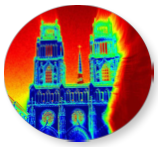
ANGH

Info

Spécial 23ème Congrès
18-19 septembre 2015
ORLEANS
Programme

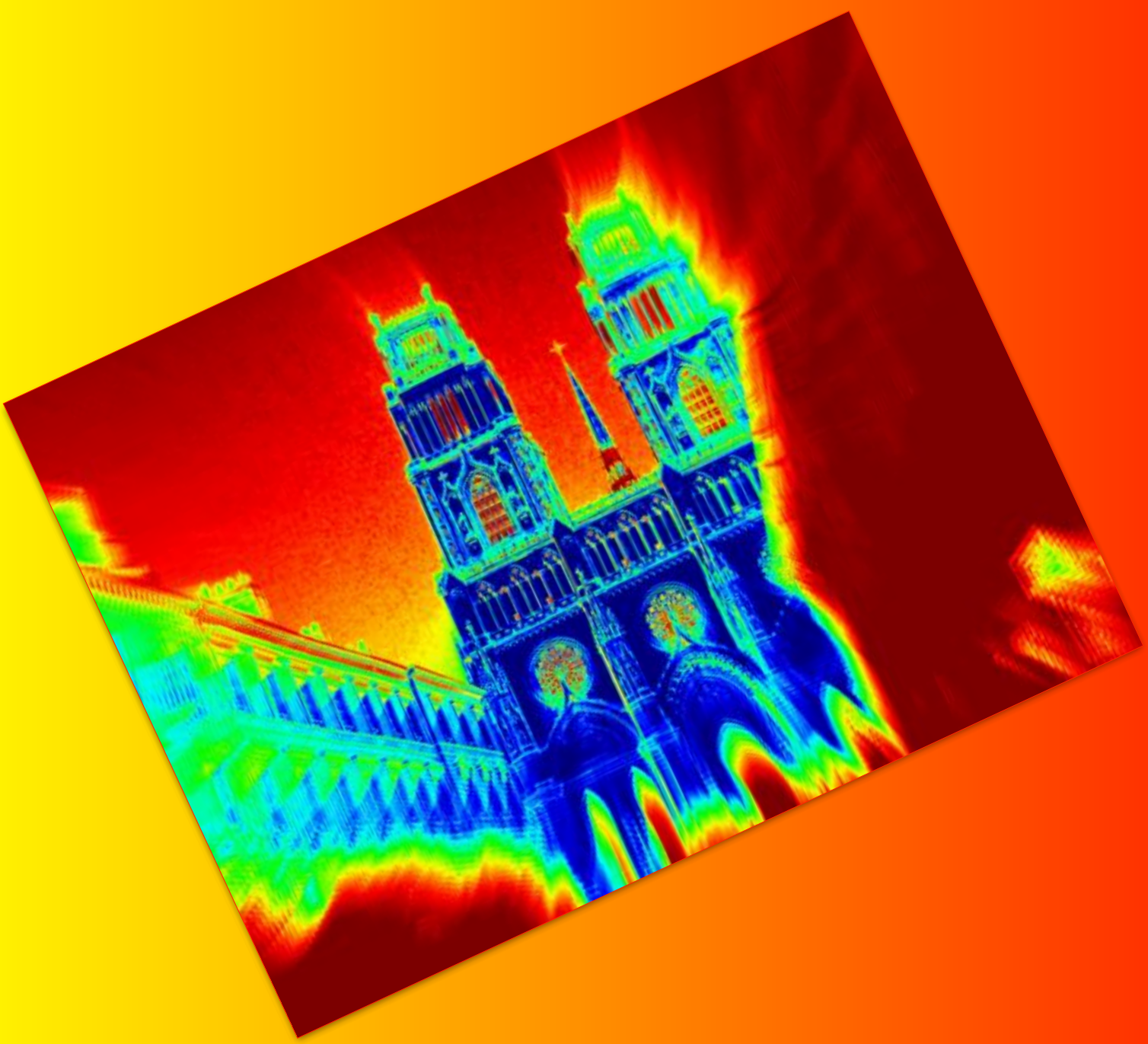


2015 30 ans de l'association

Au sommaire :

- ✓ Editorial
- ✓ Programme du congrès
- ✓ Les échos du conseil scientifique
- ✓ Nos travaux depuis 5 ans
- ✓ La vie de l'association
- ✓ Le nouvel Hôpital d'Orléans
- ✓ Communications du congrès

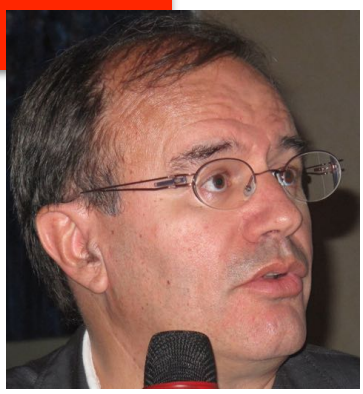
N°15
Septembre
2015



Directeur Publication : *Dr Bruno Lesgourgues*
Rédacteur en chef : *Dr André Jean Rémy*
Comité de rédaction
Dr Camille Barrault Dr Hervé Hagège
Dr Stéphane Nahon Dr Vincent Quentin
Maquette : *Dr Bruno Lesgourgues*
Crédit Photographique : *Public domain Wikimedia Commons*
Jean-Pierre Arpurt., Xavier Causse, Bruno Lesgourgues.
Dépôt légal Septembre 2015 N° ISSN 1964-8278
Imprimé à 900 exemplaires Les grandes Imprimeries Groupe F.L.U.O.O

Un congrès pas comme les autres

Editorial



Chère Amie, cher Ami,

Tout d'abord le bureau de notre association félicite et souhaite la bienvenue à nos quatre membres élus au conseil d'administration, deux « nouveaux » Claire Charpignon (Villeneuve-St-Georges) et Thierry Paupard (Dunkerque), deux « anciens » Christophe Locher (Meaux) et René-Louis Vitte (Poissy). Il remercie également nos trois candidats non élus Guy Bellaiche (Aulnay-sous-Bois), Bernard Tissot (Le Mans) et Armand Garioud (Creil) pour l'intérêt qu'il porte à l'ANGH. Nos remerciements vont aussi aux sortants pour leur participation active au CA : Anne Courillon-Mallet, Alain Blanchi, Christian Bories, Antoine Fleury et Bruno Bour (qui a tenu notre trésorerie de mains de maitre, webmaster de classe exceptionnelle, organisateur local du congrès inoubliable du Mans en 2010).

L'ANGH est endeuillée par les décès du Dr Merhan Howaizi, Chef de service à Eaubonne et du Dr Bruno Mesnard Chef de Service à Tourcoing, tous les deux membres très actifs de notre association. Nous adressons à leur famille nos plus sincères condoléances et nous garderons en nous leurs qualités humaines et professionnelles.

En cette année 2015, « gentes dames et chevaliers », nous sommes accueillis à ORLEANS pour notre congrès annuel par un « chevalier hospitalier » très actif de l'ANGH : Xavier Causse et ses écuyers. Du fait du XXXème anniversaire de notre association, nous allongeons notre temps de travail jusqu'au samedi après-midi afin de profiter ensuite d'une soirée exceptionnelle de gala au Château de Chambord… dont la décision de construction remonte il y a juste 500 ans ! Nous retrouverons nos anciens Présidents et quelques membres très actifs de l'ANGH mais retraités. Nous invitons aussi les Présidents ou Secrétaires Généraux de nos Sociétes Savantes et des Associations Professionnelles ou de patients. Cette année, et vraisemblablement chaque année, 10 internes et 10 assistants seront conviés à notre congrès.

Sur le plan professionnel après de nombreuses discussions avec André-Jean Remy notre représentant, Daniel Dhumeaux, Conseiller auprès du ministère sur les hépatites, la DGOS et la DGS, la RCP Hepatite C est possible dans nos CHG. Il suffit de faire une demande à ARS de sa région en respectant le cahier des charges mais Il n'y aura pas de financement spécifique.… Nos observatoires APPROVIE I et II, sous le contrôle d'Alex Pariente et Bruno Lesgourgues, ont été un levier important dans cette démarche.

En ce qui concerne notre DPC il se simplifie. Pour notre congrès il suffira de fournir notre certificat de présence pour la validation cognitive…sans oublier les phases préalables d'inscription au CEFA et à l'HAS.

Nos travaux ne font que s'accroitre par l'efficacité et la rigueur du conseil scientifique sous la présidence très structurée de Stéphane Nahon et de notre exceptionnel maître Toile Bruno Lesgourgues,

Notre trésorerie, gérée avec rigueur par Isabelle Rosa, est saine. Merci à nos trois secrétaires Lydie Levisse, Soizic Blanleuil et Loubna Amri pour leur travail assidu et efficace.

Soyez tous remerciés pour votre participation au congrès d'Orléans. Maintenons cette atmosphère amicale et conviviale de notre association. Bon anniversaire à l ANGH qui rentre dans l'âge mûr de 30 ans et bon vent jusqu'en 2016 pour Dunkerque !

Dr Jean-Pierre Arpurt
Président

2015

Programme
Vendredi 18 septembre

14h00 - 14h10 : Allocution présidentielle : Jean-Pierre ARPURT
14h10 - 14h20 : Accueil des personnalités locales

14h20 – 16h04 : Communications originales, cas cliniques et conférences
Modérateurs : *Eric FORT (Orléans) ; Thierry PAUPARD (Dunkerque)*

14h20 – 14h32 : Possibilité de suivre des malades atteints de MICI par Télémecine : L'avis des malades et celui des médecins
Olivier NOUEL (St Brieuc)
14h32 - 14h44 : Impact d'un retard diagnostique sur l'évolution de la maladie de Crohn : analyse d'une cohorte prospective de 497 patients .
Stéphane NAHON (Montfermeil)
14h44 - 14h56 : Distribution des lésions histologiques des colites microscopiques (CM) : plus de 9 CM sur 10 peuvent être diagnostiquées par une coloscopie gauche : résultats de la cohorte nationale ANGH (COLMI)
Gilles MACAIGNE (Jossigny)
14h56 – 15h08 : Taux de détection des adénomes et risque de cancer d'intervalle après coloscopie : une étude de cohorte au sein du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemoccult.
Bernard DENIS (Colmar)
15h08 – 15h20 : Les entérites à Campylobacter : une maladie émergente ?
Bertrand CONDAT (St Camille)

☑ **15h20 – 15H30** Cas clinique n°1 : Errance diagnostique. Valérie ROSSI (Château Gontier)
☑ **15h30 – 15h40** Cas clinique n°2 : Une méningite bien maligne Sophie PELLEGRIN (St Denis)

15h40 – 16h00 Conférence n°1 : «Actualités en endoscopie digestive».
Emmanuel CORON (Nantes)

16h00 – 16h30 Pause

Modérateurs : *Georges BARJONET (Montélimar), Hélène LABADIE (ST Denis)*

16h30 – 16h50 : Conférence n°2 «Comment je prescris une biothérapie au cours de la RCH».
Yoram BOUHNIK (Clichy)

16h50 – 18h04 : Communications originales, cas cliniques et conférences

16h50 – 17h02 : La cirrhose est un facteur indépendant de mortalité en cas d'endocardite bactérienne: résultats d'une étude multicentrique cas-témoins à partir de 202 observations. *Jean-François CADRANEL (Creil)*
17h02 – 17h14 : Enquête de pratique ALBU-LIVE sur l'utilisation de l'albumine humaine chez le patient cirrhotique en France: des résultats qui interrogent. *Armand GARIOUD (Creil)*

17h14 – 17h34 : Conférence n°3 «Troubles hépatiques au cours de la grossesse ».
Yannick BACQ (Tours)

☑ **17h34 – 17h44 :** Cas clinique n°3 Une jaunisse mal placée (ou savoir réaliser le bon geste …)
Julien BERTHAUX (Bry Sur Marne)
☑ **17h44 – 17h54** Cas clinique n°4 :Une jaunisse alcoolisée sans cirrhose : n'oubliez pas Zieve!
Matthieu LE BESCO (Créteil)
☑ **17h54 – 18h04 :** Cas clinique n°5: Une cause inhabituelle de décompensation ictéro-ascitique.
Marie TROMPETTE (Jossigny)
☑ **18h04 – 18h14 :** Cas clinique n°5 :Cas clinique NGHD
Marta EUSEBIO (Portugal)

18h04 – 19h00 : Assemblée générale. JP Arpurt

2015

Samedi 19 septembre

08h30 - 10h34 : Communications originales, protocoles, conférences,
Modérateurs : Isabelle CREMERS (Portugal) ; Mehdi KAASSIS (Cholet)

☑ **8h30 – 8h40 :** cas clinique n°6 Une dysphagie psychiatrique … ou pas
Matthieu LE BESCO (Créteil)

