des protocoles écrits.

// Beaucoup de services ont des protocoles écrits pour les ponctions d'ascite ambulatoire //



TAKE HOME MESSAGES

- Les modalités du diagnostic et la nécessité du dépistage systématique d'une infection B Delta chez tous les patients antigène Hbs doivent être rappelées par les sociétés savantes.
- Il existe des facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale favorisant la réinfection HCV par usage de drogues.
- Une enquête montre la difficulté des médecins hospitaliers pour repérer et prendre en charge les troubles de l'usage d'alcool.
- Les modalités des ponctions d'ascite en ambulatoire sont relativement homogènes et cette activité prend du temps important aux infirmières.



Liens d'intérêts :

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

Référence

- 1 • Roulot D, Brichler S, Layese R, *et al.* Origin, HDV genotype and persistent viremia determine outcome and treatment response in patients with chronic hepatitis delta. *J Hepatol* 2020 ; 73 : 1046-62.

Les MICI à l'ANGH 2022

IBD at ANGH 2022

Stéphane Nahon

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



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

▼ Résumé

Cette année à Aix-en-Provence, une communication orale et une mise au point ont été consacrées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).

• **Mots clés** : MICI, cellules souches, activité physique

▼ Abstract

This year in Aix-en-Provence, an oral communication and an update were devoted to chronic inflammatory bowel diseases (IBD).

• **Key words**: IBD, stem cells, physical activity

Thérapie cellulaire et MICI

D'après la communication de Mélanie Serrero, Marseille

Le Dr Mélanie Serrero de l'APHM (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) a présenté une mise au point sur la thérapie cellulaire au cours des MICI. Tout d'abord, rappelons que la thérapie cellulaire consiste en l'injection de cellules humaines dans le but de prévenir, traiter ou atténuer une maladie. Au cours des MICI, seules les cellules souches adultes multipotentes sont à considérer. Elles sont issues principalement du tissu adipeux et de la moelle osseuse. On peut recourir à une greffe autologue (qui nécessite un traitement préalable de plusieurs semaines) ou à une greffe allogénique plus simple et sans *immunisation* en ce qui concerne les cellules mésenchymateuses.

Au cours des MICI, deux types de greffe de cellules souches ont été évaluées : 1) la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues et 2) la greffe de cellules souches mésenchymateuses.

La greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) consiste en la

« remise à zéro » du système immunitaire après une intense immunosuppression ayant pour conséquence l'inhibition de l'activation de la réponse immune et une éradication des cellules auto-réactives. La greffe de CSH conduit à une reconstitution hématopoïétique et immunologique visant à une réinitialisation *de novo* de la réponse immune et à la génération d'un nouveau répertoire immunologique (lymphocytes T, lymphocytes B). Après des données encourageantes d'études pilotes, un essai contrôlé et randomisé a été réalisé chez des patients ayant une maladie de Crohn sévère. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe CSH (n = 23) et le groupe traitement conventionnel (n = 22) concernant le critère principal qui était une rémission soutenue à un an. De plus, on notait un nombre significativement plus important d'effets secondaires graves dont un décès dans le groupe CSH [1]. En résumé, la greffe de CSH doit être réservée à des maladies réfractaires dans des centres experts.

// La greffe de cellules souches doit être réservée à des maladies réfractaires dans des centres experts //

Pour citer cet article : Nahon S. Les MICI à l'ANGH 2022. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 21-23. doi : 10.1684/hpg.2023.2525

Les cellules souches mésenchymateuses (CSM) sont des cellules adultes multipotentes aux propriétés immunomodulatrices, anti-inflammatoires, pro-angiogéniques et trophiques. De par leurs caractéristiques, il n'y a de risque de rejet même il s'agit d'une greffe de cellules allogéniques. La greffe de CSM a été évaluée au cours des fistules anopérinéales de la maladie de Crohn et plus anecdotiquement au niveau d'ulcérations de la muqueuse colique. L'administration des CSM se fait essentiellement par voie locale en sous-cutanée. Après des résultats encourageants en phase I et II, ce traitement (darvadstrocel) a été évalué dans une grande étude randomisée et contrôlée de phase III (essai ADMIRE) chez des patients ayant des fistules anales complexes réfractaires à au moins une biothérapie et à un traitement chirurgical [2]. La première étape consistait en un nettoyage chirurgical de la fistule et à la mise en place d'un sétou, puis entre 1 semaine à 1 mois, retrait du sétou, curetage du trajet fistuleux, fermeture par un point de l'orifice interne puis enfin injection de sérum physiologique (groupe placebo) ou de CSM dans les parois autour du trajet fistuleux. Aux semaines 24 et 52, une cicatrisation complète était observée chez respectivement 50 % et 54 % des patients traités par darvadstrocel vs. 34 % et 37 % dans le groupe placebo ($p = 0,02$; $p = 0,01$). Les résultats dans le groupe placebo ne sont pas négligeables, probablement en raison du fait que la préparation du trajet fistuleux et la fermeture de l'orifice interne contribuent à la cicatrisation de la fistule. Le darvadstrocel a obtenu une AMM pour les fistules anopérinéales complexes de maladie de Crohn, réfractaire à au moins une biothérapie. Enfin, le Dr Serrero nous a présenté le travail qu'elle a coordonné à l'APHM sur la faisabilité, la tolérance et l'efficacité d'une greffe de CSM obtenues non pas par culture (longue et très coûteuse) mais directement à partir du tissu adipeux du patient (prélevé par lipoaspiration) en utilisant la fraction vasculaire stromale (digestion enzymatique des adipocytes réalisée en trois heures), ce culot cellulaire est injecté dans la fistule qui a été curetée au préalable et obturée par un point au niveau de l'orifice interne. Cette étude pilote sur dix patients a montré une très bonne tolérance et une réelle efficacité et un PHRC est en cours [3].

// En conclusion, la greffe autologue de CSM a une morbidité élevée et des indications très limitées //

// En revanche, la greffe de CSM pour le traitement des fistules anopérinéales de la maladie de Crohn a sa place chez les patients ayant des fistules complexes invalidantes en échec d'au moins une biothérapie //

Activité physique et MICI

D'après la communication de Marine Jeay *et al.* Montfermeil

Les MICI sont associés à altération importante de la qualité de vie à la fois en raison des symptômes digestifs mais

aussi en raison d'une fatigue parfois important y compris en dehors d'une poussée de la maladie. Ainsi dans l'étude BIRD réalisée en collaboration avec l'AFA, 47 % des patients déclaraient une fatigue, 49 % des symptômes dépressifs et 30 % des symptômes d'anxiété [4]. Ainsi une prise en charge complémentaire associée aux traitements conventionnels pourrait s'avérer utile comme cela a été montré dans d'autres pathologies chroniques. L'activité physique adaptée a en effet montré qu'elle était bénéfique au cours des maladies chroniques et notamment chez les patients ayant un cancer. L'activité physique adaptée est définie par une activité physique qui va prendre en compte le patient dans sa globalité et notamment au cours des MICI : l'âge, le sexe, les comorbidités, les antécédents chirurgicaux, une atteinte articulaire associée et, enfin et surtout, l'existence d'une poussée de la maladie. Les patients ayant une MICI pourraient également bénéficier d'une APA en association avec le traitement de fond de leur maladie. À ce jour, peu d'études ont évalué le bénéfice de l'APA au cours des MICI.

M. Jeay *et al.* ont présenté les résultats d'une enquête menée en collaboration entre ANGH et l'AFA auprès de plus de 500 patients. Les patients ont répondu à un questionnaire portant sur l'activité physique mesurée par le score IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) qui est un score validé permettant de mesurer l'activité physique, le score de Fatigue : FACIT-F (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*), le score d'anxiété et dépression : HAD (*Hospital Anxiety and Depression scale*), les données concernant leur maladie (localisation, chirurgie, traitement) et des données concernant les freins à la pratique d'une APA au cours et en dehors d'une poussée de la MICI.

Résultats

538 patients dont 382 femmes (71 %), âgés en moyenne de $37,7 \pm 11,2$ ans ont répondu à cette enquête ; 298 (55 %) étaient suivis pour une maladie de Crohn, 187 (35 %) se considéraient en poussée, 350 (65 %) étaient traités par biothérapie et 145 (27 %) avaient une atteinte articulaire associée.

En analyse univariée, la pratique d'une AP modérée ou intense était associée à un score FACIT plus élevé ($P < 0,001$), un score de dépression plus bas ($P < 0,001$) et la sensation d'être en bonne santé ($P < 0,001$). Un tabagisme actif d'au moins cinq paquets-années (PA) était associé à une AP légère ($P < 0,01$). Ni les symptômes de la MICI, ni une atteinte articulaire n'étaient associés à une AP légère. De même, un traitement par biothérapie ou un antécédent de chirurgie digestive n'influaient pas l'AP. En analyse multivariée, le fait de se considérer en bonne santé, une fatigue moins importante et un niveau d'études supérieures étaient associés significativement à une AP modérée à intense. Après une séance d'AP, les trois principaux paramètres rapportés comme étant améliorés étaient l'état émotionnel (81 %), le sommeil (68 %), et la fatigue (54 %).

Une diminution des douleurs abdominales et articulaires était signalée chez respectivement 31 % et 29 % des patients et 37 % d'entre eux estimaient que leur transit était amélioré.

Parmi les facteurs pouvant limiter la pratique d'une AP, les principaux identifiés étaient : la fatigue chez respectivement 76 % des patients en poussée et 47 % en rémission, les douleurs abdominales et la diarrhée chez 64 % des patients en poussée. 38 % des patients en poussée estimaient que le manque d'accès aux sanitaires limitait leur AP. Un manque de motivation était un frein chez 54 % des patients en poussée et 33 % des patients en rémission.