8h40 – 8h52 : Prise en charge conjointe gastroentérologue/généraliste de l'infection à Helicobacter pylori au Centre Hospitalier d'Annecy à l'aide de la fiche de recommandations du GEFH (Groupe d'Etude Français des Helicobacter). Quel est le ressenti du médecin généraliste ?
Frédéric HELUWAERT (Annecy)

8h52 - 9h04 : Pylori-Hebdo
Anne COURILLON-MALLET (Villeneuve St Georges)

9h04 – 10h04 : Session Protocoles : Stéphane NAHON (Montfermeil)

10h04 – 10h34 : Conférence n°4 Accréditation en équipe pour les nuls».
Jean-Pierre DUPUYCHAFFRAY (Angoulême) ; Laurent COSTES (Créteil)

10h34 – 11h04 : Pause

11h04 – 11h13 : Association « Peut-on guérir de l'ANGH ? »
Olivier NOUEL et les A4

11h13 - 12h33 : Communications originales et conférence.
Modérateurs : Isabelle ROSA (Créteil) ; Xavier CAUSSE (Orléans)

11h13 – 11h25 : Maintien à 1 an de l'efficacité du baclofène chez 100 patients alcoolo-dépendants. Camille BARRAULT (Créteil)

11h25 – 11h37 : Observatoire LPANGH: résultats d'une année de recueil des données. Magali PICON (Aix en Provence)

☑ **11h37 – 11h49 : Cas clinique n°7 :** Un cas d'hépatite aiguë cytolytique chez un patient co-infecté par une hépatite chronique C de génotype 1 parvenue au stade de cirrhose. Hortensia LISON (Creil)

11h49 – 12h01 : RCP hépatite C : un parcours de grand combattant pour l'ANGH ? André-Jean REMY (Perpignan)

12h01 – 12h13 : APROVVIE 2 : résultats actualisés.
Alex PARIENTE (Pau)

12h13 – 12h33 Conférence n°5 Actualités dans le VHE
Anne-Marie ROQUE (Villejuif)

12h33 – 14h00 : Pause

14h00 - 16h00 : Communications originales et conférence, remise du prix du meilleur cas clinique.
Modérateurs : René-Louis VITTE (Poissy) ; Sofia Herrmann (Orléans)

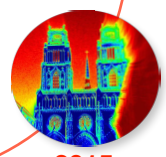
14h00 – 14h05 : Prix du meilleur cas clinique

14h05 – 14h25 : Conférence n°6 : «TIPS à la carte »
Jean-Marc PERARNEAU (Tours)



14h25 – 14h35 : vidéo n°1 : Laura LE GUILLOUX (Montfermeil)
14h35 – 14h45 : vidéo n°2 : Georges BARJONET (Montélimar)
14h45 – 14h55 : vidéo n°3 : A. LIM (Cholet)
14h55 – 15h05 : Vidéo n°4 : P. CLAUDE (Mulhouse)
15h05 – 15h15 : vidéo n°5 : Laurent COSTES (Créteil)
15h15 – 15h25 : Vidéo n°6 : René-Louis VITTE (Poissy)

15h30 : Adieux émus Jean-Pierre ARPURT



2015

Table des matières

ANGH Info nouvelle génération ?	7
Le conseil scientifique	8
Les Hebdos : une marque de fabrique de l'ANGH !	9
Le eCRF	10
Les publications depuis 2010	11
Video digest 2012 en CHG	14
Nous sommes partout !!!	16
Le CEFA : au Top pour éviter de vous noyer dans les méandres du DPC !	17
La FSMAD est morte, vive le CNP !	18
L'ANGH et l'Afrique	21
Présente-moi ton nouvel hôpital !	22
A4 une nouvelle association	24
Congrès 2016 Dunkerque : Thierry Paupard à la manoeuvre !	24
Résumés de communications du congrès d'Orléans	25
Partenaires 2015	37
Cotisation	38

Index des communications

1 - Possibilité de suivre des malades atteints de MICI par Télémecine :	*25*
2 - Impact d'un retard diagnostique sur l'évolution de la maladie de Crohn:	*25*
3 - Distribution des lésions histologiques des colites microscopiques (CM) :	*26*
4 - Taux de détection des adénomes et risque de cancer d'intervalle après coloscopie :	*27*
5 - Les entérites à Campylobacter : une maladie émergente ?	*27*
6 - Errance diagnostique	*28*
7 - Une méningite bien maligne.	*28*
8 - La cirrhose est un facteur indépendant de mortalité en cas d'endocardite bactérienne:	*29*
9 - Enquête de pratique ALBU-LIVE	*29*
10 - Cas clinique : Une jaunisse mal placée (ou savoir réaliser le bon geste ...).	*31*
11 - Une jaunisse alcoolisée sans cirrhose : n'oubliez pas Zieve!	*32*
12 - Une cause inhabituelle de décompensation ictéro-ascitique.	*32*
13 - Une dysphagie psychiatrique..ou pas!	*33*
14 - Prise en charge conjointe gastroentérologue/généraliste de l'infection à Helicobacter pylori	*33*
15 - Pylori hebdo	*34*
16 - Maintien à 1 an de l'efficacité du baclofène chez 100 patients alcoolo-dépendants	*34*
17 - Observatoire LPANGH: résultats d'une année de recueil des données	*35*
18- Cas clinique n°7 : Un cas d'hépatite aiguë cytolytique	*35*
19 - RCP hépatite C : un parcours de grand combattant pour l'ANGH ?	*35*
20 - Les résultats actuels d'APROVVIE-ANGH	*35*



ANGH Info nouvelle génération ?

André-Jean Rémy (Perpignan)

2015



ANGH info est le journal de l'ANGH, votre journal. Il n'a pas vocation à être un journal scientifique à fort indice, ni non plus une version people de la vie de l'association. Il est là pour faire le lien entre les membres « historiques » la génération des quadra (bientôt tous quinqua !), les « inclueurs » des cohortes et des hebdos et enfin les « jeunes ».

Le renouvellement de notre profession est LE grand défi des années 2010. Nous connaissions déjà dans nos CHG les postes vacants de PH ou d'assistant, le phénomène touche désormais les CHU et le secteur libéral où, malgré des prix à la baisse, des praticiens ferment boutique sans trouver de successeur… ANGH Infos est un des outils qui doit « donner envie » de devenir (et de rester) Praticien Hospitalier malgré les lourdeurs administratives, les astreintes, les restrictions, etc..

Avec l'ensemble du conseil d'administration et du conseil scientifique actuel et précédent (mention spéciale à Bruno Lesgourgues, indispensable cheville ouvrière !), nous avons voulu et voulons vous offrir un outil d'information à la fois sur nos pratiques professionnelles mais également sur les résultats des cohortes labellisées ANGH dont nous n'avons pas à rougir.

Les études en VRAIE VIE sont un reflet de nos pratiques au quotidien qui doivent être valorisées, y compris au niveau institutionnel local, et un outil d'amélioration des pratiques.

Bonne lecture.

2015



Le conseil scientifique

Christophe Renou (Hyères)

Extrait de la Charte

Le conseil scientifique comporte 13 membres. Le nombre de membres peut être modifié par le conseil d'administration sur proposition du conseil scientifique, après avis majoritaire de ce dernier. Conformément aux statuts de l'ANGH, le conseil scientifique est renouvelable par quart tous les 2 ans. La durée des mandats des membres du conseil scientifique est donc fixée à 6 ans. Un des membres du conseil scientifique est proposé par ses pairs comme président, proposition qui nécessite alors une validation par le conseil d'administration pour être effective. La durée du mandat du président du conseil scientifique est de 3 ans, renouvelable une fois.

ANGHInfo N°10 mars 2012 page 5

Jacque Denis avait inauguré la fonction. J'ai pris la présidence conseil scientifique (CS) sous la présidence de Bruno Lesgourgues. Le conseil scientifique (CS) de l'ANGH s'est structuré. Il a adopté une Charte en 2012 qui définit ses grands rôles et ses grandes missions. Les principales innovations sont le renouvellement régulier des membres et la mise en place d'un revue systématique par un rapporteur des protocoles soumis.`

Le calendrier de travail du conseil scientifique est stéréotypé : trois réunions annuelles, deux satellites du conseil d'administration avec un temps commun avec celui-ci. La troisième réunion dite de printemps est essentiellement préparatoire du congrès avec sélection des communications après relecture individuelle et notation par grille. Le programme est ensuite élaboré en tenant compte des thématiques des communications et des conférences.

Le CS travaille avec des outils de communication, une liste de diffusion interactive et un blog. Chaque protocole autant que faire se peut a un blog dédié pour informer les investigateurs du déroulement de l'étude.
Le CS est maintenant piloté avec dynamisme par Stéphane Nahon. Je n'ai pas d'inquiétudes !



Points de repère :

Président : Dr Stéphane Nahon 2014
Dr Camille Barrault (Créteil) 2012
Dr Arnaud Boruchowicz(Valenciennes) 2014
Dr Xavier Causse (Orléans)2009
Dr Bertrand Condat (Bry -sur-Marne) 2014
Dr Roger Faroux(La Roche sur Yon)2009
Dr Jean Henrion (Jolimont)2009
Dr Severine Hommel (Aix-en-Provence)2014
Dr Christophe Locher (Meaux)2012
Dr Gilles Macaigne (Jossigny)2009
Dr Vincent Quentin (St Brieuc) 2012
Dr Agnès Pélaquier (Montélimar) 2012
Dr Florence Skinazi (Saint-Denis) 2014

Les sortants en 2016 :
Dr Jean Henrion (Jolimont)2009
Dr Xavier Causse (Orléans)2009
Dr Roger Faroux(La Roche sur Yon)2009
Dr Gilles Macaigne (Jossigny)2009



Les Hebdos : une marque de fabrique de l'ANGH !

Stéphane Nahon (Montfermeil)

Cela lui trottait dans la tête depuis bien longtemps. Puis, avec à l'aide de Bertrand Condat il a pu concrétiser son idée. Devinez de qui il s'agit : et oui il s'agit bien de Bruno Lesgourgues, l'inventeur des « hebdos » à la façon ANGH. Il avait compris que les hebdos pouvaient nous permettre d'avoir une meilleure visibilité vis à vis des sociétés savantes mais aussi des laboratoires.

Le premier fut « Hépatohebdo » qui a remporté un grand succès car plus de 2 000 observations de patients hospitalisés pour une hépatopathie chronique ont été colligées pendant une semaine en juin 2012. Cette analyse a été présentée en communication orale et a fait l'objet d'une publication dans le BEH.

Fort de ce succès, nous avons lancé un an plus tard en septembre 2013, une enquête sur 2 semaines sur les MICI dans les hôpitaux généraux. Nous avons en l'espace de deux semaines recensé 1080 malades avec une MICI dans 57 centres de l'ANGH. Cette étude a été présentée en communication orale aux JFHOD et en poster à la DDW. L'article est en cours d'écriture. Indéniablement, cette enquête a montré que l'ANGH et ses médecins étaient des interlocuteurs incontournables en raison notamment du nombre de traitement prescrits par anti-TNF.

Et pourquoi pas Helicobacter pylori, un petit groupe de 5 autour de Anne Courillon-Mallet a bâti le projet pylori-Hebdo en 2014 qui s'intéressait à la fois sur le type de traitement prescrit mais aussi sur le suivi des biopsies après endoscopie. L'extension de l'étude à nos amis portugais de la NGHD, inattendue, a donné de l'originalité à cette étude. Ces résultats intéressants seront présentés au congrès d'Orléans.

Je vous rassure d'autres projets pointent leur nez : oncohebdo sur le CCR, campyloHebdo, etc… ils sont déclinables à foison !

Ces petits sondages sont très faciles à remplir depuis un poste informatique et demandent en générale moins de 5 min par patient. Une mobilisation de masse permet de créer des volumes conséquents et des études que tout le monde nous envie. Ces enquêtes sont spécialement dédiées à ceux qui n'ont pas le temps de s'investir dans des protocoles plus longs et plus contraignants.

Très bientôt, nous vous présenterons MICI_HEBDO 2, enquête sur les anti-TNF au cours des MICI basée sur un face-face médecin/patient sur l'observance, la tolérance et l'efficacité du traitement.



Le eCRF

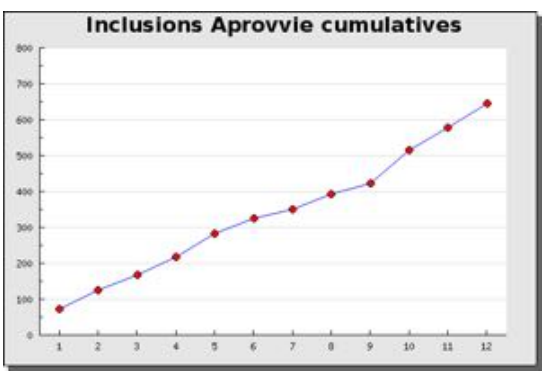
Bruno Lesgourgues (Montfermeil)



Le défi du eCRF date de juillet 2009. Hervé Hagège me demande : peut-on envisager un eCRF pour OHDHAF (Observatoire Hémorragies Digestives Hautes en Afrique Francophone) ?. Je ne savais pas qu'il s'agissait du début d'un tournant pour nos études, et d'un sacré challenge informatique pour l'autodidacte en informatique que je suis.