Dans cette large enquête, la pratique d'une AP modérée à intense chez les patients suivis pour une MICI était associée à un score de dépression plus bas et une fatigue moins importante qu'en cas d'AP légère. Par ailleurs, les patients

avant une AP régulière ressentaient une amélioration de leur état de santé. Certains facteurs en limitent la pratique : le manque de motivation, la nécessité de conseils adaptés : ceux-ci pouvant être remédiés par la mise en place de programmes d'APA. L'APA apparaît donc comme un outil à associer aux thérapies médicamenteuses dans la prise en charge des MICI.

|| La pratique d'une activité physique modérée à intense chez les patients suivis pour une MICI est associée à un score de dépression plus bas et une fatigue moins importante qu'en cas d'activité physique légère ||

Liens d'intérêts :

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



TAKE HOME MESSAGES

- La greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues chez des patients ayant une maladie de Crohn sévère ne semble apporter aucun bénéfice par rapport à un traitement classique.
- La greffe de cellules souches mésenchymateuses paraît un traitement efficace des fistules anopéri-néales de la maladie de Crohn.
- Après une séance d'activité physique, les patients atteints de MICI constatent une amélioration de leur état émotionnel, de leur sommeil et une moindre fatigue.

Références

- 1 • Hawkey CJ, Allez M, Clark MM, *et al.* Autologous hematopoietic stem cell transplantation for refractory Crohn disease: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 314: 2524-34.
- 2 • Panés J, García-Olmo D, Van Assche G, *et al.* Expanded allogeneic adipose-derived mesenchymal stem cells (Cx601) for complex perianal fistulas in Crohn's disease: a phase 3 randomised, double-blind controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2016; 388: 1281-90.
- 3 • Serrero M, Grimaud F, Philandrianos C, Visée C, Sabatier F, Grimaud JC. Long-term safety and efficacy of local microinjection combining autologous micro-fat and adipose-derived stromal vascular fraction for the treatment of refractory perianal fistula in Crohn's disease. *Gastroenterology* 2019; 156: 2335-37.e2.
- 4 • Willet N, Sarter H, Gower-Rousseau C, *et al.* Patient-reported outcomes in a French nationwide survey of inflammatory bowel disease patients. *J Crohns Colitis* 2017; 11: 165-74.

La cancérologie digestive au congrès de l'ANGH 2022 : arrivée de l'immunothérapie en pratique clinique dans la prise en charge des carcinomes œsogastriques

Digestive oncology at the ANGH 2022 Congress: Arrival of immunotherapy in clinical practice in the management of esophageal and gastric carcinoma

You-Heng Lam

Centre hospitalier de Cholet, Service d'hépatogastro-entérologie, 1 rue Marengo, 49300 Cholet

@ Correspondance : Y-H. Lam
you-heng.lam@ch-cholet.fr

▼ Résumé

Le Pr Rosine Guimbaud, du CHU de Toulouse a précisé le rôle émergent de l'immunothérapie dans la prise en charge des cancers de l'œsophage et de l'estomac en situation curative ou métastatique et a précisé les biomarqueurs à rechercher dans l'utilisation de ces nouvelles thérapies en pratique clinique.

• **Mots clés :** carcinomes œsogastriques, immunothérapie

▼ Abstract

Rosine Guimbaud, MD, PHD, University Hospital of Toulouse, clarified the emerging role of immunotherapy in the management of resectable and metastatic oesophageal or gastric cancers and specified which biomarkers have to be search when using these new therapies in clinical practice.

• **Key words:** oesophageal carcinoma, immunotherapy

En situation adjuvante ou néoadjuvante

Le pronostic des carcinomes gastriques ou œsophagiens localisés reste sombre avec une survie de moins de 50 % à cinq ans malgré les progrès de la radiochimiothérapie pré-opératoire dans les cancers de l'œsophage ou chimiothérapie péri-opératoire dans les cancers gastriques [1-3].

Ce constat doit conduire à la participation aux essais cliniques.

L'étude Checkmate 577 [4], est une étude internationale de phase III qui a randomisé 794 patients avec un carcinome œsophagien et de la jonction œsogastrique de stade II ou III, que ce soit de l'adénocarcinome ou carcinome

épidermoïde, ayant eu une radiochimiothérapie néoadjuvante suivie de chirurgie, avec une maladie résiduelle en deux bras, un bras nivolumab toutes les deux semaines pendant 16 semaines puis toutes les quatre semaines pour une durée totale de un an et un bras placebo.

Les conditions étaient une maladie histologique résiduelle et un état général conservé avec un ECOG PS 0 ou 1.

Le critère principal était la survie sans récurrence, les critères secondaires la survie globale, le taux de survie globale à un, deux et trois ans.

La population étudiée était majoritairement masculine (84 %), d'origine européenne (38 %), et concernait une majorité d'adénocarcinome (60 %).

Pour citer cet article : Lam Y-H. La cancérologie digestive au congrès de l'ANGH 2022 : arrivée de l'immunothérapie en pratique clinique dans la prise en charge des carcinomes œsogastriques. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 24-27. doi : 10.1684/hpg.2023.2524

L'objectif principal était atteint dans le bras nivolumab avec une médiane de survie sans récurrence de 22,4 mois *versus* 11 mois avec un $p < 0,001$, hazard ratio 0,69 (IC95,4 % : 0,56-0,86).

Tous les sous-groupes ont eu ce bénéfice, quel que soit le type histologique (adénocarcinome – ADK – ou carcinome épidermoïde – CE) ou le taux d'expression de PD-L1 $> 0 < 1$ %.

Le nivolumab est le nouveau standard après résection d'un CE/ADK de l'œsophage et de la JOG traité par RCT néoadjuvant et avec maladie histologique résiduelle.

II // Le nivolumab est le nouveau standard après résection d'un carcinome épidermoïde ou adénocarcinome de l'œsophage et du cardia traité par radiochimiothérapie néoadjuvante et avec maladie histologique résiduelle II

Autorisation d'accès précoce octroyée le 24 janvier 2022 à la spécialité OPDIVO (nivolumab) dans l'indication « *en monothérapie dans le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer de l'œsophage ou de la jonction œsogastrique et qui ont une maladie résiduelle après une radiochimiothérapie néoadjuvante antérieure et une résection complète (R0 post-chirurgie) dans les 4 à 16 semaines* ».

Des résultats préliminaires d'un essai de phase III Neo-AEGIS comparant la radiochimiothérapie de type Cross à la chimiothérapie péri-opératoire (MAGIC et FLOT) montrent une non-infériorité de la chimiothérapie péri-opératoire par rapport à la radiochimiothérapie [5] dans les adénocarcinomes de l'œsophage et de la jonction œsogastrique.

Le traitement standard actuel des adénocarcinomes gastriques localisés reste la chimiothérapie péri-opératoire selon le schéma 4 FLOT (fluorouracile, leucovorine, oxaliplatine et docétaxel) en péri-opératoire [3].

Après la publication de l'essai Checkmate 577 [4], le traitement des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique Siewert II, reste débattu. Faut-il proposer une chimiothérapie péri opératoire par FLOT ou proposer une radiochimiothérapie de type CROSS suivi d'immunothérapie par nivolumab ?

Quel est l'apport d'un ciblage HER2 ?

Une étude de phase II PETRARCA [6] a randomisé 81 patients ayant des adénocarcinomes de l'estomac et de la jonction œsogastrique HER+ en deux bras, un bras chimiothérapie par FLOT et l'autre par FLOT et double inhibition HER2 (pertuzumab et trastuzumab). On avait une réponse

histologique complète dans 35 % dans le bras chimiothérapie associée à la double inhibition HER2 *versus* 12 % dans le bras chimiothérapie seule ($p = 0,02$).

Cette étude n'a pas été poursuivie du fait de la négativité de cette association anti HER2, en situation métastatique.

Quel est l'apport de l'immunothérapie en situation néoadjuvante ?

Trois essais internationaux sont en cours dans les adénocarcinomes gastriques localisés par l'ajout d'immunothérapie (pembrolizumab KEYNOTE-585, durvalumab MATTHERHORN et atézolizumab DANTE) plus ou moins placebo au protocole de chimiothérapie FLOT en traitement péri-opératoire.

Une analyse intermédiaire sur 295 patients de l'essai de phase IIb DANTE [7] (dont 25 patients MSI) évaluant l'intérêt de l'ajout de l'atézolizumab dans l'adénocarcinome gastrique et de la jonction (\geq cT2 et/ou N+) a montré une régression histologique complète de 23 % *versus* 15 % pour pT0 et pN0 (68 % *vs.* 54 %), avec un meilleur taux de réponse chez les patients ayant un score CPS (nombre de cellules exprimant le PD-L1 (cellules tumorales, lymphocytes et macrophages) divisé par le nombre total de cellules tumorales multiplié par 100) ≥ 10 (33 % *vs.* 12 %) ou ayant un statut MSI-H (63 % *vs.* 27 %).

Une étude de phase II NEONIPIGA [8] a évalué une bi-immunothérapie par nivolumab 240 mg toutes les deux semaines et ipilimumab 1 mg/kg toutes les six semaines six cycles suivie de chirurgie suivie de nivolumab seul en post-opératoire, chez de patients ayant des adénocarcinomes gastriques d-MMR (MSI) \geq cT2.

29 patients ont été opérés sur les 32 inclus dans l'étude.

La résection RO était de 100 % et la réponse histologique était complète dans 59 %.

Il n'était pas noté de rechute après un suivi médian de 15 mois.

Ces essais montrent des résultats prometteurs de l'immunothérapie dans les ADK gastriques ou de la jonction œsogastrique localisés MSI ou d-MMR et incitent à la poursuite d'essais cliniques.

De plus, l'INCa recommande depuis novembre 2021, d'évaluer systématiquement le statut MMR tumoral pour tous les adénocarcinomes œsogastriques, dès le diagnostic, quels que soient le stade, l'âge et le contexte familial et personnel du patient.

II // L'INCa recommande depuis novembre 2021, d'évaluer systématiquement le statut MMR tumoral pour tous les adénocarcinomes œsogastriques, dès le diagnostic, quels que soient le stade, l'âge et le contexte familial et personnel du patient II

En situation métastatique

Quatre études ont montré une efficacité de l'immunothérapie en deuxième ligne métastatique de carcinome épidermoïde de l'œsophage sur la survie globale (Attraction 3, Keynote 181, ESCORT, RATIONALE 302).