A première vue il fallait écrire un simple formulaire de recueil de données avec de nombreux items. En fait, au fur et à mesure, j'ai réalisé que je devais créer un vrai logiciel avec gestion des inscriptions utilisateurs, gestions des login, mot de passe, renouvellement de mot de passe, module de suivi des inclusions, contrôle des données à la saisie, graphiques d'inclusion mode d'emploi etc… Restait la maîtrise des certificats de sécurité (le fameux cadenas visible dans la barre de saisie des adresses URL des sites internet). Le défi fut relevé, la saisie commença en Janvier 2010 comme prévu permettant en un le recueil de 2680 observations.

Le moteur des FocusWeb eCRF était écrit. Il a pu être réutilisé pour nos différentes études ultérieures , COLMI 2011, Aprovvie version 1, Aprovvie version 2, AnghE.



Qu'attend-on d'un eCRF :

- ☑ une meilleure qualité des données du fait des sécurités de saisie,
- ☑ une vue en directe de l'état des inclusions,
- ☑ une capacité de contrôle à distance des données,une saisie décentralisée,
- ☑ l'absence de gestion d'impression des CRF papier.

Ces avantages sont à contre-balancer avec un temps et un coût de développement non négligeable, une veille informatique (débogage, utilisateur bloqué, incompatibilité avec les vieux navigateurs internet des hôpitaux) et surtout une réticence des investigateurs, générationnelle ou pas.

Peu à peu les ordinateurs ont dans bon nombre d'hôpitaux pris pied en consultation, et certains ont compris l'intérêt se saisir les données en présence du malade. A l'avenir je pense que la recherche clinique efficace passera par un recueil de données issues d'un CRF se comportant comme un dossier médical, l'investigateur à l'instar de Monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, fera de la recherche clinique sans s'en rendre compte.

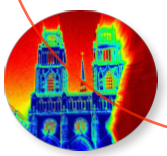
Nous n'en sommes pas encore là, mais qui aurait dit il y a 5 ans qu'autant d'études ANGH aient été aussi rondement menées grâce aux nouvelles techniques de l'information et de la communication : HepatoHebdo, MIciHebdo, PyloriHebdo….

« Participer aux protocoles, c'est améliorer la connaissance en améliorant nos pratiques ! » c'est notre slogan.

Puissent les outils modernes, qui ne sont pas encore à maturité dans ce domaine, nous aider à aller encore plus loin dans cette direction.

Les publications depuis 2010

Christophe Renou (Hyères) Stéphane Nahon (Montfermeil)



2015

Hepatogastroenterologists' knowledge of inactive carriers and immunotolerant hepatitis B virus patients in France: results of a practice survey.
Causse X, Cadranel JF, Potier P, Hanslik B, Denis J, Renou C, Delasalle P; Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie (CREGG); Association Nationale des hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux généraux de France (ANGH).Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015 May;27(5):544-9.

Benefit of antibiotic prophylaxis in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding in real life.
Cadranel JF, Garioud A, Nousbaum JB; Club Francophone pour l'Etude de l'Hypertension Portale, Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015 Feb; 27(2):183-4.

2014

Prospective study of Hepatitis E Virus infection among pregnant women in France.
Renou C, Gobert V, Locher C, Moumen A, Timbely O, Savary J, Roque-Afonso AM; Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH). Virol J. 2014 Apr 9;11:68.

Renal dysfunction associated with telaprevir-containing triple therapy for chronic hepatitis C: is early prediction possible?
Rémy AJ, Lesgourgues B, Nalet B, Causse X, Henrion J, Denis J, Arotçarena R, Hagège H, Pariente A; APROVVIE group of Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH).Eur J Gastroenterol Hepatol. 2014 Sep;26(9):996-1002.

Risk factors for severe anaemia during telaprevir-based triple therapy: is acquired renal dysfunction the missing link?
Pariente A, Rémy AJ, Lesgourgues B, Hagège H; APROVVIE group of the Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH). Liver Int. 2014 Jul; 34(6):e163-4.

Microscopic colitis or functional bowel disease with diarrhea: a French prospective multicenter study.
Macaigne G, Lahmek P, Locher C, Lesgourgues B, Costes L, Nicolas MP, Courillon-Mallet A, Ghilain JM, Bellaïche G, de Montigny-Lehnardt S, Barjonet G, Vitte RL, Faroux R, Lambare B, Fleury A, Pariente A, Nahon S. Am J Gastroenterol. 2014 Sep;109(9):1461-70.

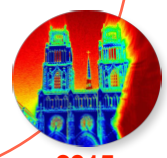
Response to Kane et al.
Macaigne G, Lahmek P, Nahon S, Pariente A. Am J Gastroenterol. 2015 Feb;110(2):352.

2013

A French national survey on the use of antibiotic prophylaxis in cirrhotic patients.
Thevenot T, Degand T, Grelat N, Elkrief L, Christol C, Moreau R, Henrion J, Cadranel JF, Sheppard F, Bureau C, di Martino V, Pauwels A; National Association of General Hospital Hepatogastroenterologists. Liver Int. 2013 Mar; 33(3):389-97.

Peptic ulcer disease: one in five is related to neither Helicobacter pylori nor aspirin/ NSAID intake.
Charpignon C, Lesgourgues B, Pariente A, Nahon S, Pelaquier A, Gatineau-Sailliant G, Roucayrol AM, Courillon-Mallet A; Group de l'Observatoire National des Ulcères de l'Association Nationale des HépatoGastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH). Aliment Pharmacol Ther. 2013 Oct;38(8):946-54.

Impact of comorbidity on mortality in patients with peptic ulcer bleeding: confirmative data of a French prospective study.
Nahon S, Pariente A; group of investigators of the ANGH (Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). Am J Gastroenterol. 2013 Sep;108(9):1532-3.



2015

Letter: Peptic ulcer bleeding and liver cirrhosis--different diseases and different prognosis, too?
Pariente A, Nahon S; Groupe des hémorragies digestives hautes de l'ANGH. Aliment Pharmacol Ther. 2013 Feb;37(3):368-9.

2012

Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study.
Nahon S, Hagège H, Latrive JP, Rosa I, Nalet B, Bour B, Faroux R, Gower P, Arpurt JP, Denis J, Henrion J, Rémy AJ, Pariente A; Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Endoscopy. 2012 Nov;44(11):998-1008.

Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: a prospective multicenter observational study in 1140 patients.
Zeitoun JD, Rosa-Hézode I, Chryssostalis A, Nalet B, Bour B, Arpurt JP, Denis J, Nahon S, Pariente A, Hagège H; Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2012 Jun;36(3): 227-34.

2011

Hepatitis B reactivation in patients with inflammatory bowel disease: A prospective survey on screening and prevention practices at general hospitals in France.
Poupardin C, Nahon S, Pariente A, Cadranel JF, Renou C; ANGH. Inflamm Bowel Dis. 2011 Feb; 17(2):669-70.

Favorable outcome of acute occupational hepatitis C in healthcare workers: a multicenter French study on 23 cases.
Morin T, Pariente A, Lahmek P; Investigator Group of ANGH, SPILF, FNPRH. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2011 Jun;23(6):515-20.

2010

Acute hepatitis C: analysis of a 126-case prospective, multicenter cohort.
Morin T, Pariente A, Lahmek P, Rabaud C, Silvain C, Cadranel JF; Association Nationale des Hépato-gastroentérologues des Hôpitaux généraux (ANGH) Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) Fédération des Pôles de Référence et Réseaux Hépatites (FPRRH). Eur J Gastroenterol Hepatol. 2010 Feb;22(2):157-66.

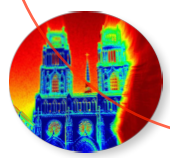
Treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon and ribavirin in treatment-naive patients in 'true life': a plea in favor of independent postmarketing evaluations.
Pariente A, Lahmek P, Duprat C, Denis J, Faroux R, Renou C, Nalet B, Morin T, Cadranel JF; Investigator Group belonging to Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH). Eur J Gastroenterol Hepatol. 2010 Nov;22(11):1297-302.

Influence of weekend versus weekday admissions on the prognosis of upper gastrointestinal bleeding caused by portal hypertension: post hoc analysis of a prospective study.
Nahon S, Pariente A, Pauwels A, Boruchowicz A; Group of Investigators of the ANGH (Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). J Clin Gastroenterol. 2010 Mar;44(3):228-9

Causes of mortality related to peptic ulcer bleeding in a prospective cohort of 965 French patients: a plea for primary prevention.
Nahon S, Pariente A, Nalet B, Hagège H, Latrive JP; group of investigators of the ANGH (Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). Am J Gastroenterol. 2010 Aug;105(8):1902-3

Prognosis of upper gastrointestinal bleeding in the oldest-old patients: a post hoc analysis of a prospective study.
Nahon S, Pariente A, Faroux R, Rémy AJ, Nouel O; Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux. J Am Geriatr Soc. 2010 May;58(5):989-90.

Hepatitis E virus in HIV-infected patients.
Renou C, Lafeuillade A, Cadranel JF, Pavio N, Pariente A, Allègre T, Poggi C, Pénaranda G,



Cordier F, Nicand E; ANGH. AIDS. 2010 Jun 19;24(10):1493-9.

2009

Weekend admission does not influence the mortality of upper gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcers: results of a French prospective study of the association nationale des gastroentérologues des hôpitaux généraux group.
Nahon S, Pariente A, Latrive JP; Group of Investigators of the Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH). Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Aug; 7(8):911; author reply 912.

2008

Favorable prognosis of upper-gastrointestinal bleeding in 1041 older patients: results of a prospective multicenter study.
Nahon S, Nouel O, Hagège H, Cassan P, Pariente A, Combes R, Kerjean A, Doumet S, Cocq-Vezilier P, Tielman G, Paupard T, Janicki E, Bernardini D, Antoni M, Haioun J, Pillon D, Bretagnolle P; Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'Association Nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux Généraux. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008 Aug;6(8):886-92.

Mitochondrial D310 mutations in colorectal adenomas: an early but not causative genetic event during colorectal carcinogenesis.
Legras A, Lièvre A, Bonaiti-Pellié C, Cottet V, Pariente A, Nalet B, Lafon J, Faivre J, Bonithon-Kopp C, Goasguen N, Penna C, Olschwang S, Laurent-Puig P; ANGH group. Int J Cancer. 2008 May 15;122(10):2242-8

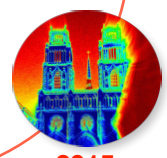
2007

Diagnostic accuracy of the Multistix 8 SG reagent strip in diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis.
Nousbaum JB, Cadranel JF, Nahon P, Khac EN, Moreau R, Thévenot T, Silvain C, Bureau C, Nouel O, Pilette C, Paupard T, Vanbiervliet G, Oberti F, Davion T, Jouannaud V, Roche B, Bernard PH, Beaulieu S, Danne O, Thabut D, Chagneau-Derrode C, de Lédinghen V, Mathurin P, Pauwels A, Bronowicki JP,

Habersetzer F, Abergel A, Audigier JC, Sapey T, Grangé JD, Tran A; Club Francophone pour l'Etude de l'Hypertension Portale; Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France. Hepatology. 2007 May;45(5):1275-81.

Epidemiology of chronic hepatitis B infection in France: risk factors for significant fibrosis - results of a nationwide survey.
Cadranel JF, Lahmek P, Causse X, Bellaiche G, Bettan L, Fontanges T, Medini A, Henrion J, Chousterman M, Condat B, Hervio P, Periac P, Eugène C, Moindrot H, Grasset D, Nouel O, Pilette C, Szostak-Talbodec N, Cayla JM, Si-Ahmed SN, Dumouchel P, Pariente A, Lesgourgues B, Denis J. Aliment Pharmacol Ther. 2007 Aug 15;26(4):565-76.

A national survey of acute hepatitis E in France.
Renou C, Moreau X, Pariente A, Cadranel JF, Maringe E, Morin T, Causse X, Payen JL, Izopet J, Nicand E, Bourlière M, Penaranda G, Hardwigsen J, Gerolami R, Péron JM, Pavio N; ANGH, France. Aliment Pharmacol Ther. 2008 Jun 1;27(11):1086-93.



2015



Video digest 2012 en CHG

Jean-Pierre Arpurt (Avignon)

Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)

Fin 2010

L'aventure commence quand la SFED retient le projet d'Avignon pour l'organisation de Vidéodigest 2012.

Début février 2012

Début de la préparation, des réunions sont organisées toutes les 6 semaines jusqu'à fin juillet, puis toutes les 2 semaines de septembre à fin octobre sous le pilotage attentif du cadre supérieur du pôle (Sylvie) et du cadre d endoscopie (Dominique). Chaque responsable de service concerné participe à ces réunions et suit un carnet de route. Il s'agit des services : endoscopie, bloc ambulatoire, hospitalisation, radiologie, chirurgie digestive, technique (emplacement camion de retransmission, câblages, renforcement courant EDF), biomédical, lutte contre les infections nosocomiales, informatique, communication, entretien et nettoyage, stérilisation, laboratoire ….

7 novembre 2012

Le matin, sont présentés, pour validation, les cas aux experts , l'après midi le choix des endoscopes et du petit matériel en présence des industriels, des experts et des IDE d'endoscopie qui vont préparer le matériel. A 17H visites des experts auprès des patients pour se présenter et expliquer le geste endoscopique …. Durant toute cette journée, tous les techniciens et personnels travaillent à l'installation technique et du matériel à l'intérieur du bloc. Le soir les IDE d'endoscopie n'en finissent pas d'installer les salles et de vérifier leur contenu….

8 novembre 2012

- 7h du matin -

L'équipe médicale et paramédicale du service d'hépato-gastro-entérologie, au complet, est déjà sur ¨le pont¨ pour attaquer cette journée bien particulière, la retransmission en direct de VIDEODIGEST 2012, congrès annuel de Formation Médicale Continue organisée par la Société Française d' Endoscopie Digestive (SFED).

Derniers réglages et contrôles sur les différents sites (bloc ambulatoire, chirurgie ambulatoire, services d'hospitalisation B4N et B5N, salle de conférence, camion régie…).

- **8H15 le faisceau avec le Palais des Congrès de Paris est ouvert.** Le président de la SFED (Ch Cellier) ouvre le congrès par l'allocution de bienvenue … et lance … **à vous AVIGNON … .**

Puis ensuite, tout va très vite : ligature de varices oesophagiennes, traitement endoscopique d'un diverticule de Zenker, endomicroscopie confocale sur petite lésion de l'œsophage, résection endoscopique d'un ampullome Vaterien, de polypes duodénaux et de gros polypes du colon, endoscopie par microfibres optiques du canal pancréatique, ponction sous echoendoscopie d'une lésion du pancréas, prothèse biliaire et extraction de gros calcul du cholédoque et pour la première fois, en direct, une dissection sous muqueuse de l'œsophage de 8 cm quasi circulaire qui va durer 4H

-18h30, fin de la retransmission.

Les chiffres

- ☑ 21 patients, sélectionnés depuis 3 semaines maximum, informés et ayant signé un consentement éclairé, sont hospitalisés depuis la veille,
- ☑ 12 ¨papes¨ de l'endoscopie digestive dont un avignonnais (S Bellon) sont vêtus de leur tenue de bloc et de leur calot étiqueté SFED et CHA ,
- ☑ 2 médecins ¨chefs d'orchestre¨ (JP Arpurt et Ch Boustiere, Hôpital St Joseph, Marseille) ont minutieusement établi l'ordre de passage des patients et restent en liaison directe avec le camion régie,
- ☑ 2 PH (S Bramli , B Coulibaly) et 1 médecin attaché du service (G Martane) ont contrôlé les diapositives de chaque cas sur l'écran du PC central,
- ☑ 3 anesthésistes (Sébastien, Michel, Dave) et 4 IADE (Carole, Julia, Jacky, Fréderic) sont prêts,
- ☑ 1 cadre d'endoscopie digestive (Dominique) a contrôlé l'ouverture des 3 salles d'endoscopie et a adapté le matériel en fonction des cas et des endoscopistes ,
- ☑ 6 IDE d'endoscopie (2 par salle) (Agnès, Dominique, Magali, Virginie, Vanessa, Anne) ont installé les endoscopes et le petit matériel,
- ☑ 2 IDE d'endoscopie bronchique (Christiane, Isabelle) et 1'AS (Laurence) ont préparé les endoscopes en salle de lavage (40 endoscopes sont mis à disposition… !!! par 3 firmes d'endoscopes … et 12 firmes pour le petit matériel)
- ☑ 1 manipulateur radio (Antoine) est aux manettes de l' arceau de scopie
- ☑ 5 caméramen sont en salle et 5 techniciens régie
- ☑ 15 représentants des firmes industriels affectés en salle en fonction du matériel à utiliser
- ☑ 3 préposés sont au brancardage

2015

L'implication et la collaboration de tous les intervenants hospitaliers ou extérieurs ont été le ciment de la réussite de cette journée qui a été considérée par les congressistes comme un GRAND CRU… Que tous soient remerciés.



















Nous sommes partout !!!

Isabelle Rosa (Créteil)



Rendons tout d'abord à Olivier ce qui est à Nouel, cette affirmation lui appartient et nous sert de cri de ralliement depuis qu'il l'a prononcée ! Non sans raisons, car notre association a atteint son objectif, à savoir être présente et visible au sein des instances de la profession.

N'oublions pas l'objectif premier de l'ANGH, défendre la formation des internes DES dans les centres hospitaliers généraux ; cet objectif reste toujours d'actualité avec la présence au sein du comité de pilotage des internes d'au moins un membre de l'ANGH.

Peu à peu, l'ANGH a réussi à s'implanter dans les conseils d'administration des différentes sociétés savantes, au même titre que les hospitalo-universitaires et que les libéraux. Si l'accueil a pu être un peu froid et condescendant par le passé, notre participation actuelle à ces instances est tout à fait acceptée, et oserais-je le dire, respectée…Que ce soit à la SNFGE, à l'AFEF, à la FFCD et autres, les représentants de notre association ont su la faire reconnaître et promouvoir nos qualités. L'ANGH est également bien représentée au sein de la FMC HGE, organisme de formation continue des JFHOD, où le président est à tour de rôle universitaire libéral ou membre de l'ANGH. N'oublions pas non plus notre implication au CEFA HGE, avec une représentation de l'ANGH au conseil d'administration et une validation DPC de notre congrès, qui devient ainsi également un outil de formation médicale continue validante.

Bien sur, notre plus grande fierté a été la nomination de Bernard Nalet à la présidence de la société de gastro. Pour la première fois, un membre de l'ANGH accédait à cette fonction, suivi ensuite quelques années après par Alex Pariente puis par Hervé Hagège. D'autres suivront sans doute je l'espère…

Au fil des années, l'objectif principal de l'ANGH est devenu la production scientifique et la reconnaissance de l'ANGH par l'industrie pharmaceutique a été une étape importante. L'ANGH est maintenant présente dans les boards industriels, parfois même lors de l'élaboration des protocoles.

Nous sommes partout, même en Europe. D'ailleurs, est ce que Jolimont est vraiment en Belgique ? Grâce à notre ami Jean Henrion, l'ANGH est également belge, mais également un peu portugaise, avec la sympathique collaboration depuis 10 ans avec l'association portugaise des hôpitaux généraux.

Nous sommes partout et nous le resterons ! Il faudra maintenant que les générations plus jeunes suivent les pas des plus anciens et aillent de l'avant dans le maintien des valeurs qui nous unissent et qui font notre particularité. Voilà ma vision d'incurable optimiste.

« Nous sommes partout car nous le valons bien ! »

CEFA HGE
Collège Évaluation Formation Accréditation en Hépato-Gastro-Entérologie



Le CEFA : au Top pour éviter de vous noyer dans les méandres du DPC !

Jean-Pierre Dupuychaffray (Angoulème)

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a été voulu par la Loi HPST sous forme d'une obligation pour tous les professionnels de santé à compter du 1er janvier 2013. En réalité les premiers organismes de DPC comme le CEFA n'ont été validés que fin 2013 pour un début d'activité en janvier 2014.

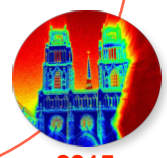
Le CEFA HGE regroupe toutes les composantes scientifiques et professionnelles de la spécialité ; les modes d'exercice hospitalier, hospitalo-universitaire, et libéral sont représentés. Il a été créé en concertation avec le Conseil National Professionnel d'Hépato-Gastro-Entérologie (CNP HGE).

Face à la complexité affichée par le DPC, le CEFA s'est donné comme mission difficile (impossible) de rendre lisible l'obligation de DPC à tous les Hépato-gastroentérologues, et surtout de les accompagner dans leur parcours de DPC.

Le CEFA entend valoriser les congrès nationaux de la spécialité ainsi que certaines formations régionales de qualité, et garantir la qualité des programmes de DPC proposés chaque année.
Le CEFA compte également promouvoir des programmes pluri-disciplinaires et pluri-professionnels ; dans ce cadre un programme d'accréditation en équipe est proposé aux hépato-gastroentérologues.
Le CEFA a créé début 2015 son site internet permettant à chacun de s'inscrire et de choisir son programme de DPC. Une page a été conçue à l'attention des Directions des affaires médicales (DAM) afin de rendre explicite le lien entre DAM et CEFA et rappeler quelques règles que certaines DAM semblent ignorer : libre choix de programme de DPC pour chaque PH, libre choix de l'organisme de DPC, aucune obligation à suivre un programme dispensé par l'établissement, prise en charge de l'inscription au CEFA et du coût du programme par la DAM.

N'hésitez pas à consulter le site : http://www.cefa-hge.f

Membres fondateurs



2015



La FSMAD est morte, vive le CNP !

Hervé Hagège (Créteil)

Toutes les sociétés savantes et les organismes professionnels qui représentent l'ensemble de la profession avec toute sa diversité font la richesse de notre discipline. Ces structures, conscientes qu'elles devaient se fédérer pour mieux défendre l'ensemble de notre spécialité, tout en gardant leur autonomie et leur spécificité ont décidé en 2006 de créer la FSMAD (Fédération des Spécialistes des Maladies de l'Appareil Digestif). Elle réunissait au début 10 organismes : AFEF, ANGH, CDU-HGE, CREGG, FFCD, FMC-HGE, SNFCP, SFED, SNFGE et SYNMAD puis 12 : ajout de l'EA-HGE et de l'EPP-HGE.

« Si l'hépato-gastroentérologie est une discipline extrêmement vaste et si les maladies digestives représentent l'une des premières causes de recours aux soins, les hépato-gastroentérologues ne sont pas si nombreux. Ils sont environ 3500 et ne représentent que 1,5% des médecins français. »

La FSMAD a vraiment permis de faire travailler ensemble toutes ces structures, dans l'intérêt de notre discipline et afin de la rendre plus visible des pouvoirs publics. Bien que peu connue des hépato-gastroentérologues libéraux ou salariés, la FSMAD a été une première étape décisive pour réunir l'ensemble de la profession et éviter une balkanisation. En effet, si l'hépato-gastroentérologie est une discipline extrêmement vaste et si les maladies digestives représentent l'une des premières causes de recours aux soins, les hépato-gastroentérologues ne sont pas si nombreux. Ils sont environ 3500 et ne représentent que 1,5% des médecins français. La diversité de la discipline ne doit pas nuire à une synergie d'action, bien au contraire. Quelque soit le mode d'exercice, quelque soit le niveau d'hyperspécialisation tous les hépato-gastroentérologues ont la même formation de base et officiellement ont le même diplôme de spécialiste des maladies de l'appareil digestif. En se fédérant nous avons renoué le dialogue entre nos structures qui avaient tendance à s'éloigner les unes des autres, voire à se heurter parfois. Elles ont pu mesurer ce qui les réunissait et finalement l'union sacrée a été notre choix. Tout comme une équipe de sport collectif nous avons des talents individuels qui cherchent à s'exprimer, nous nous heurtons parfois dans le vestiaire mais lorsque nous sommes sur le terrain nous portons tous le même maillot, celui de la gastro.

« Nous portons tous le même maillot, celui de la gastro. »

Dans ce contexte, le CNP est né 5 ans après la FSMAD, en 2011. Initialement notre CNP était constitué pour 50% de la FSMAD, hors SYNMAD et pour 50% du SYNMAD. Mais si les missions initiales du CNP étaient centrées sur le DPC, très vite nous nous sommes rendus compte que c'est tout autre chose qui était demandé au CNP. Cette nouvelle structure sous l'impulsion de la FSM (Fédération des Spécialités Médicales), tous comme les 40 autres CNP allait devenir la structure représentative de l'ensemble de la profession et l'interlocuteur des organismes publics : HAS, INCA, ANSM, etc…
Du coup, en 2014, nous avons décidé de fondre totalement la FSMAD et le CNP pour ne faire qu'une seule structure. Après des discussions parfois difficiles, mais nécessaires et finalement des avancées de la part de chacun dans l'intérêt de tous le CNP de 2ème génération est né en novembre 2014 et la FSMAD a été dissoute quelques mois après, début 2015.