L'étude de phase III Attraction 3 [9] a randomisé 419 patients, en deuxième ligne métastatique de carcinome épidermoïde de l'œsophage en deux bras, un bras immunothérapie par nivolumab un bras chimiothérapie (choix par l'investigateur : paclitaxel ou docétaxel) après une première ligne de chimiothérapie à base de sels de platine, indépendamment de l'expression tumorale de PD-L1.

L'objectif principal était atteint avec une médiane de survie de 10,9 mois (IC95 % : 9,2-13,3 vs. 8,4 mois, 7,2-9,9 avec un hazard ratio à 0,77, IC95 % : 0,62-0,96 ; $p = 0,019$).

Cette étude a permis l'obtention de l'AMM mais n'a pas obtenu de remboursement du fait d'un service médical rendu jugé insuffisant.

L'essai Keynote 590 [10], étude phase III, a randomisé 790 patients en deux bras, un bras chimiothérapie associée au pembrolizumab, un bras chimiothérapie associé à un placebo, en première ligne chez des patients ayant un cancer de l'œsophage avancé avec un score CPS ≥ 10 (score combiné positif).

La population étudiée était majoritairement asiatique (54 %), avec une prédominance de carcinome épidermoïde (70 %).

Cette étude était positive avec une médiane de survie de 13,9 mois vs 8,8 mois (hazard ratio : 0,57 [IC95 % : 0,43-0,75] ; $p < 0,0001$), ce qui a permis l'obtention de l'AMM.

Le pembrolizumab (Keytruda®), en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de fluoropyrimidine, est indiqué dans le traitement en première ligne des patients atteints d'un cancer de l'œsophage ou adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne HER-2 négatif, localement avancés non résectables ou métastatiques, dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS ≥ 10 .

L'essai Checkmate 648 [11], étude de phase III, a randomisé des patients ayant un carcinome épidermoïde de l'œsophage métastatique avec un score TPS PD-L1 ≥ 1 (*Tumor Proportion Score*).

En première ligne en trois bras, un bras chimiothérapie associé au nivolumab, un bras nivolumab et ipilimumab et un bras chimiothérapie seule.

La SSP n'était pas significative entre les bras chimiothérapie seule et l'association nivolumab et ipilimumab.

La SG et la SSP étaient significativement augmentées par l'ajout du nivolumab à la chimiothérapie chez les patients avec une tumeur PD-L1 ≥ 1 % (SG médiane : 15,4 vs. 9,1 mois, HR : 0,54, $p < 0,001$ et SSP médiane : 6,9 vs. 4,4 mois).

« Pré-AMM » européenne

Le nivolumab est indiqué en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et fluoropyrimidine.

Pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage localement avancé non résectable ou métastatique, Chez les adultes avec tumeurs à expression PD-L1 TPS ≥ 1 %.

L'essai Checkmate 649 [12], étude internationale, a randomisé 2 687 patients ayant un adénocarcinome gastrique, de la jonction ou du bas œsophage, HER2 négatif, en trois bras, en première ligne, un bras chimiothérapie (XELOX ou FOLFOX) associé à du nivolumab, un bras nivolumab et ipilimumab et un bras chimiothérapie seule, indépendamment de l'expression de PD-L1.

Le bras nivolumab associé à ipilimumab a été fermé précocement.

L'objectif principal était la survie globale et la survie sans progression chez les patients ayant un score CPS ≥ 5 .

1 581 patients ont été randomisés.

Les objectifs principaux sont atteints, avec une médiane de survie de 14,4 mois *versus* 11,1 mois (HR 0,71 [IC98,4 % : 0,59-0,86] ; $p < 0,0001$) et une survie sans progression (médiane de 7,7 vs. 6,0 mois, HR : 0,68 [IC98 % : 0,56-0,81] ; $p < 0,0001$).

AMM européenne

Le nivolumab est indiqué en association à une chimiothérapie combinée à base de fluoropyrimidine et de sels de platine, en première ligne, dans le traitement d'un adénocarcinome gastrique, de la jonction œsogastrique ou de l'œsophage avancé ou métastatique, HER-2 négatif, dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un score combiné positif (Combinés Positive Score) ≥ 5 .

Ces nouveautés dans le cancer de l'œsophage ont fait l'objet d'une mise à jour le 27 juillet 2022 dans le *Thésaurus national de cancérologie digestive* (TNCD)®.

**TAKE HOME MESSAGES**

- Rechercher systématiquement le statut MMR tumoral pour tous les adénocarcinomes œsogastriques, dès le diagnostic.
- Rechercher le statut CPS pour les ADK gastriques, CPS et TPS dans les carcinomes œsophagiens et de la jonction œsogastrique en situation métastatique.

**Remerciements :**

au Pr Rosine Guimbaud pour les documents de la conférence.

**Liens d'intérêts :**

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

Références

- 1 • Van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, *et al.* CROSS Group. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 2012; 366: 2074-84.
- 2 • Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, *et al.* CROSS Study Group. Ten-year outcome of neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery for esophageal cancer: the randomized controlled CROSS trial. *J Clin Oncol* 2021; 39: 1995-2004.
- 3 • Hofheinz RD, FLOT4-AIO Investigators. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or

capecitabine plus cisplatine and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet* 2019; 393: 1948-57.

4 • Kelly RJ, Ajani JA, Kuzdzal J, *et al.* CheckMate 577 Investigators. Adjuvant nivolumab in resected esophageal or gastroesophageal junction cancer. *N Engl J Med* 2021; 384: 1191-203.

5 • Reynolds JV, Preston SR, O'Neill B, *et al.* Neo-AEGIS (Neoadjuvant trial in Adenocarcinoma of the Esophagus and Esophago-Gastric Junction International Study): preliminary results of phase III RCT of CROSS versus perioperative chemotherapy (Modified MAGIC or FLOT protocol). (NCT01726452). *J Clin Oncol* 2021; 39: 4004.

6 • Hofheinz RD, Haag GM, Ettrich TJ, *et al.* Perioperative trastuzumab and pertuzumab in combination with FLOT versus FLOT alone for HER2-positive resectable esophagogastric adenocarcinoma: final results of the PETRARCA multicenter randomized phase II trial of the AIO. *J Clin Oncol* 2020; 38: 4502.

7 • Al Batran SE, Lorenzen S, Thuss-Patience PC, *et al.* Surgical and pathological outcome, and pathological regression, in patients receiving perioperative atezolizumab in combination with FLOT chemotherapy versus FLOT alone for resectable esophagogastric adenocarcinoma: interim results from DANTE, a randomized, multicenter, phase IIb trial of the FLOT-AIO German Gastric Cancer Group and Swiss SAKK. *J Clin Oncol* 2022; 40: abstract 4003.

8 • Andre T, Tougeron D, Piessen G, *et al.* Neoadjuvant nivolumab plus ipilimumab and adjuvant nivolumab in patients (pts) with localized microsatellite instability-high (MSI)/mismatch repair deficient (dMMR) oeso-gastric adenocarcinoma (OGA): the GERCOR NEONIPIGA phase II study. *J Clin Oncol* 2022; 40: 244.

9 • Kato K, Cho BC, Takahashi M, *et al.* Nivolumab versus chemotherapy in patients with advanced oesophageal squamous cell carcinoma refractory or intolerant to previous chemotherapy (ATTRACTION-3): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2019; 20: 1506-17.

10 • Sun JM, Shen L, Shah MA, *et al.* KEYNOTE-590 Investigators. Pembrolizumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for first-line treatment of advanced oesophageal cancer (KEYNOTE-590): a randomised, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet* 2021; 398: 759-71.

11 • Doki Y, Ajani JA, Kato K, *et al.* CheckMate 648 Trial Investigators. Nivolumab combination therapy in advanced esophageal squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2022; 386: 449-62.

12 • Janjigian YY, Shitara K, Moehler M, *et al.* First-line nivolumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric, gastro-oesophageal junction, and oesophageal adenocarcinoma (CheckMate 649): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2021; 398: 27-40.

L'endoscopie à l'ANGH

▼ Résumé

Au cours du congrès ANGH d'Aix-en-Provence, l'endoscopie a été illustrée, en dehors des cas cliniques, par deux études d'organisation et deux études de retour d'expériences.

• **Mots clés** : endoscopie digestive, étude de pratique

▼ Abstract

During the ANGH congress in Aix en Provence, endoscopy was illustrated, apart from clinical cases, by two organisation studies and two feedback studies.

• **Key words**: digestive endoscopy, practice study

The endoscopy at the ANGH congress

Serge Bellon

Centre Hospitalier d'Avignon,
Service d'hépatogastroentérologie,
305 rue R. Follereau,
84902 Avignon cedex 9

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

Le premier travail a analysé le risque de transmission du Covid par les équipes d'endoscopie. Il en ressort que l'analyse par test PCR avant l'examen endoscopique n'apporte pas d'avantage par rapport à la détection par l'interrogatoire des patients à risque de Covid. Ce dernier suffit donc. Une deuxième enquête montre que le travail d'information des patients sur les risques de la coloscopie est réalisé dans 80 à 90 % des cas. Mais que le niveau réel « ressenti » par les patients est nettement moins satisfaisant. À corriger...

L'écho-endoscopie a focalisé l'attention des retours d'expérience. Son utilisation en pathologie oncologique thoracique permet de rattraper certains échecs de la fibroscopie bronchique et d'obtenir des prélèvements de plus grande taille pour orienter vers des chimiothérapies ciblées. Lors de l'utilisation en première intention de la Hot Axios® pour les sténoses biliaires néoplasiques, il faut savoir et pouvoir prendre en charge les complications, parfois sévères. Cependant, les nombreux avantages de la technique

incitent de plus en plus d'équipes à l'utiliser en première intention.

Risque Covid en unité d'endoscopie : même pas peur ! – The safety of endoscopy units during the Covid-19 pandemic

D'après la communication de M. Gonçalves, et al., CH Braga

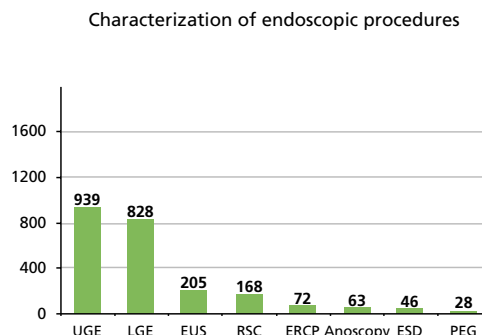
Les recommandations pour prévenir la transmission de la Covid en secteur d'endoscopie sont bien établies pour les personnels (équipement individuel, détection en cas de contact, etc.) mais aussi pour les patients qui doivent obligatoirement réaliser un test PCR dans les trois jours qui précèdent l'examen [1].

Entre septembre 2020 et février 2021, l'Unité d'Endoscopie du CH de Braga au Portugal a analysé le risque de transmission de la Covid pour l'ensemble des patients venant pour une endoscopie diagnostique ou thérapeutique, avec ou sans AG (figure 1). L'étude, mono-

Pour citer cet article : Bellon S. L'endoscopie à l'ANGH. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 28-32. doi : 10.1684/hpg.2023.2521

Results

Characterization of patients	
Total, n	2166
Male, n (%)	1218 (56.2)
Age, Mean \pm SD (years)	61,8 \pm 14,7
Past SARS COV2 infection, n (%)	81 (3.7)
Time between past infection and endoscopy, median \pm IQ (days)	74 \pm 40,5 : 160,5



Main reasons for endoscopic procedure:
 Colonic polyps (377, 17.4%) | Gastric dysplasia (162, 7.5%) | Inflammatory bowel disease (155, 7.2%) | Surveillance after CRC resection (109, 5%) | Anemia (87,4%)

Figure 1 • Caractéristiques des patients et des procédures endoscopiques.

centrique et rétrospective, concerne 2 166 patients consécutifs. 645 (29,2 %) ont été dépistés à l'aide d'un questionnaire. 1 521 (70,8 %) ont bénéficié d'une PCR Covid dans les trois jours précédant l'endoscopie. Seulement 21 patients (1,4 %) qui avaient été testés biologiquement se sont révélés positifs et ils étaient tous asymptomatiques (potentiel de contagiosité faible). Les auteurs ont analysé dans un deuxième temps les données de la plateforme portugaise de recueil des résultats Covid pendant les 14 jours qui suivaient le geste endoscopique. Seuls neuf patients ont été diagnostiqués positifs ; avec un délai moyen de 10 jours par rapport de la date de l'endoscopie : le lien de causalité entre l'endoscopie et l'infection Covid était donc difficile à affirmer...

L'équipe endoscopique du CH Braga conclut que lorsqu'on suit les recommandations d'usage anti-Covid pour la sélection et la protection des patients ainsi que pour la formation des personnels, le risque de transmission est négligeable. Depuis cette date dans ce centre, le dépistage avant une endoscopie ne se fait plus par test PCR mais par simple questionnaire sur l'état de santé et les facteurs de risque de contamination pour la Covid.

// Les recommandations d'usage anti-Covid pour la sélection et la protection des patients ainsi que pour la formation des personnels rendent négligeable le risque de transmission //

Niveau d'information avant endoscopie : peut mieux faire ! – Évaluation du niveau d'information des patients avant endoscopie : une étude pilote

D'après la communication de F. Moryoussef et al., CH Poissy

Depuis la loi Khouchner de 2009, le devoir d'information des patients par le médecin est « gravé dans le marbre ». Cependant, le rapport 2021 de la MACSF (figure 2) note que le défaut de cette même information représente près de 10 % des dossiers d'expertises et, surtout, qu'il est à l'origine de 40 % des discussions en commission de médiation.

Le Centre de Poissy a mené une étude prospective sur dix mois à propos de 511 patients rentrant pour une endoscopie conventionnelle en secteur ambulatoire. L'infirmière remettait puis recueillait avant l'anesthésie générale, un questionnaire d'évaluation de l'information. 122 réponses ont été obtenues.

Les patients avaient été vus en consultation dans 86 % des cas. Ils avaient reçu la fiche SFED dans 84 % des cas et avaient remis un consentement signé dans 90 % des cas.

Pourtant, 24 % de patients déclaraient ne pas être informés du risque d'hémorragie digestive et ou de perforation. 24 % déclaraient aussi ne pas être informés des signes devant faire consulter en cas de complications.

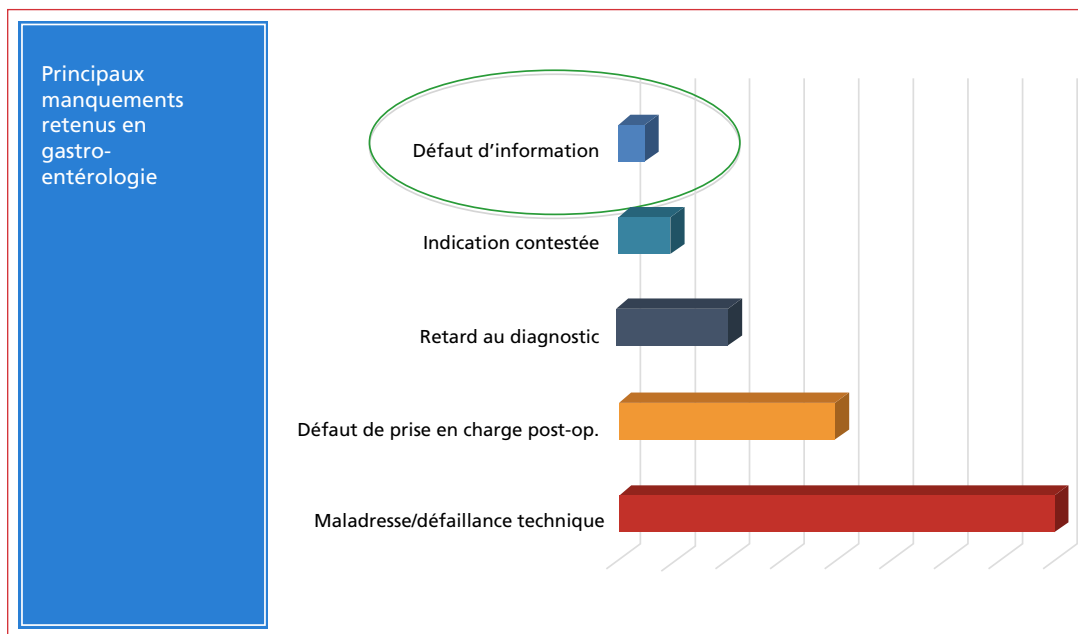


Figure 2 • Motifs des recours des patients auprès de la MACSF, rapport 2021.

Bien que présentant certaines limites (étude monocentrique, effectif réduit...), ce travail montre que malgré des taux de consultation avant coloscopie et de recueil de consentement assez élevés, le niveau d'information réel ou perçu par le patient est insuffisant.

Il faut donc poursuivre notre effort pour augmenter la quantité d'information délivrée aux patients mais surtout, des progrès doivent être réalisés dans la pédagogie des explications.

// Malgré des taux de consultation avant coloscopie et de recueil de consentement assez élevés, le niveau d'information réel ou perçu par le patient est insuffisant //

Endoscopies digestive et pneumologique : un couple qui dure ! – Collaboration en endoscopie entre hépato-gastroentérologue et pneumologue dans la prise en charge en oncologie digestive

D'après la communication de You-Heng Lam et al., CH Cholet

Le Centre Hospitalier de Cholet rapporte son expérience sur la coopération entre les équipes d'endoscopie

digestive et les équipes d'endoscopie pneumologique dans le champ de l'oncologie thoracique. Depuis toujours, les équipes d'endoscopie digestive et pneumologique réalisent des examens de dépistage croisés. Les fibroscopies bronchiques en cas de diagnostic de carcinome épidermoïde de l'œsophage et inversement les endoscopies œsophagiennes avec lugol en cas de diagnostic de certains cancers bronchiques. De la même façon, les deux équipes d'endoscopie peuvent intervenir dans le cadre de la mise en place de prothèse, soit œsophagienne soit trachéale, en cas de fistule entre ces deux organes. Lors du congrès d'Aix-en-Provence, l'équipe de Cholet rapporte six cas observations d'écho-endoscopie digestive utiles pour la prise en charge de patients porteurs de cancer bronchopulmonaire et de lésions médiastinales (figure 3). Pour trois cas, l'écho-endoscopie a permis de faire le diagnostic de carcinome bronchique sans avoir besoin de recourir à la fibroscopie bronchique. Dans les trois autres cas, l'écho-endoscopie portait le diagnostic alors que la fibroscopie bronchique avait été prise en défaut. Dans tous les cas, la taille des prélèvements permettait de réaliser des marqueurs spécifiques orientant vers des chimiothérapies « adaptées ». En conclusion, l'écho-endoscopie avec ponction permettait d'apporter directement le diagnostic des pathologies oncologiques lorsqu'elles siégeaient dans le médiastin inférieur et postérieur. Par ailleurs, à l'heure des thérapies ciblées [2], les prélèvements par écho-endoscopie digestive permettaient d'améliorer la recherche de marqueurs immuno-histochimiques.