Notre CNP qui représente l'ensemble de la profession est fait de 3 collèges :

- collèges des organismes professionnels : ANGH, CDU-HGE, CREGG et FMC-HGE
- collège des sociétés savantes : AFEF, FFCD, SFED, SNFCP et SNFGE
- collège syndical : SYNMAD

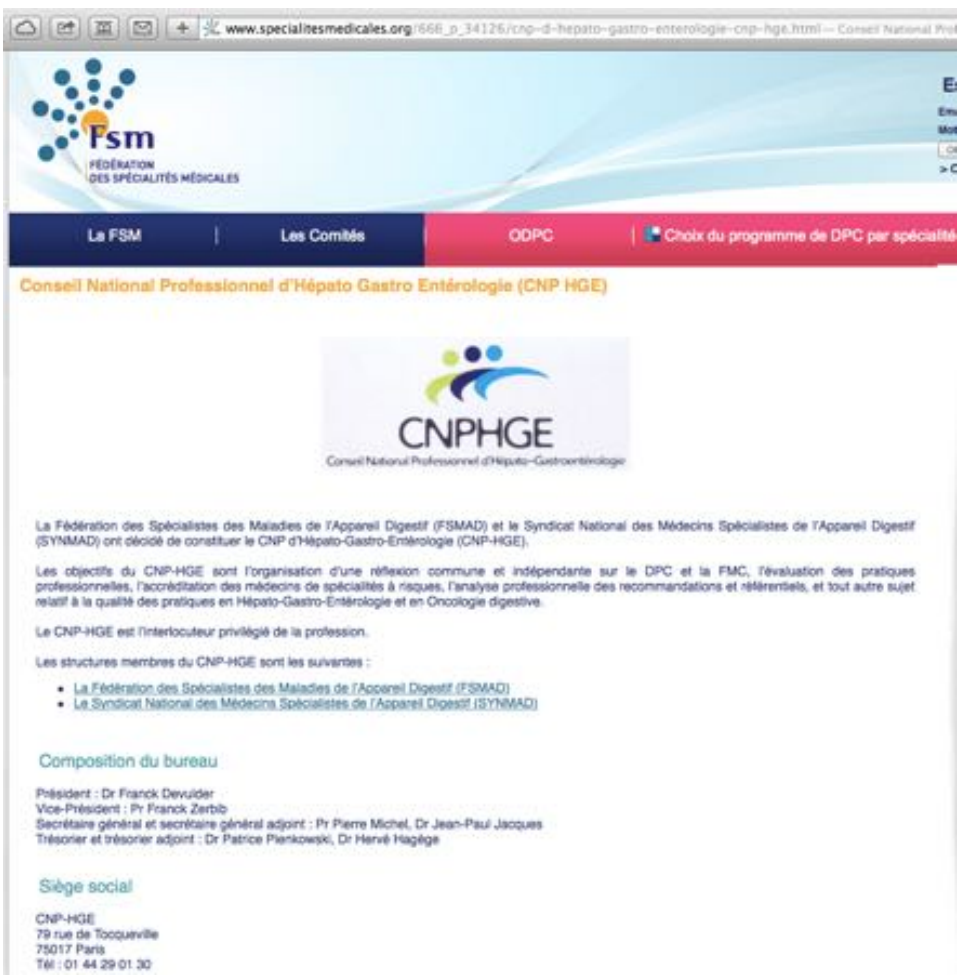
Dans ses statuts, il existe une représentativité paritaire libéral-salarié et au bureau chacun des 3 collèges est représenté.

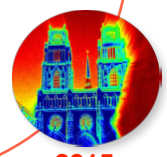
Contrairement à d'autres nous avons su éviter de faire un nouveau mille feuilles et finalement réussi à simplifier les choses. Le CNP est le seul organisme fédérant la profession et la représentant vis à vis des pouvoirs publics. C'est vraiment essentiel pour être mieux entendus. Cela n'empêche pas les structures

composants le CNP de travailler individuellement avec les pouvoirs publics, mais pour certains sujets majeurs concernant l'ensemble de la spécialité, c'est le CNP qui représente les gastros. C'est déjà notre mode de fonctionnement, mais il est probable qu'à l'avenir cela s'accentue encore d'avantage et le CNP sera alors l'unique interlocuteur des pouvoirs publics. L'un des rôles majeur du CNP sera de rechercher au sein de ses membres les gastros les plus à même de représenter la profession en fonction du domaine où il est sollicité par les pouvoirs publics. Le CNP sera donc l'unique porte d'entrée vers l'ensemble de notre profession, mais aussi un organisme fédérateur et une force d'expression légitime pour l'ensemble des gastros.

Les gastros aiment la diversité, mais pas les mille-feuilles. En simplifiant nos structures représentatives nous avons gagné en lisibilité et en efficacité.

Au sein de la FSMAD, puis du CNP de 1ère et de 2ème génération l'ANGH a toujours eu toute sa place, ce qui est parfaitement légitime pour notre association qui représente le mode d'exercice du quart des gastros français. A la présidence de la FSMAD, puis du CNP au moment de la fusion de ces 2 structures l'ANGH, organisme emblématique de la diversité d'exercice des gastros, a toujours œuvré pour rassembler la profession.





2015



L'Europe et l'Hépato-gastroentérologie, ça bouge !

M. Isabelle Cremers, MD FEBGH FRCP FACG
Sécrétaire-Générale de la Section et Board d'Hépato-gastroentérologie
cremers.tavares@gmail.com

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) recommande à ses Sections et Boards de promouvoir la meilleure qualité de soins possible à travers une harmonisation de l'enseignement post-universitaire et de la pratique médicale, cherchant ainsi à atteindre l'excellence clinique.

En ce sens, la Section et le Board d'Hépato-gastroentérologie (ESBGH), qui comptent 30 pays membres, trois pays membres associés et 11 pays observateurs, ont publié le « BLUE BOOK » (Livre Bleu), dont la mise à jour a été achevée en 2012 (www.eubog.org), bientôt en version française. Il s'agit d'un curriculum européen qui décrit les compétences générales à acquérir au cours de l'internat, les connaissances globales et physiopathologiques ainsi que les choix thérapeutiques qu'un hépato-gastroentérologue doit connaitre à la fin de sa formation. Sont aussi consignés dans ce livre les nombres minimum des techniques qu'un interne doit réaliser pendant son apprentissage afin de pouvoir exercer sa spécialité de façon indépendante. On peut aussi trouver dans le Livre Bleu le curriculum européen proposé pour quatre surspécialisations, oncologie digestive, hépatologie, nutrition et endoscopie interventionnelle.

« Cet examen est un test pour évaluer les connaissances et ne confère pas le titre de spécialiste »

Dans cette publication sont définis les critères qu'un Service devrait pouvoir remplir pour être accrédité en tant que Centre Européen de Formation pour la formation de spécialistes en Hépato-gastroentérologie. Les hépato-gastroentérologues peuvent obtenir par consensus, le titre de Fellow European Gastroenterology, jusqu'à Décembre 2016 (www.eubog.org).

L'ESBGH a développé un Log Book qui permet à chaque interne en formation de vérifier les connaissances et techniques acquises. Il se trouve également sur le site www.eubog.org.

L'examen européen est déjà une réalité en Europe, pour de nombreuses autres spécialités, telles que l'ophtalmologie, la chirurgie et l'anesthésiologie. L'examen est considéré comme une accréditation indépendante, gage d'une formation de qualité acquise pendant l'internat. D'autre part, il peut permettre, dans certains cas, d'obtenir du travail dans un autre pays européen.

Cet examen est un test pour évaluer les connaissances et ne confère pas le titre de spécialiste. Il est un élément de plus pour reconnaitre que le médecin possède les connaissances nécessaires pour exercer sa spécialité.

La Directive 2013/55/EU du Parlement Européen, publiée le 20 Novembre 2013, déclare dans l'article 49 : « Aux fins du présent article, une épreuve commune de formation désigne une épreuve d'aptitude standardisée existant dans tous les États membres participants et réservée aux titulaires d'une qualification professionnelle donnée. La réussite de cette épreuve dans un État membre permet au titulaire d'une qualification professionnelle donnée d'exercer la profession dans un État membre d'accueil dans les mêmes conditions que celles dont bénéficient les titulaires de qualifications professionnelles acquises dans cet État membre ». Ceci montre l'importance que les autorités européennes accordent, en ce moment, à l'existence d'examens européens reconnus.

L'ESBGH a développé un examen d'Hépato-gastroentérologie. C'est une évaluation des connaissances selon le programme du Livre Bleu. Les candidats peuvent acquérir les connaissances requises de la façon habituelle, étudier dans les livres et les revues, assister à des conférences, des cours et autres activités de formation, etc. Il est utile de connaître les directives européennes et les recommandations mises à jour pour le traitement des maladies de notre spécialité.

Le premier examen européen en Hépato-gastroentérologie a eu lieu simultanément dans tous les pays de l'Europe, le 23 Avril 2014. Nous avons eu une cinquantaine de candidats, avec un taux de réussite de 64%.

L'examen aura lieu une fois par an. L'inscription coute, en ce moment, € 500, un montant destiné à payer les dépenses de l'entreprise informatique qui fournit les conditions de sa mise en œuvre et les frais de préparation de l'examen et l'analyse des résultats.

En ce qui concerne le format de l'examen, il s'agit de 200 questions à choix multiples, divisés en deux périodes de 3 h. Il y aura cinq options de réponse, une correcte et 4 alternatives plausibles, mais erronées, bien sûr. On cherche avec ce format, non seulement d'évaluer les connaissances théoriques, mais aussi d'évaluer la capacité d'interpréter l'information et de résoudre des problèmes cliniques. Il y aura quelques questions standard dans le site www.eubog.org, où vous pouvez vous inscrire à l'examen.

J'invite les collègues intéressés à consulter le site www.eubog.org afin d'obtenir des informations supplémentaires sur l'examen européen d'Hépato-gastroentérologie, et sur l'obtention du Fellowship Européen en Hépato-gastroentérologie.

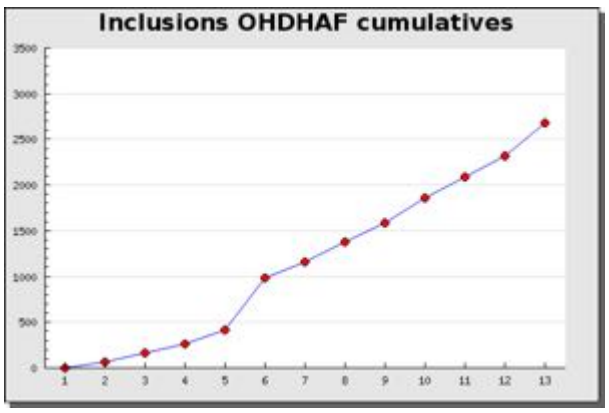


L'ANGH et l'Afrique

Olivier Nouël (Saint Brieuc)

Je ne peux m'empêcher de commencer ce texte par ma contrepéterie favorite, « l'Afrique est bonne hôtesse » .

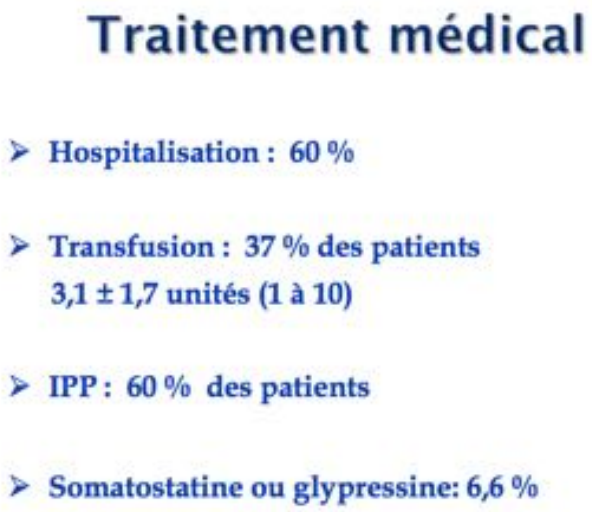
Il existe en Afrique une association de formation médicale continue (l'AAFMCHGE) dont une réunion annuelle est généralement associée a la réunion nationale du pays organisateur. Le but de cette association est dans le cadre de la Francophonie d'aider à la formation des médecins Africains avec l'aide de leurs collègues Belges et Français. Les moyens financiers proviennent des dons des sociétés européennes qui ,outre leur cotisation. financent les déplacement de leurs experts. Les sociétés locales payent..parfois une cotisation .

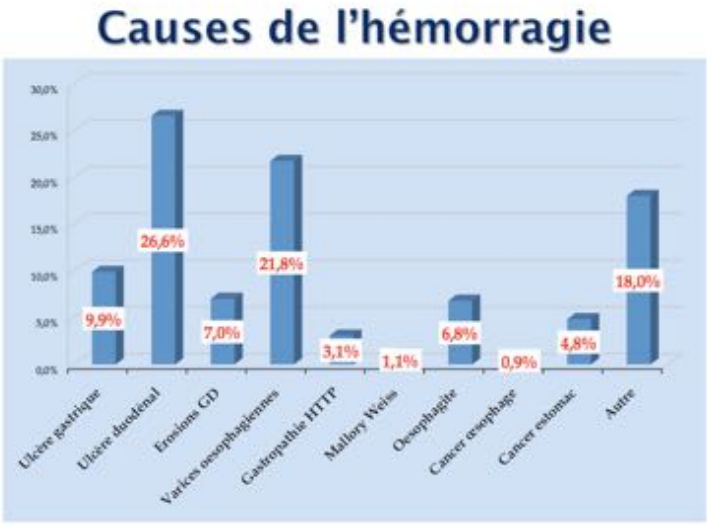


L'ANGH, dans le cadre de la fédération a participé plusieurs années à cette action. C'est difficile, les comptes sont opaques, les rivalités et les susceptilités exacerbées.