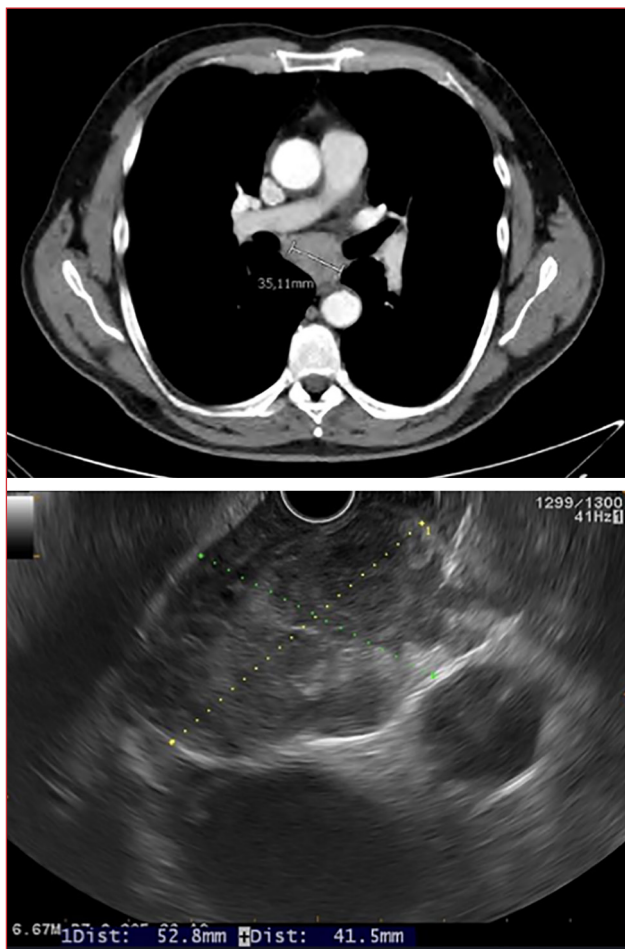


Figure 3 • Adénopathies médiastinales.

// L'écho-endoscopie avec ponction permet d'apporter directement le diagnostic des pathologies oncologiques dans le médiastin inférieur et postérieur //

Drainage biliaire – Système d'apposition luminaire biliaire Hot Axios. 2020-2022 : Que sont nos amours devenues ?

D'après la communication de S. Bellon et al., CH Avignon

Le dispositif Hot Axios® à visée biliaire (figure 4), utilisé depuis plus de cinq ans en France, vient d'obtenir son autorisation officielle d'utilisation, délivrée par la HAS, depuis février 2022. Dans l'intitulé, son utilisation par technique écho-endoscopique requiert un niveau d'expertise élevé en endoscopie interventionnelle, une formation dédiée, et surtout, ne peut se faire qu'en deuxième intention après échec d'une ERCP.

Néanmoins, les équipes qui ont réalisé les premières études [3] ont relevé des performances d'utilisation très élevées et un rapport bénéfice/risque supérieur ou égal à celui de l'ERCP. Ces mêmes équipes ont donc basculé, à des degrés divers, vers l'utilisation de la Hot Axios® en première intention... mais il s'agit d'équipes expertes ! L'objectif de la communication du CH Avignon était de rapporter l'expérience d'un centre non expert pour l'utilisation de la Hot Axios en première intention.

Trente-deux Hot Axios®, dans le cadre de sténoses biliaires malignes, ont été posés en première intention sur deux

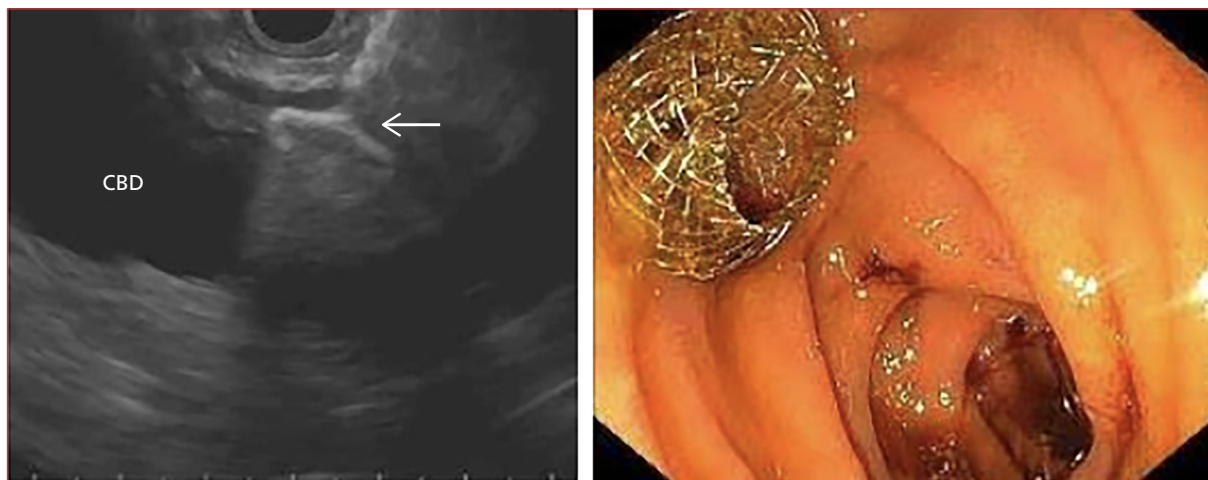


Figure 4 • Colletterte distale (vue en échographie) et colletterte proximale (vue en endoscopie) de la prothèse Axios®.



TAKE HOME MESSAGES

- Le risque de transmission de la Covid par endoscopie paraît virtuel. Il faut donc probablement revoir les recommandations actuelles.
- Les endoscopistes ont globalement intégré le devoir d'information au patient sur les risques des examens mais il reste des efforts pour que les messages soient mieux compris.
- L'écho-endoscopiste digestif doit participer à la prise en charge des patients en oncologie thoracique du fait d'un accès privilégié à certains territoires du médiastin et de la taille de ses prélèvements qui permet l'obtention de marqueurs immunohistochimiques.
- Le drainage des sténoses malignes de la voie biliaire laisse de plus en plus de place à l'écho-endoscopie, notamment par le biais du dispositif Hot Axios®.

ans. On note un seul échec technique faisant recourir à une ERCP. Le temps moyen d'exécution était de sept minutes. Il y a eu deux complications : une hémorragie modérée qui s'était tarie lors de l'examen endoscopique à J+1. Un bilio-péritoine faisant proposer une chirurgie qui n'a pas été retenue après discussion avec la famille du fait du statut palliatif sévère du patient (décès à J4). Deux prothèses étaient non efficaces à J7 et ont nécessité la mise en place d'une deuxième prothèse (métallique couverte ou plastique queue-de-cochon) à l'intérieur. Cinq patients ont récidivé pour l'ictère dans les 90 jours qui ont suivi la pose, nécessitant là encore la mise en place d'une deuxième prothèse. Il n'y a eu bien sûr aucune pancréatite aiguë.

Deux patients ont bénéficié d'une duodéno pancréatectomie céphalique sans aucune gêne pour le chirurgien.

En conclusion, cette étude avignonnaise montre des résultats globalement superposables à ceux des centres experts et va dans le sens d'une utilisation possible de la Hot Axios en première intention même si cela n'est pas encore validé par les recommandations ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy). En cas d'utilisation, il faut savoir qu'il existe un taux de réintervention élevé au cours des trois mois qui suivent la pose (l'existence d'une sténose duodénale associée semble être le facteur de risque principal). Par ailleurs, l'existence de complications potentiellement sévères nécessite de mettre en place cette technique en coopération avec l'équipe chirurgicale affiliée au service.

// Le système d'apposition luminale biliaire Hot Axios paraît possible en première intention même si cela n'est pas encore validé par les recommandations ESGE //



Liens d'intérêts :

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

Références

- 1 • Fiches SFED. « Epidémie de COVID-19 : recommandations en endoscopie digestive » du 14/03/2020 et 13/11/2021 et 17/01/2022. <https://www.sfed.org/article/epidemie-covid-19-recommandations-endoscopie-digestive>
- 2 • Mosele F, Remon J, Mateo J, et al. Recommendations for the use of next-génération séquençage (NCS) for patients with métastatics cancers: a report from the ESMO Précision Médecine Working Group. *Ann Oncol* 2020 ; 31 : 1491-505.
- 3 • Jacques J, Privat J, Pinard F, et al. Endoscopic ultrasound-guided choledocoduodenostomy with electrocautery-enhanced lumen-apposing stents: a retrospective analysis. *Endoscopy* 2019 ; 51 : 540-47.

Cas cliniques présentés au congrès de l'ANGH 2022

▼ Résumé

Lors de l'édition 2022 du congrès de l'ANGH, 15 cas cliniques originaux ont été rapportés en communication orale. Ne pouvant tous les présenter dans ce numéro, nous avons décidé de publier une sélection de 4 cas cliniques parmi les plus appréciés du congrès. Les thèmes abordés sont éclectiques : médecine tropicale et infectiologie, cholestase génétique, proctologie. Bonne lecture !

• **Mots clés** : congrès ANGH 2022, cas cliniques, anguillulose maligne, cholestase génétique, endométriose digestive, syndrome hémolytique et urémique

▼ Abstract

During the 2022 edition of the ANGH congress, 15 original clinical cases were reported in oral communication. Unable to present them all in this issue, we have decided to publish a selection of 4 clinical cases among the most popular of the congress. The themes covered are eclectic: tropical medicine and infectiology, genetic cholestasis, protology. Happy reading!

• **Key words**: ANGH 2022 congress, clinical cases, malignant anguillulosis, genetic cholestasis, digestive endometriosis, hemolytic uraemic syndrome

Clinical cases presented at the ANGH 2022 congress

Guillaume Allard

Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence,
Avenue des Tamaris,
13100 Aix-en-Provence



Correspondance : G. Allard
gallard@ch-aix.fr

Cas clinique n°1 : Un passager clandestin

D'après la communication de Zlata Chkolnaia, Centre hospitalier de Saint-Denis

Une patiente de 39 ans, originaire de Côte d'Ivoire arrivée en France depuis peu, avec pour principal antécédent une infection au VIH traitée, est hospitalisée pour un tableau clinique associant douleurs épigastriques, nausées, vomissements parfois sanglants et perte de 15 kg en cinq mois. L'examen clinique suggère un syndrome sub-occlusif. Le bilan sanguin initial montre un discret syndrome inflammatoire avec une CRP à 9, une hypoalbuminémie à 24 g/l et une lipasémie augmentée à 82. Le scanner montre au niveau abdomino-pelvien

des images évocatrices d'une occlusion intestinale haute mécanique sur probable bride sans signe de souffrance digestive et au niveau thoracique des ganglions médiastinaux nécrotiques ainsi que des micronodules apicaux évocateurs d'une pneumopathie tuberculeuse. Une cœlioscopie exploratrice est réalisée en urgence et ne retrouve pas de syndrome occlusif ni de bride. Une tuberculose pulmonaire et surrénalienne, compliquée d'insuffisance surrénalienne aiguë est suspectée et une supplémentation par hydrocortisone IV est instaurée. Le bilan infectieux retrouve de l'*Escherichia Coli* (*E. Coli*) au niveau du sang, des urines et du péritoine justifiant une antibiothérapie par ceftriaxone. Rapidement la patiente se dégrade avec une détresse respiratoire et une confusion fébrile et est transférée en réanimation. De

Pour citer cet article : Allard G. Cas cliniques présentés au congrès de l'ANGH 2022. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 33-36. doi : 10.1684/hpg.2023.2520



Figure 1 • Larves de strongyloïdes stercoralis.

nouveaux prélèvements microbiologiques vont mettre en évidence des larves de strongyloïdes stercoralis (figure 1) et de l'*E. Coli* dans le LBA et le liquide péritonéal. L'analyse du LCR est en faveur d'une méningite. L'ensemble du tableau faisant poser finalement le diagnostic d'anguillulose maligne compliquée d'une infection multisite à *E. Coli*. La patiente reçoit un traitement antiparasitaire associant ivermectine et albendazole ainsi qu'une bi-antibiothérapie par céfotaxime et méropénème.

L'anguillulose est une parasitose tropicale dont la contamination se fait par voie transcutanée lors de la marche pieds nus. Dans sa forme classique elle associe successivement les symptômes suivants : *Larva currens* puis syndrome de Löffler puis épigastalgies et diarrhées. Mais elle peut être asymptomatique. Dans sa forme maligne, favorisée par l'immunodépression en général et la corticothérapie en particulier, elle peut se révéler par un tableau digestif grave associant un syndrome sub-occlusif et une hémorragie digestive en rapport avec une entérite ulcérée. Il peut également y être associé un ictère et une pancréatite aiguë. Il existe également des formes malignes à prédominance respiratoire ou neurologique [1].

Il faut savoir évoquer l'anguillulose en cas de sepsis à *E. Coli* multisites, de sub-occlusion inexplicée ou dans un contexte réanimatoire de défaillance multiviscérale fébrile, chez des patients ayant séjourné en zone tropicale et immunodéprimés. Il faut également penser à prévenir l'anguillulose maligne avant toute immunosuppression chez les patients originaires ou ayant vécu en zone d'endémie : ivermectine 200 µg/kg en prise unique.

// Évoquer l'anguillulose en cas de sepsis à *E. Coli* multisites, de sub-occlusion inexplicée ou dans un contexte réanimatoire de défaillance multiviscérale fébrile, chez des patients ayant séjourné en zone tropicale et immunodéprimés //

Cas clinique n°2 : Un cas clinique qui casse des briques

D'après la communication de Nadia Darwane, Centre hospitalier de Créteil

Une patiente de 52 ans, sans antécédent notable ni traitement, est prise en charge pour un ictère cutanéomuqueux prurigineux évoluant depuis plusieurs mois. Elle ne boit pas d'alcool, ne consomme pas de drogue et n'a pas voyagé récemment. Elle a déjà présenté deux épisodes similaires, l'un dans son enfance, l'autre vers l'âge de 20 ans, tous deux rapidement résolutifs. L'épisode actuel est marqué par un ictère majeur avec une bilirubine à 300 µmol/l à prédominance conjuguée, des transaminases fluctuantes au cours du temps (normales en septembre 2021, ASAT à 195 UI/l et ALAT à 388 UI/l en octobre 2021), des PAL élevées à 400-450 UI/l et des GGT normales. Il n'y a pas d'insuffisance hépatique (taux de prothrombine normal). Sur le plan morphologique, l'échographie abdominale et la bili-IRM sont normales. Sur le plan biologique, les sérologies virales sont négatives ou avec un profil immunisé, le bilan auto-immun et le bilan du cuivre sont normaux. La PBH montre une cholestase centro-lobulaire avec fibrose centro-lobulaire marquée et une discrète inflammation. Une maladie des transporteurs des acides biliaires est donc évoquée, notamment une cholestase intrahépatique récurrente bénigne (BRIC), la patiente présentant tous les critères diagnostiques.

Les critères diagnostiques de BRIC sont les suivants : âge jeune lors de la première crise, au moins deux épisodes de prurit avec ictère, crises espacées de plusieurs mois/années, GGT normales, bili-IRM normale, cholestase centro-lobulaire et fibrose centro-lobulaire en histologie [2].

// La cholestase intra-hépatique récurrente bénigne doit être évoquée chez un sujet d'âge jeune lors de la première crise, ayant au moins deux épisodes de prurit avec ictère, crises espacées de plusieurs mois/années avec GGT normales, bili-IRM normale, cholestase centro-lobulaire et fibrose centro-lobulaire en histologie //

Les gènes les plus fréquemment impliqués dans les BRIC sont *ATP8B1* et *ABCB11*. Cependant, l'analyse génétique de la patiente retrouve une mutation du gène *MYO5B*, codant pour la myosine 5B, entraînant un déficit de cette dernière. Classiquement, les mutations de ce gène sont le plus souvent responsables de diarrhées microvillositaires chez l'enfant. Néanmoins, dans la littérature, il est montré que d'autres mutations particulières de *MYO5B*, sont responsables de maladies cholestatiques. Il est décrit de rares cas de cholestase ictérique à GGT normales, sans diarrhée, de profil similaire à une cholestase intra-hépatique progressive familiale (PFIC) (ces cas sont plutôt sévères avec insuffisance hépatique et transplantation avant 20 ans). Sont également décrits de très rares cas de BRIC [3].

Le diagnostic exact de cette patiente n'est pas encore posé à ce jour : s'agit-il d'une BRIC, s'agit-il d'une PFIC mais avec une évolution beaucoup plus lente que celle rapportée dans la littérature ? Affaire à suivre...

Cas clinique n°3 : Une douleur anale pas si banale

D'après la communication de Simon Weiss, Groupe Hospitalier Diaconesses - Croix Saint-Simon

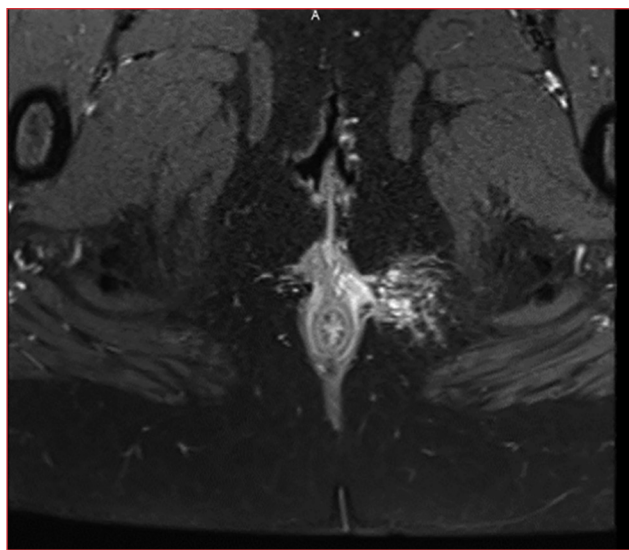


Figure 2 • IRM pelvienne séquence T1 avec gadolinium.

Une patiente de 36 ans, présentant pour seul antécédent une hystérectomie d'hémostase au décours d'un accouchement, consulte pour une douleur anale évoluant par crise depuis deux mois, non rythmée par les selles. Il n'y a ni hématochésie, ni glaire, ni pus, ni fièvre. À l'examen proctologique il existe une induration de la fosse ischio-anale gauche à la palpation, le toucher rectal est souple et il n'y a pas de trajet fistuleux. L'IRM pelvienne initiale trouve un abcès de la fosse ischio-anale gauche avec prolongement en fer-à-cheval antérieur (figure 2). Une tentative d'incision de l'induration se solde par un échec. L'IRM est relue par un radiologue expérimenté : description d'une masse hétérogène et mal limitée, d'aspect mixte en T2 (hyper- et hyposignal) sans véritable abcès situé au niveau de la fosse ischio-anale gauche associée à un très fin trajet fistuleux inter-sphinctérien. Une attitude attentiste est décidée, la patiente allant mieux. Quatre mois plus tard, la patiente revient en consultation, elle présente toujours des crises douloureuses intermittentes et il existe une majoration de l'induration de la fosse ischio-anale gauche. Un examen proctologique est donc réalisé au bloc opératoire et la masse indurée palpée est réséquée en monobloc. L'analyse histologique de la pièce opératoire montre des cellules endométriales permettant de poser le diagnostic d'endométriose périnéale.

L'endométriose touche 10 % des femmes en âge de procréer et 35 % des femmes avec douleurs pelviennes et infertilité. Environ 20 % des femmes atteintes d'endométriose ont des localisations digestives principalement au niveau du rectum, de la cloison recto-vaginale et du côlon sigmoïde. Le traitement de l'endométriose digestive est indiqué en cas de forme symptomatique : il peut être médical (traitements hormonaux principalement progestatifs) ou chirurgical. La prise en charge chirurgicale doit se faire idéalement par des équipes pluridisciplinaires impliquant gynécologues et chirurgiens digestifs entraînés et en étant la plus mini-invasive et conservatrice possible [4].

// Environ 20 % des femmes atteintes d'endométriose ont des localisations digestives principalement au niveau du rectum, de la cloison recto-vaginale et du côlon sigmoïde //

Cas clinique n°4 : Heureuse sera la chute !