L'ANGH a réussi l'exploit de faire réaliser une étude ODHAF « continentale » sur les hémorragies digestives, dont les passionnants résultats ont été communiqués aux JFHOD 2011 et au congrès de l'AAFFCHGE à Tunis en mai 2010 (étude réussie grâce à un véritable travail de fourmi de Bruno Lesgourgues et d'Hervé Hagège). Malheureusement cette étude n'a jamais été publiée et ne le sera probablement jamais in extenso .

D'autres projets étaient à l'étude, mais nous avons un peu détellé. De plus ce fut difficile de trouver un remplaçant au secrétaire général, le sympathique Vincent LAMY et par ailleurs la délocalisation expresse du congrès de côtes d'Ivoire pour cause d'EBOLA n'a pas simplifié l'ambiance .





Même si nos membres peuvent avoir des intiatives individuelles (Denis LABAYLE et Nicolas DELAS à Madagascar) notre politique Africaine est en panne …..

ODHAF : observatoire Hémorragies digestives hautes en Afrique francophone
AAFFCHGE : Association africaine francophone de formation en hépato-gastroentérologie



Présente-moi ton nouvel hôpital !

Le nouvel hôpital d'Orléans (NHO)

Xavier Causse (Orléans)

Le Contexte

La région Centre est désormais, avec la Picardie, la région française de plus faible densité médicale. Ceci est particulièrement sensible à l'est et au sud de la région, alors que l'agglomération tourangelle, autour du CHU, est bien pourvue.

L'agglomération d'Orléans est en forte croissance (plus de 400000 habitants dans l'aire urbaine, bassin de population > 500000). Si les hôpitaux de Paris, au nord et le CHU de Tours, à l'ouest, exercent une forte attractivité, au sud le CHU de Clermont-Ferrand est loin, comme celui de Dijon à l'est.

Le recours au Centre Hospitalier Régional d'Orléans est de ce fait très important, très excessif pour les urgences, un nombre croissant de patients ne parvenant plus à avoir de médecin traitant dans l'agglomération même.

Le regroupement sur un site unique de deux hôpitaux distants de douze kilomètres correspondait à une logique d'accès au plateau technique (il n'y avait ni IRM, ni scanner dans le vieil hôpital situé en centre-ville), de recherche d'économie par le regroupement de certains services (laboratoires, pharmacie …) et la diminution des frais de transport, d'évolution des souhaits des patients pour ce qui est du confort (80% de chambres seules dans le NHO) et de simplification des flux de patients (en particulier pour les consultations et les hôpitaux de jour).

Ainsi s'achève le plus gros chantier hospitalier français de ces dernières années : 1304 lits et places, dont 1045 lits de médecine-chirurgie-obstétrique, 139 places d'ambulatoire ou d'hôpital de jour, 120 lits de soins de suite et de réadaptation (205000 m2, dont 180000 m2 pour le bâtiment principal) ; 4 scanners, 3 IRM, 3 accélérateurs de particules, 2 TEP scanners, 3 gamma-caméras, 20 salles de bloc, 1 salle de radio interventionnelle, 8 salles de naissance...

Le service d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive aura 45 lits permanents, dont 6 de soins continus, 5 de soins palliatifs et 10 d'alcoologie, 12 places de jour et en outre accès au service ambulatoire de chirurgie pour les endoscopies de jour.
Nous allons passer d'un bâtiment gris béton vieillissant à un bâtiment coloré, axé sur une rue intérieure de grand volume, éclairé par des patios qui sont des puits de lumière, certifié HQE (haute qualité environnementale) et qui devrait donc avoir une bien meilleure inertie thermique. Sans que les hépato-gastroentérologues aient été consultés sur la couleur, le service sera situé dans le bâtiment



jaune, comme si la prééminence du foie et des voies biliaires sur les tubes annexes était désormais une évidence.

Le chantier a rassemblé 650 personnes dans les phases les plus dynamiques. On aurait pu imaginer que ce serait une opportunité pour offrir travail et formation aux chômeurs de La Source, quartier d'implantation du CHR, où le taux de chômage est très supérieur à la moyenne nationale.

Les ouvriers sont surtout venus de Pologne, du Portugal, de Roumanie …

Le personnel travaillant dans le vieux bâtiment de La Source a pu suivre les étapes du chantier et a été très impressionné par la séance de gymnastique collective qui ouvrait les journées de travail du chantier à 7 heures. Est-ce l'élément explicatif d'une augmentation sensible des déplacements à vélo du personnel hospitalier ?

Au-delà de la nouveauté, le changement de structure est une révolution culturelle. Passer de deux hôpitaux de taille moyenne à un mastodonte de 600 m de long sera un premier défi apte à prévenir le syndrome métabolique chez le personnel.

Des transports automatisés en sous-sol devraient fluidifier la logistique entre la zone logistique distante et les services d'hospitalisation et décharger le personnel infirmier et aide-soignant de tâches éloignées des patients. Des pneumatiques devraient simplifier les envois des prélèvements biologiques. L'informatique devrait s'imposer partout et reléguer le papier au passé (il y a encore du boulot, beaucoup de boulot !)

Passer de services où l'essentiel des activités était regroupé autour d'une spécialité médicale ou chirurgicale à une organisation spatiale conçue pour faciliter les déplacements des consultants sera le second défi. 600 places de parking seront mises à disposition des patients sous le bâtiment, toutes les consultations seront au rez-de-chaussée, avec l'accueil et les admissions ; toute l'activité ambulatoire sera au premier étage, les services d'hospitalisation seront dans les 3 étages supérieurs.

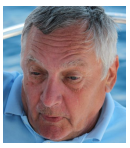
Pour les hépato-gastroentérologues, la consultation (rez-de-chaussée), l'hôpital de jour (1° étage) et l'hospitalisation complète (3° étage) seront dans le même bâtiment jaune. Mais, l'hôpital de jour accueillant l'endoscopie ambulatoire sera dans le bâtiment suivant au sud (rose pour la chirurgie), et le plateau technique (unité d'endoscopie, bloc opératoire pour les endoscopies sous anesthésie et les biopsies hépatiques trans-jugulaires) sera dans un troisième bâtiment adjacent, sans parler des avis à donner aux urgences ou dans les autres services. Les hépato-gastroentérologues sont donc priés de rester jeunes.

La phase critique du déménagement est prévue pour le service d'hépato-gastroentérologie du 26 au 28 août, mais elle s'étale pour l'ensemble du NHO d'octobre 2013 (soins de suite et de réadaptation, internat, crèches) à septembre 2015.

Comme dans toutes les révolutions, il y aura une phase de démolition. On parle ici de déconstruction du vieux bâtiment de La Source, qui date des années 1970 et dont on gardera le sous-sol (avec le service de radiothérapie) et une partie du rez-de-chaussée.

Impossible de clore ce billet sans évoquer Christian Fleury (ancien président de CME, retraité), Serge Grouard (maire d'Orléans qui vient de démissionner pour raison de santé), et Jean-Pierre Gushing (ancien directeur général du CHR, retraité), sans l'engagement opiniâtre desquels ce projet n'aurait pas abouti.





A4 une nouvelle association

Olivier Nouël (Saint Brieuc)

Vers 1980, les chefs de clinique émigrèrent vers les hôpitaux généraux. C'était tous des baby-boomers et ils souhaitaient poursuivre leurs activité de recherche clinique. Ayant rapidement constatés que leur CHU d'origine ne s'intéressait plus guère à eux, ils ne leur restait qu'une solution, se fédérer, et donc ils créèrent l'ANGH, avec le succès que l'on sait .

En trente ans, les fringants jeunes gens devinrent des vieillards chenus et tout naturellement prirent leur retraite. Ils avaient appris à se connaitre, et étaient devenus de vrais amis. Après avoir organisé une vingtaine de congrès et été les initiateurs de dizaines d'études, la rupture aurait été trop rude. C'est donc au MANS que naquit l'idée d'une association des anciens. Elle prit le nom d'A4 (Association Amicale des Anciens de L'ANGH).

En mars 2014, un premier diner nous rassembla et on remit le couvert en Mars 2015. Nous sommes quand même une force de 17 membres auxquels il faut ajouter nos fidèles groupies .

Le principe d'une réunion annuelle de printemps à Paris reste acté, mais déjà il s'organise une réunion d'automne .

Cette année ce sera 3 jours à Vichy à l'initiative de Philippe CASSAN, et l'année prochaine en baie de Somme chez Joel BUTEL D'autres projets sont en vue, Bréhat, l'ascension de la Montagne Sainte Victoire etc..

Une chose est sure c'est que cette association a un brillant avenir avec le risque dans 5 à 10 ans de devenir plus puissante que l'ANGH !.

Dès l'année prochaine quelques adhésions (c'est du volontariat) sont attendues.

Congrès 2016 Dunkerque : Thierry Paupard à la manoeuvre !



16-17 septembre 2016 comme on dit maintenant « Save the date ! ».

Nous nous retrouverons tous avec plaisir pour partager nos travaux et nos expériences à la pointe Nord de l'hexagone chez les Ch'tis !

N'hésitez pas à précéder ou prolonger le congrès !

La région est riche en sites naturels (Cap gris nez Cap Blanc Nez, Marais Audomarois), sites historiques de Dunkerque de l'opération Dynamo, Musée d'histoire La coupole à St Omer, site napoléonien à Boulogne sur Mer etc…et bien sûr Bergues devenue célèbre par le film Bienvenue chez les Ch'tis de 2008.

Dans le Nord on a le sens de la fête, ça tombe bien l'ANGH aussi !

Résumés de communications du congrès d'Orléans

1 - Possibilité de suivre des malades atteints de MICI par Télémecine :
l'avis des malades et celui des médecins.
O.NOUEL,P.ZAVADIL,V.QUENTIN,D.BOUTROUX,K. AZIZ (St BRIEUC) P.SIMON (Président de la Société Française de Télémédecine-ANTEL)

La Télémecine se développe dans la prise en charge des maladies chroniques (diabète,HTA,insuffisance cardiaque,insuffisance rénale …). En Gastroenterologie, les MICI pourraient être une indication, permettant aux malades atteints de MICI de rationaliser la fréquence des consultations, de mieux surveiller les traitements et d'assurer une meilleure prise en charge des poussées.

Un questionnaire a été soumis aux malades atteints de MICI, vus en consultation ou en hospitalisation. Parallèlement une enquête sur la Télémédecine a été réalisée auprès des médecins temps pleins hospitaliers (Mai 2013). 33 malades (100%) ont répondu au questionnaire (Crohn=22, RCH=10).Il s'agissait de 20 femmes et 13 hommes d'âge moyen 40 ans (extrêmes :72/20), 3 ne disposaient pas d'un ordinateur . Parmi ceux qui disposaient d' un ordinateur, tous avaient Internet et le consultait quotidiennement , 7 ne recherchaient pas d'information sur leur maladie, 2 participaient à des forums de malades et seulement 2 déclaraient avoir confiance dans les informations trouvées sur Internet. 25 malades acceptaient de répondre à des questionnaires, étaient intérressés par être suivi par Internet avec une fréquence bimensuelle (15 , mensuelle (5), ou semestrielle (5). 28 malades pensaient que la télémédecine avait de l'avenir . 25 malades nous ont communiqué leur adresse mail .

Parmi les 200 médecins interrogés, 60 ont répondus au questionnaire (30% des médecins de l'hôpital)
Sans surprise tous avaient un ordinateur, internet et l'utilisaient pour leur travail. Tous avaient entendu parler de la télémédecine. Les résultats sont ensuite très variés certains ne suivant pas de malades personnels (DIM, urgentistes, anesthésistes, gériâtres…). 22 médecins déclaraient communiquer par mail avec leurs malades.La majorité des cliniciens communiquait par mail avec leurs correspondants hospitaliers ou libéraux. Une majorité des médecins souhaitait voir la Télémédecine se développer dans leur pratique professionnelle . 6 pensaient qu'elle leur ferait perdre du temps, 5 ont peur de la télémédecine, émettant des réserves sur la qualité de prise en charge.
L'enquête a permis d'identifier des secteurs ou la télémédecine était déjà active (télédialyse, télésurveillance des plaies et des escarres, télésuivi post opératoire de la chirurgie bariatrique, télélecture de rétinographie des patients diabétiques et suivi des traitements du VHC.)