D'après la communication de Marion Olivari, Centre Hospitalier d'Annecy

Une patiente de 42 ans, sans antécédent, est admise aux urgences car elle présente depuis 2 jours des douleurs abdominales associées à une diarrhée sanglante profuse avec 40 selles par jour. Elle ne rapporte pas de contagé ni de prise médicamenteuse. Le bilan biologique initial montre un syndrome inflammatoire avec des globules blancs à 31 G/l et une CRP à 125 mg/l. Les plaquettes, le taux de prothrombine

et la fonction rénale sont normaux. Le scanner abdomino-pelvien injecté retrouve un aspect de pancolite. Une antibiothérapie probabiliste par ceftriaxone et métronidazole est instaurée. Malgré ce traitement la patiente se dégrade sur les 48 premières heures avec apparition d'une anémie (Hb 110 g/l), d'une thrombopénie (50 G/l) et une insuffisance rénale (créatininémie 250 µmol/l). Un diagnostic de syndrome hémolytique et urémique (SHU) est évoqué et confirmé par l'identification dans les selles d'un *Escherichia Coli* (*E. Coli*) entérohémorragique producteur de shigatoxine.

// Le diagnostic de syndrome hémolytique et urémique est évoqué et confirmé par l'identification dans les selles d'un *Escherichia Coli* (*E. Coli*) entérohémorragique producteur de shigatoxine //

Le SHU typique est le plus souvent secondaire à une diarrhée liée à *E. Coli* producteur de shigatoxine (STEC). Cette toxine va entraîner une microangiopathie thrombotique (MAT). La MAT se caractérise par une agression endothéliale rénale responsable de thrombi plaquettaires et de fragmentation des hématies. Il en résulte une thrombopénie périphérique de consommation, une anémie hémolytique mécanique et une insuffisance rénale aiguë par obstruction de la microcirculation rénale. Il peut également y avoir une atteinte neurologique dans 15 % des cas et une atteinte vasculaire avec hypertension artérielle sévère.

Le SHU à STEC touche essentiellement l'enfant (100 à 160 cas par an en France) mais l'on recense 10 à 20 cas par an chez l'adulte.

Le réservoir des STEC est le tube digestif des ruminants qui contaminent l'environnement par leurs fèces. Les STEC

sont des bactéries résistantes au froid et détruites par les températures supérieures à 70 °C. La contamination se fait par ingestion d'un produit contaminé cru ou peu cuit (viande de bœuf, produits laitiers non pasteurisés, légumes crus), par voie manuportée ou par voie interhumaine oro-fécale.

Le sérotype le plus souvent isolé est le O26:H11. Il a supplanté le O157:H7 depuis 2018.

Le traitement du SHU est symptomatique et se fait essentiellement en réanimation. L'objectif est de suppléer aux défaillances induites. Les antibiotiques sont déconseillés : la destruction des bactéries entraîne la libération de shigatoxines dans l'organisme, ce qui peut aggraver le SHU. Les antidiarrhéiques sont également à éviter : ils limitent l'élimination des bactéries et de ses toxines [5].

 Liens d'intérêts :

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

Références

- 1 • Vasquez-Rios G, Pineda-Reyes R, Pineda-Reyes J, *et al.* Strongyloides stercoralis hyperinfection syndrome: a deeper understanding of a neglected disease. *J Parasit Dis* 2019; 43: 167-75.
- 2 • Luketic VA, Shiffman ML. Benign recurrent intrahepatic cholestasis. *Clin Liver Dis* 2004; 8: 133-49.
- 3 • Gonzales E, Taylor SA, Davit-Spraul A, *et al.* MYO5B mutations cause cholestasis with normal serum gamma-glutamyl transferase activity in children without microvillous inclusion disease. *Hepatology* 2017; 65: 164-73.
- 4 • Nezhad C, Li A, Falik R, *et al.* Bowel endometriosis: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218: 549-62.
- 5 • *Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) Le syndrome hémolytique et urémique.* Haute autorité de Santé (HAS), Février 2021. https://www.has-sante.fr/fr/jcms/p_3236879/fr/syndrome-hemolytique-et-uremique-shu

Retour sur la session infirmière à l'ANGH – Actualités 2022 : hôtel hospitalier, astreintes et organisation des personnels en endoscopie

Return on the nursing session at the ANGH – News 2022: hospital hotel, on-call duty and organisation of endoscopy staff

Dominique Imbert^{1,2}

¹Cadre supérieur de santé au Centre Hospitalier d'Avignon

²Référent pédagogique et DPC, membre du conseil d'administration du GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie)



Correspondance : D. Imbert
dimbert@ch-avignon.fr

▼ Résumé

Cette année la session dédiée aux infirmiers au congrès de l'ANGH à Aix-en-Provence a réuni 15 infirmiers (IDE) venant de six Centres Hospitaliers Généraux de la région (Aix, Aubagne, Avignon, Draguignan, Salon-de-Provence, Toulon). Deux sujets sous forme de retour d'expérience ont été présentés par les référents pédagogiques du conseil d'administration du GIFE (Groupement infirmier pour la formation en endoscopie). La première présentation a permis de découvrir l'hôtel hospitalier au service des patients qui ont une endoscopie programmée en ambulatoire et la seconde de faire un point sur les astreintes paramédicales en endoscopie. Les participants ont ensuite échangé avec les membres du GIFE sur la formation des personnels et l'organisation des effectifs des plateaux techniques d'endoscopie.

• **Mots clés** : Mots-clés : hôtel hospitalier, astreinte paramédicale, infirmière d'endoscopie, formation, organisation de l'unité d'endoscopie

▼ Abstract

This year the session dedicated to nurses at the ANGH congress in Aix-en-Provence gathered 15 nurses from 6 general hospitals in the region (Aix, Aubagne, Avignon, Draguignan, Salon-de-Provence, Toulon). Two topics in the form of feedback were presented by members of the GIFE (Nursing Group for Endoscopy Training). The first presentation was an opportunity to discover the hospital hotel at the service of patients who have a scheduled endoscopy in ambulatory care and the second was an update on paramedical on-call duty in endoscopy. The participants then discussed with the GIFE members the training of personnel and the organization of the staffing in endoscopy unit.

• **Key words**: hospital hotel, on-call duty, endoscopy nurse, training, organization of endoscopy unit

Présentations

Comment fluidifier le parcours « complexe » des patients en territoire montagneux ? : l'hôtel hospitalier (HH), une expérience positive

pour le service d'endoscopie de Gap

D'après la communication de C. Ray, Infirmière coordinatrice en endoscopie au Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes-du-Sud (CHICAS) de Gap

Pour citer cet article : Imbert D. Retour sur la session infirmière à l'ANGH – Actualités 2022 : hôtel hospitalier, astreintes et organisation des personnels en endoscopie. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 : 37-40. doi : 10.1684/hpg.2023.2523

L'HH est un dispositif qui s'inspire des modèles étrangers notamment des pays anglosaxons. Selon l'ANAP, « les hôtels hospitaliers offrent un hébergement temporaire non médicalisé aux patients en amont, en alternance ou en aval d'une hospitalisation » [1]. Il est défini par la HAS comme « un hébergement où aucun soin n'est délivré. Il peut s'agir d'un hôtel ou d'une structure privée dédiée » [2]. En France, le décret N°2021-1114 du 25/08/2021 [3], ouvre ce dispositif à l'ensemble des établissements à la suite d'expérimentations menées depuis juillet 2017 sur 41 établissements montrant une satisfaction de 90 à 95 % des patients.

Situé au milieu d'un territoire aux contraintes géographiques, le CHICAS de Gap, établissement support du GHT, draine une population venant de localités distantes de 50 à 80 km au sein du massif montagneux des Hautes-Alpes. Cet éloignement combiné à une couverture neigeuse en hiver complique très souvent l'accessibilité des patients relevant d'une prise en charge en ambulatoire. C'est pourquoi en 2019, le CHICAS de Gap a mis en place le recours à l'HH, prenant en charge les nuitées pour les patientes de gynécologie atteintes de cancer du sein pour une chirurgie en ambulatoire avec nécessité d'un repérage à J-1 et d'un contrôle et réfection de pansement à J+1.

En 2021, les vagues d'épidémie de Covid ayant entraîné une diminution des capacités d'hospitalisation, la direction de l'établissement a accordé l'autorisation d'admettre des patients de gastro-entérologie dans ce parcours. Il s'agit principalement des patients éloignés pour leur préparation colique la veille de la coloscopie. La CPAM rembourse depuis août 2021 la nuit à l'HH à hauteur de 80 € et les trajets sont pris en charge au même titre que pour une hospitalisation [4]. L'hôpital a signé une convention avec deux hôtels situés en proximité.

La législation définit les critères d'éligibilité des patients à l'HH. Il s'adresse aux patients autonomes ne nécessitant pas de surveillance médicale, éloignés géographiquement et ne présentant pas de troubles cognitifs ou du comportement. Les critères de l'ambulatoire s'appliquent également et le patient seul à domicile à la suite de l'intervention ne peut en bénéficier. Un accompagnant peut séjourner à l'HH avec le patient et les deux parents s'il s'agit d'un enfant. Il n'accueille que les patients pour les interventions programmées.

// L'hôtel hospitalier s'adresse aux patients autonomes ne nécessitant pas de surveillance médicale, éloignés géographiquement et ne présentant pas de troubles cognitifs ou du comportement //

Au CHICAS, ce parcours est géré par une infirmière de coordination (IDEC) qui organise l'hébergement des patients sur prescription médicale de l'HH par le gastro-entérologue. L'IDEC donne au patient toutes les informations, recueille son consentement et s'assure de son éligibilité. Elle réalise

la réservation de la chambre d'hôtel et suit la facturation pour la transmettre au DIM.