Ces résultats préliminaires montrent que les médecins sont prêts a utiliser la télémédecine dans leur pratique. Toutefois les remarques de certains montrent le besoin d'une formation préalable comme le recommande le décret de Télémédecine du 19 Octobre 2010 .
Chez les malades atteints de MICI, il existe de façon majoritaire une demande pour la mise en place d'une surveillance et d'un dialogue avec leur Médecin par téléconsultation .

Ceci devrait nous permettre d'intégrer un programme de Télésurveillance dans notre programme d'TEP chez les malades atteints de MICI .

2 - Impact d'un retard diagnostique sur l'évolution de la maladie de Crohn:
analyse d'une cohorte prospective de 497 patients
Stéphane Nahon, Thierry Paupard, Pierre Lahmek, Bruno Lesgourgues, Stanislas Chaussade, Laurent Peyrin-Biroulet, Vered Abitbol.
But :
Déterminer si un retard au diagnostic est associé à une évolution péjorative de la maladie de Crohn (MC), comme cela a été suggéré dans une cohorte suisse (1).
Méthodes et patients
Les caractéristiques de la MC, les données socio-économiques et les traitements médicaux et chirurgicaux des patients suivis dans trois centres hospitaliers drainant des bassins de population différents sont collectées prospectivement dans une base de données informatisée (Focus_MICI®). Les dates du diagnostic et des premiers symptômes sont systématiquement saisies permettant de calculer le délai diagnostique. Un diagnostic tardif est défini par un délai au delà du 75ème percentile. Les patients ayant un diagnostic tardif ont été comparés aux patients ayant un diagnostic plus précoce (en analyse univariée et multivariée) pour les données suivantes : 1) le taux première chirurgie intestinale majeure (chirurgie proctologique exclue), 2) taux de traitement par immunosuppresseur (IMS) et 3) taux de traitement par anti-TNF. L'analyse de la durée entre le diagnostic et : 1) la première chirurgie, 2) le premier traitement anti-TNF et 3) le premier traitement IMS a été effectuée selon la méthode de Kaplan-Meier et la comparaison statistique des distributions de chaque groupe selon la méthode du Log-Rank.
Résultats :

Les données de 497 patients (dont 53,6% de femmes) atteints de MC ont été analysées. L'âge médian au diagnostic était de 25,6 ans (IQR 25-75 : 19,4-35,2) Le délai médian du diagnostic était de 5 mois; un diagnostic précoce correspondait à un délai < 2 mois (n=122) et un diagnostic tardif à un délai > 13 mois (n=122). Le délai médian de suivi était de 9 ans (IQR 25-75 : 4-16,2 ans). 138 (28,3%) patients étaient fumeurs actifs et 109 (22,4%) l'avaient été. Les caractéristiques de la MC selon la classification de Montréal étaient : 196 (41,1%) localisation L1, 121 (25,4%) localisation L2 et 154 (32,3%) localisation L3 ; 272 (58,1%) phénotype B1, 143 (30,6%) phénotype B2 et 53 (11,3%) phénotype B3. 148 (29,8%) patients ont eu une chirurgie majeure. Concernant les traitements : 161 (37,1%) recevaient et 132 (30,4%) avaient reçu des thioguanines ; 28 (6,5%) recevaient et 50 (11,7%) avaient reçu du MTX ; 87 (20,2%) recevaient et 69 (16%) avaient reçu de l'infliximab ; 118 (27,3%) recevaient et 48 (11,1%) avaient reçu de l'adalimumab. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les patients ayant un diagnostic tardif comparativement à ceux ayant un diagnostic plus précoce pour les données suivantes : âge au diagnostic, le phénotype, les taux globaux : d'IMS (p=0,6) et d'anti-TNF (p=0,7). En revanche, le délai entre le diagnostic et la première chirurgie était statistiquement plus court chez les patients ayant un diagnostic plus tardif (p=0,05); il n'existait pas de différence pour le délai entre le diagnostic et l'initiation d'un traitement par IMS ou anti-TNF.

Conclusion :

Dans cette large cohorte prospective et multicentrique de patients ayant une MC, les taux globaux de traitement par IMS et anti-TNF ne sont pas influencés par un retard diagnostique. En revanche, les patients diagnostiqués plus tardivement sont opérés plus précocement.

Schoeper A.M et al. Am J Gastroenterol 2013 ;108 : 1744-53.

Secrétariat ANGH Service de Gastroentérologie CHI Le Raincy-Montfermeil 10 rue du Général Leclerc 93 370 Montfermeil Nous écrire par mail : http:// www.angh.org/hepato-gastroenterologie/chi-le-raincy-montfermeil.html

3 - Distribution des lésions histologiques des colites microscopiques (CM) :

plus de 9 CM sur 10 peuvent être diagnostiquées par une coloscopie gauche : résultats de la cohorte nationale ANGH (COLMI)

G. Macaigne (1), C. Locher (2), J.-F. Boivin (1), B. Lesgourgues (3), M. Yver (2), L. Costes (4), I. Abd Alsamad (4), C. Charpignon (5), H. Guyot (5), J.-L. Payen (6), J.M. Ghilain (7), M.-O. Peny (7), V. Calès (8), S. de Montigny-Lenhardt (9), G. Bellaiche (10), P. Lahmek (11), E.-A. Pariente (8), S. Nahon (3). (1) Jossigny; (2) Meaux; (3) Montfermeil; (4) Créteil; (5) Villeneuve-Saint-Georges; (6) Montauban; (7) Jolimont, BELGIQUE; (8) Pau; (9) Aubagne; (10) Aulnay-sous- Bois; (11) Limeil Brévanne.

Introduction :

Les buts de ce travail étaient d'évaluer les caractéristiques et la topographie des lésions diagnostiques histologiques des CM, lymphocytaire (CL) et collagène (CC), à partir de la cohorte nationale COLMI (1) menée entre septembre 2010 et juin 2012 dans les centres ANGH.

Patients et Méthodes :

Les malades de la cohorte COLMI ayant une CM ont été inclus. Chaque malade a eu une coloscopie avec biopsies iléales et coliques étagées en pots séparés (rectum, sigmoïde et colon gauche, colon transverse et droit). Le diagnostic de CL était défini par un taux de lymphocytes intra-épithéliaux supérieur ou égal à 20% et celui de CC par un épaississement collagène de la membrane basale épithéliale supérieur ou égal à 10mm. Le diagnostic était porté par l'anatomo-pathologiste de chaque centre sans relecture centralisée, le diagnostic de CM étant hautement reproductible avec une très variabilité intra et inter-observateur (2, 3).

Résultats :

Parmi les 433 malades inclus, 129 avaient une CM (87 CL et 42 CC) : 99 malades (72 CL et 27 CC) ont eu des biopsies étagées dans chaque segment colique et ont été retenus pour l'analyse. L'épaississement médian de la membrane collagène augmentait significativement du rectum au colon droit, respectivement 14.5 microns
+/- 15.8, 20 +/- 15.2, 20 +/- 11.8, 22.5 +/- 16.2. Le taux médian de LIE était significativement plus bas au niveau du rectum (22.5% +/- 21.5) et identique au niveau des colon gauches, transverse et droit, respectivement 30% +/- 22.2, 30% +/- 23.4, 30% +/- 22.3. La sensibilité diagnostique des biopsies était maximale au niveau du colon droit, respectivement 93% et 97% pour les CC et CL, et minimale au niveau du rectum, respectivement 77% et 74% pour les CC et CL. La réalisation de biopsies rectales et coliques gauches permettait de porter le diagnostic de CC et de CL dans 93% et 94% des cas. La réalisation de biopsies supplémentaires au delà de l'angle colique gauche permettait de diagnostiquer la totalité des CM En cas de CC, un épaississement collagène moins important de la membrane basale était significativement associé à la présence d'une maladie auto-immune (p = 0.02).

Aucune corrélation significative n'était notée entre l'intensité des lésions histologiques et la sévérité du tableau clinico-biologique. En cas de CL, un taux plus élevé de LIE était significativement associé à l'absence de douleur abdominale (p = 0.01) et à une durée moindre de la diarrhée (p = 0.001).

Conclusion :

Dans ce travail, la sensibilité diagnostique des biopsies coliques est maximale au niveau du colon droit et minimale au niveau du rectum. La réalisation

de biopsies rectales et coliques gauches au cours d'une coloscopie courte permet de diagnostiquer plus de 9 colites microscopiques sur 10.

Références

1- Macaigne G, Lahmek P, Locher C et al. Microscopic colitis or functional bowel disease with diarrhea : a French prospective multicenter study. Am Journal Gastroenterol 2014 Sep ; 109 (9) : 1461-70.

2- Pardi DS, Loftus AV, Smyrk TC et al. The epidemiology of microscopic colitis : a population-based study in

Olmsted County, Minnesota. Gut 2007 ; 56 : 504-8.

3- Limsui D, Pardi DS, Smyrk TC et al. Observer variability in the histologic diagnosis of microscopic colitis. Inflamm Bowel Dis 2009 ; 15 : 35-8.

4 - Taux de détection des adénomes et risque de cancer d'intervalle après coloscopie :
une étude de cohorte au sein du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemoccult

Bernard Denis, Isabelle Gendre, Emilie Marrer, Philippe Perrin, pour les gastroentérologues du Haut-Rhin

L'Assurance Maladie a proposé d'évaluer le rendement des gastroentérologues (GE) lors des coloscopies du dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) par Hemoccult et fixé à 15-20% l'objectif à dépasser pour le taux de détection des adénomes (TDA). Ce seuil n'a pas de rationnel scientifique.

Buts : Evaluer l'association entre certains indicateurs qualité et le risque de CCR d'intervalle (CCRI) après coloscopie.

Méthodes : Tous les résidents d'un département pilote explorés par coloscopie pour Hemoccult positif de 2003 à 2008 ont été inclus et suivis jusqu'au 31/12/2010. Tous les CCR invasifs (carcinomes in situ exclus) diagnostiqués entre 2003 et 2010 ont été recensés par le registre des cancers. Un CCRI était un CCR diagnostiqué dans un délai > 6 mois et < 3 à 5 ans après une coloscopie négative. Le rendement des GE était évalué par le taux de détection des adénomes (TDA). Les GE étaient répartis selon leur TDA en 3 classes : faibles (<35%), forts (35%-45%) et très forts (≥45%) détecteurs.

Résultats : 5367 personnes étaient inclues, leurs coloscopies réalisées par 37 GE. 20 CCRI étaient colligés après un suivi médian de 4,7 années (extrêmes 0,4 – 7,3), soit un total de 24.414 personne-années de suivi. La prévalence des CCRI était de 3,8% dans un délai de 3 ans après coloscopie. 14 CCRI ont été diagnostiqués dans un délai < 3 ans et 6 dans un délai de 3 à 5 ans. 23 GE n'avaient aucun CCRI, 10 en avaient 1, 3 en avaient 2 et 1 en avait 4. 14 (70%) CCRI étaient situés dans le colon proximal, 4 (20%) dans le colon distal et 2 (10%) dans le rectum. 12 (60%) correspondaient probablement à des lésions non vues à la coloscopie initiale et 7 (35%) à des lésions incomplètement réséquées. Un seul (5%) semblait relever d'un développement rapide. Les GE se répartissaient en 16 (43%) faibles détecteurs, 15 (41%) forts et 6 (16%) très forts détecteurs. 9 (45%) CCRI étaient observés dans le groupe des faibles détecteurs, 10 (50%) dans celui des forts et 1 (5%) dans celui des très forts (p= 0,5). Le risque cumulé de CCRI était globalement de 82 cas pour 100.000 personne-années de suivi. Il variait selon le GE de 0 à 482 cas pour 100.000 personne-années de suivi. Il était de 98 cas pour 100.000 personne-années de suivi dans le groupe des faibles détecteurs, 81 dans celui des forts, et 34 dans celui des très forts détecteurs (p = 0.2). Un seul GE avait émis des réserves sur la qualité de la préparation colique lors de la coloscopie initiale. Un seul GE avait un taux de coloscopies complètes < 93%. Seul, le GE avec 4 CCRI avait réalisé ses coloscopies au cabinet. Tous les autres CCRI suivaient des coloscopies réalisées sous anesthésie en établissements de santé.

Conclusions : Cette étude est la première à évaluer le risque de CCRI après coloscopie en France. Dans le programme de dépistage organisé par Hemoccult, la prévalence des CCRI dans un délai de 3 ans après coloscopie est de 3,8%, identique à la prévalence « poolée » des 12 études de la méta-analyse de Singh S (Am J Gastroenterol 2014) (3,7%). Le risque de CCRI varie selon l'endoscopiste et son rendement. Si l'objectif de la coloscopie est de prévenir le CCR, c'est à 35%, voire 45% qu'il faut fixer le seuil de TDA à dépasser pour minimiser le risque de CCRI.

5 - Les entérites à Campylobacter : une maladie émergente ?