Une évaluation sur 125 patients ayant bénéficié de l'HH entre 2019 et juin 2022 montre que 100 % sont satisfaits ou très satisfaits. Les témoignages des patients reflètent des bénéfices apportés par le dispositif :

- diminution du stress et de la fatigue liés au trajet et à la météo ;
- diminution de l'anxiété liée à l'hospitalisation avec la possibilité d'être accompagné ;
- hébergement confortable et réduction du temps d'hospitalisation.

// Une évaluation sur 125 patients ayant bénéficié de l'hôtel hospitalier s'adresse entre 2019 et juin 2022 montre que 100 % sont satisfaits ou très satisfaits //

Les professionnels ont aussi perçu les impacts positifs de ce modèle, notamment la diminution des coûts liés aux transports, l'optimisation de l'occupation des lits, la diminution des reports d'intervention et des retards de démarrage des programmes.

La réussite de ce parcours repose sur une convention passée entre l'hôpital et un hôtel proche, propre et confortable mais aussi sur l'adhésion des professionnels au dispositif.

Le rôle de l'IDEC a été fondamental dans l'expérience du CHICAS pour coordonner efficacement la prise en charge des patients.

Cette alternative à l'hospitalisation peut concerner différentes spécialités et différents parcours. Elle représente une réelle opportunité pour les établissements même s'ils ne sont pas situés en montagne, lorsqu'ils sont confrontés à des contraintes d'éloignement ou de densité de circulation comme dans certaines grandes agglomérations par exemple.

// Cette alternative à l'hospitalisation peut concerner différentes spécialités et différents parcours //

Peut-on encore réaliser des endoscopies en urgence sans infirmière ? – Les astreintes paramédicales en endoscopie : retour d'expérience d'Avignon et de Toulon

D'après la communication de D. Imbert, Cadre Supérieur de Santé au Centre Hospitalier d'Avignon (CH. Avignon) et Anne Houdard, Infirmière Coordinatrice en endoscopie au Centre Hospitalier d'Instruction des Armées (CHIA) Sainte-Anne à Toulon

L'astreinte paramédicale en endoscopie digestive est en place depuis 2007 au CH Avignon pour les WE et jours fériés et depuis 2013 elle a été étendue aux nuits en semaine. La présence de personnel formé et qualifié a permis d'assurer la désinfection des endoscopes dans le respect des procédures et de sécuriser l'instrumentation des endoscopies thérapeutiques réalisées hors des périodes ouvrables du plateau technique. Les IDE sont rémunérées selon la réglementation en vigueur et ont abandonné la récupération des heures.

À ce jour, huit IDE, dédiées au service d'endoscopie, participent au roulement d'astreinte à raison d'une nuit par semaine et d'un WE toutes les huit semaines.

La place d'établissement de recours du CH d'Avignon et l'absence d'astreinte d'endoscopie dans les autres établissements du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) a fait progresser l'activité en astreinte. La difficulté d'accès aux plages de bloc endoscopie au cours des vagues Covid a aussi majoré les examens réalisés hors heures ouvrables ces deux dernières années.

Pour l'année 2021, les IDE se sont déplacées 410 heures au total et 234 examens ont été réalisés en astreinte au CH. Avignon. Les hémorragies digestives sont à l'origine des déplacements dans 40 % des cas, les corps étrangers 15 %, les colectasies 6 %, les ERCP 16 % les prothèses digestives 9 %, les autres indications (caustiques, gastrostomie...) 14 %. Cela représente une augmentation significative des gestes thérapeutiques interventionnels en astreinte par rapport aux années précédentes.

Le CHIA de Toulon, organisme du ministère des Armées est un établissement associé au GHT du Var. Les IDE travaillent sur un « plateau technique d'endoscopies et d'explorations fonctionnelles pluridisciplinaires » où sont pratiqués des actes d'endoscopie digestive, bronchique et urologique. Une centralisation de la désinfection des endoscopes reçoit les endoscopes de toutes les disciplines (digestif, bronchique, urologique, ORL, cardiologie, réanimation).

Le statut militaire ne reconnaît pas les astreintes, la permanence des soins rentre dans le cadre des « missions » militaires. Depuis 2009, les IDE d'endoscopie peuvent être déplacées 7 jours/7 pour des actes d'endoscopie, des ponctions, des actes d'urologie en dehors des périodes ouvrables du service, pour assister les médecins et pour la désinfection des endoscopes de toutes les disciplines. En parallèle elles assurent une garde de 13 heures au service des urgences les week-ends. Ces missions ne sont pas rémunérées, une récupération heure pour heure est possible à la diligence du Chef de service.

À Toulon, le regroupement pluridisciplinaire et la désinfection centralisée génèrent de nombreux déplacements pour les IDE pour toutes les disciplines du plateau

technique, en moyenne elles réalisent 400 heures au total chaque année. L'utilisation des endoscopes à usage unique en réanimation et en ORL a permis de supprimer les déplacements qui étaient effectués pour réaliser l'entretien des endoscopes de ces services, utilisés à toute heure du jour et de la nuit.

// L'utilisation des endoscopes à usage unique en réanimation et en ORL a permis de supprimer les déplacements qui étaient effectués pour réaliser l'entretien des endoscopes de ces services, utilisés à toute heure du jour et de la nuit //

Un tour de table a suivi les deux présentations pour connaître la situation dans les six établissements représentés par les participants à notre session de formation. Tous les secteurs d'endoscopie ont mis en place un système d'astreintes mais avec des modalités d'organisation qui varient d'un établissement à l'autre, selon la taille et le drainage des urgences sur le territoire. Pour la majorité des participants, les personnels assurant les astreintes dans leur établissement sont dédiés aux activités d'endoscopie mais pour certains il s'agit d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) mutualisés au sein du bloc.

L'instruction du 4 juillet 2016 [5] dans la fiche 15 de son guide technique a précisé les règles concernant la gestion des endoscopes en gardes, les week-ends et jours fériés. Cela participe à inciter les établissements pour organiser la continuité de la qualité des procédures de désinfection des endoscopes par des personnels formés, mais les pratiques restent hétéroclites sur le territoire.

// L'instruction du 4 juillet 2016 incite les établissements à organiser la continuité de la qualité des procédures de désinfection des endoscopes par des personnels formés //

L'organisation des astreintes paramédicales nécessite de disposer d'un effectif suffisant pour respecter les réglementations, notamment le fait qu'une période d'astreinte ne doit pas dépasser 72 heures sur 15 jours et pas plus d'un dimanche et d'un jour férié par mois [6].

Il est certain toutefois que les gastro-entérologues qui assurent des urgences endoscopiques ne peuvent se passer de l'aide d'IDE formés pour les aider à réaliser les actes techniques efficacement avec des dispositifs médicaux de plus en plus sophistiqués.

// Les gastro-entérologues qui assurent des urgences endoscopiques ne peuvent se passer de l'aide d'IDE formés pour les aider à réaliser les actes techniques efficacement avec des dispositifs médicaux de plus en plus sophistiqués //

Table ronde

Qu'en est-il de la formation des professionnels et de l'organisation des effectifs en endoscopie ?

Lors de la deuxième partie de session tous les participants ont échangé sur l'organisation de leurs plateaux techniques d'endoscopie. Ces échanges ont révélé que dans quatre établissements sur six représentés, les infirmiers travaillent à deux en salle d'endoscopie, pour les autres une aide-soignante est parfois positionnée en salle ou une deuxième IDE vient en renfort uniquement pour les gestes complexes. Tous les participants s'accordent sur le fait que la présence de deux personnels permet d'avoir

des pratiques plus sûres pour la réalisation des examens, pour mieux gérer la traçabilité et les prélèvements, remettre à niveau le matériel, gérer le patient et l'endoscope. Sur les 15 participants, deux sur 15 sont des IBODE. Les IDE témoignent que leur formation a été réalisée par tutorat mais cet apprentissage n'est pas formalisé et parfois même non-évalué. Certains n'ont jamais réalisé de formations spécifiques à l'endoscopie.

Ces échanges témoignent de l'absence d'un référentiel de formation pour l'infirmier en endoscopie. La SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) prépare actuellement la mise à jour des recommandations sur les plateaux techniques et le GIFE est associé à ce travail qui inclue les recommandations sur le personnel en endoscopie. Un groupe de travail du GIFE prépare une proposition de parcours de formation et d'habilitation du personnel en endoscopie qui pourra servir de référence à tous les professionnels et leur encadrement.



TAKE HOME MESSAGES

- L'hôtel hospitalier concerne des patients éloignés pour leur préparation colique la veille de la coloscopie.
- La CPAM rembourse depuis août 2021 la nuit de l'hôtel hospitalier à hauteur de 80 € et les trajets sont pris en charge au même titre que pour une hospitalisation.
- Les professionnels ont perçu les impacts positifs de l'hôtel hospitalier, notamment la diminution des coûts liés aux transports, l'optimisation de l'occupation des lits, la diminution des reports d'intervention et des retards de démarrage des programmes.
- L'instruction du 4 juillet 2016 dans la fiche 15 de son guide technique participe à inciter les établissements pour organiser la continuité de la qualité des procédures de désinfection des endoscopes par des personnels formés, mais les pratiques restent hétéroclites sur le territoire.
- Il n'existe pas de référentiel de formation pour l'infirmier en endoscopie.
- La SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) prépare actuellement la mise à jour des recommandations sur les plateaux techniques et le GIFE est associé à ce travail qui inclue les recommandations sur le personnel en endoscopie.

// Un groupe de travail du GIFE prépare une proposition de parcours de formation et d'habilitation du personnel en endoscopie qui pourra servir de référence à tous les professionnels et leur encadrement. //



Liens d'intérêts :

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

Références

- 1 • Agence Nationale d'Appui à la Performance. *Mettre en place un hôtel hospitalier : bonnes pratiques et étapes clés*. Août 2021.
- 2 • Haute Autorité de Santé. *Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé*. Novembre 2015.
- 3 • Décret 2021-1114 du 25/08/2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisée.
- 4 • Arrêté du 25/08/21 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé.
- 5 • Instruction DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins.
- 6 • Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif à l'organisation et à la réduction du temps de travail dans les établissements de la fonction publique hospitalière.