Garrec Hélène(1), Macaigne Gilles(2), Courillon-Mallet Anne(3), Mahjoub Rahma(4)

Tsouria Ahmed(5) , Bonnet Joëlle(6), Zanditenas David(6), Ould-Ahmed Béchir(6), Blazquez Martine(6), Condat Bertrand(6)

(1)Laboratoire de l'hôpital Saint-Camille de Bry-sur-Marne, Services d'hépato-gastroentérologie de (2)Jossigny, (3)Villeneuve Saint-Georges et (6)Bry-sur-Marne, (4)laboratoire de microbiologie du Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint-Georges. (5)Laboratoire de l'hôpital de Jossigny.

De nombreux auteurs proposent un traitement par quinolones en attendant le résultat des coprocultures en cas de syndrome dysentérique aigu évocateur de colite bactérienne, dans le but de couvrir les infections à salmonelle. Cependant, dans de nombreux pays occidentaux l'incidence des entérites à Campylobacter et le taux de résistance des Campylobacter aux quinolones sont en fortes hausses. En France, il n'y a pas eu d'étude rapportée sur l'incidence des entérites à Campylobacter mais le nombre de syndrome de Guillain Barré post Campylobacter est en constante progression depuis 15 ans. Les entérites à

Campylobacter sont ainsi devenu la première cause de forme grave de syndrome de Guillain Barré. Le but de notre étude est de vérifier, sur une population de patients vus à l'hôpital, donc atteints des formes potentiellement les plus sévères, si les entérites à Campylobacter deviennent fréquentes et si il faut modifier les recommandations d'antibiothérapie de première intention devant un syndrome dysentérique aigu évocateur de colite bactérienne.
A partir des logiciels des laboratoires de bactériologie de 3 hôpitaux de la région parisienne, nous avons extrait les résultats de toutes les coprocultures de 2010 à 2014. En cas de coproculture positive nous avons extrait, à partir du même logiciel, les informations suivantes : âge, sexe et service d'hébergement du patient, date de la coproculture, présence de leucocytes à l'examen direct, type de germe mis en évidence et antibiogramme.

En 2014, sur les 3 hôpitaux (population adulte et pédiatrique), les coprocultures ont poussé à Campylobacter dans 174 cas (63% des germes mis en évidence). Il s'agissait de Campylobacter jejuni dans 76% des cas et de Campylobacter coli dans 10% des cas. Les coprocultures ont poussé à Salmonelles dans 74 cas (27% des germes mis en évidence). Les Shigelles et les autres germes (E. Coli, Klebsiella oxytoca ...) étaient beaucoup plus rares, représentant, au total, moins de 10% des coprocultures positives. Nous disposons à ce jour des résultats détaillés pour les patients adultes (plus de 15 ans) vus à l'hôpital Saint-Camille de Bry-sur-Marne depuis 2010 (les résultats pour les 3 centres seront présentés au congrès) : entre 2010 et 2014, le nombre de Salmonelles et de Campylobacter est passé de 12 à 5 et de 13 à 32, respectivement (cf Tableau). Pour les Campylobacter : (1) les taux de résistance aux quinolones en 2010 et 2014 était de 69 et 63% et celui de résistance aux macrolides de 0 et 6%, respectivement ; (2) deux tiers ont été isolés pendant les 6 mois les plus chauds de l'année (mai à octobre) ; (3) la moitié ont été isolés chez des patients de moins de 30 ans et les trois-quarts avant 40 ans (4) il y avait une prédominance masculine (sex-ratio : 1.5/1).

Conclusion : l'infection à Campylobacter, qui atteint souvent des hommes jeunes pendant les mois chauds, est devenu, de très loin, la plus fréquemment impliquée en cas d'entérite bactérienne vue à l'hôpital et le taux de résistance du Campylobacter aux quinolones est très élevé. Ceci implique (1) de modifier le traitement de première intention devant un syndrome dysentérique aigu évocateur de colite bactérienne, en prescrivant des macrolides, notamment l'azythromycine, traitement de référence du Campylobacter, plutôt que des quinolones et/ou (2) de faire appel au test peu coûteux et fiable de la recherche rapide (résultat en 10 minutes) de Campylobacter sur les selles et (3) de lancer des campagnes d'hygiène alimentaire spécifiques au Campylobacter (bien nettoyer le plan de travail ...). Ces mesures devraient permettre de diminuer la durée et l'intensité des symptômes en cas d'entérite bactérienne et, en théorie, de faire régresser le nombre de Guillain-Barré sévère en France.

6 - Errance diagnostique

V.Rossi; M. Benhalima Centre Hospitalier du Haut Anjou Chateau-Gontier

Power point à propos d'un cas clinique

7 - Une méningite bien maligne.

Sophie Pellegrin, Nathalie Meary, Florence Skinazi, Helene Labadie Service de gastroentérologie, Hôpital Delafontaine, 93200 Saint Denis

Un homme de 76 ans est hospitalisé en urgence pour une fièvre à 39°5, un ralentissement psychomoteur et une altération de l'état général. Il s'agit d'un patient martiniquais, alternant régulièrement sa vie entre la métropole et les Antilles. Une maladie de Horton a été diagnostiquée quatre mois auparavant nécessitant un traitement par Cortancyl 30 mg/j. Le patient est par ailleurs traité pour une antihypertension artérielle par Amlor, Kardegic, Fortzaar, Bisoprolol et Tahor.On note un antécédent de déparasitage avant le début de la corticothérapie.
A l'arrivée aux urgences, le Glasgow est à 14, la TA à 140/94. Il n'y a pas de signe de localisation neurologique, des douleurs abdominales anciennes avec des selles souvent molles. Une ponction lombaire ramène une liquide eau de roche avec 2217 éléments, une protéinorachie à 1,74 g/l, une glycorachie à 4,55, une formule panachée avec 43% de lymphocytes, 46% de neutrophile, un coccigram+ alphahémolytique au direct. La culture pousse à Enteroccus faecium. La recherche d'une porte d'entrée fait pratiquer une gastroscopie qui est normale et une coloscopie qui montre une colite érosive aphtoide étendue du colon gauche au caecum.Les biopsies du colon retrouvent une colite aiguë en poussée avec de nombreux polynucléaires éosinophiles, des microfoyers granulomateux constitués de cellules épithélioïdes et d'éosinophiles sans inclusion virale. Un examen parasitologique des selles retrouve des larves d'anguillules nombreuses.La recherche d'anguillule dans le LCR est négative. Les biopsies pratiquées au cours de la coloscopie ont été compliquées de rectorragies avec déglobulisation à 7g et la coloscopie de contrôle n'a pas montré de lésion responsable du saignement. Un déparasitage par Ivermectine a été pratiqué. L'évolution clinique a été favorable.
Le diagnostic retenu est celui d'anguillulose maligne compliquant une corticothérapie, révélée par une méningite à enterococcus faecium.Le contexte clinique, l'aspect endoscopique doit faire rechercher une origine parasitaire et le diagnostic différentiel est à faire avec une MICI. Le caractère hémorragique des biopsies est souvent décrit au cours des anguilluloses coliques.

Dans cette hypothèse, il peut être important de savoir sensibiliser les anatomopathologistes à la recherche des granulomes souvent centrés sur les oeufs d'anguillule.

8 - La cirrhose est un facteur indépendant de mortalité en cas d'endocardite bactérienne: résultats d'une étude multicentrique cas-témoins à partir de 202 observations.

J.-F. Cadranel - Angh (1), I. Ollivier-Hourmand (2), C. Bureau (3), S. Zerkly (1), T. Thévenot (4), A. Garioud (5), P. Cacoub (5), G. Macaigne (6), L. Alric (3), V. Jouannaud (7), H. Lison (1), C. Chagneau-Derrode (8), E.-A. Pariente (9), A. Pélaquier (10), M. Bourlière (11), X. Causse (12), J.-B. Nousbaum (13), J. Dumortier (14), A. Louvet (15), I. Rosa-Hézode (16), N. Ganne-Carrié (17), J. Gournay (18), T. Antonini (19), L. Spahr (20), T. Dao (2)

1) Creil; (2) Caen; (3) Toulouse; (4) Besançon; (5) Paris; (6) Lagny-sur-Marne; (7) Montfermeil; (8) Poitiers; (9) Pau; (10) Montélimar; (11) Marseille; (12) Orléans; (13) Brest; (14) Lyon; (15) Lille; (16) Créteil; (17) Bondy; (18) Nantes; (19) Villejuif; (20) Genève, SUISSE.

Introduction :

Une étude récente non contrôlée a montré que l'endocardite bactérienne (EB) était une complication grave chez les patients (pts) cirrhotiques (C) [1]. Le but de cette étude multicentrique cas-témoins était de comparer les caractéristiques cliniques et d'analyser les facteurs associés à la mortalité de l'EB chez des pts C par rapport à des témoins (T) appariés.

Patients et Méthodes :

Les observations de toutes les EB vues entre 2000 et 2013 chez des pts C par 23 services d'Hépato-Gastroentérologie ont été répertoriées. Chaque patient C a été apparié à un patient T pour l'âge, le sexe et l'existence d'un diabète. Les caractéristiques cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et la mortalité de l'EB ont été colligées. Les résultats sont exprimes en m±sd. Les facteurs associés à la mortalité ont été étudies en analyse univariée et multivariée (régression logistique).

Résultats :

101 cas d'EB chez des pts C et 101 EB chez des pts T ont été analysés. C : 63,3 [42-87] ans ; T : 65 [46-93] ans ; 145 H (72%). La cirrhose était alcoolique : 78 (67,2%), virale : 17 (14,6%), métabolique : 14 (12%). Lors du diagnostic d'EB, 79,6% des pts C et 87,9% des pts T étaient fébriles. 82,2% des pts C et 66,6% des pts T avaient un souffle cardiaque. Le score de Child-Pugh était : A : 8,8% pts, B : 42,9% pts, C : 48,4% pts. Chez les pts cirrhotiques, la bilirubinémie totale était à 67,8μmol/l±77,7 (>100 μmol/l : 18% pts), le TP à 52,7%±18,1 (TP<40% : 29% pts), l'albuminémie à 25g/l±5,9 et la créatininémie à 123,5μmol/l±103,6 (109,8μmol/l+/-66,3 chez pts T). Les hémocultures étaient positives chez 181 pts (92%). 39 pts C (40,2%) et 52 pts T (53,6%) avaient une cardiopathie préexistant à l'EB. Au moment du diagnostic d'EB, 43 pts C (47,7%) et 31 pts T (34,0%) avaient une insuffisance cardiaque. Un sepsis sévère ou un choc septique était noté chez 33 pts C (33,3%) et 23 pts T (23,0%). La porte d'entrée de l'endocardite était digestive-cutanée-urinaire chez 41 pts C et 21 pts T. Les autres portes d'entrée avaient une fréquence similaire. La valve aortique était atteinte chez 68,4% des pts C et 47,7% des pts T ; une atteinte bivalvulaire était notée respectivement chez 23,4% et 10,3% des pts C et T. Les germes isolés (staphylocoque n=67: C=33, T=34; streptocoque n=92: C=48, T = 44) étaient comparables de même que les antibiotiques utilisés et la durée du traitement : pts C : 40,6j±28 et pts T : 39,2j±22,5. 26 pts C (27,1%) et 44 pts T (44,9%) ont eu une chirurgie cardiaque. 56 (62,2%) des pts C et 25 (27,8%) des pts T sont décédés. En analyse univariée sur l'ensemble de la population, le décès était lié à l'existence d'une cirrhose OR 4,4 [2,1-9,1] (p<0,0001), à la créatininémie (p = 0,003), à un sepsis sévère ou un choc OR 2,3 [1,1-5] (p<0,02) et à un TP<40% OR 6,3 [2,2 -18,8] (p<0,0001). Chez les pts C, la mortalité était liée à un TP<40% OR 6,75 [1,6-32,7] (p = 0,002), à la créatininémie (p<0,03) et à l'existence d'une ascite OR 7,4 [1,7-34,2] (p = 0,001). La mortalité en analyse multivariée était liée dans la population globale à l'existence d'une cirrhose OR 2,35 [1,04- 5,36] (p = 0,04) et d'un TP<40% OR 7,52 [2,41-29,26] (p<0,001) et dans la population C à un TP<40% OR 23,3 [3,1-574] (p = 0,01) et à l'existence d'une ascite OR 7,6 [1,34-59] (p = 0,03).

Conclusion :

L'EB est très sévère chez les patients cirrhotiques qui ont moins souvent accès à la chirurgie cardiaque. La cirrhose est un facteur indépendant de mortalité avec un risque de décès 2,35 fois plus élevé chez les patients ayant une EB. En cas de cirrhose, les facteurs prédictifs de décès sont un TP<40% qui multiplie le risque de décès par 23,3 et l'existence d'une ascite qui le multiplie par 7,6.

Références

1*) Cadranel JF, et al. Présentation clinique et pronostic des endocardites bactériennes chez les patients atteints de cirrhose : Résultats d'une série multicentrique de 78 observations. CO 131 - JFHOD 2014.*

***9* - Enquête de pratique ALBU-LIVE sur l'utilisation de l'albumine humaine chez le patient cirrhotique en France: des résultats qui interrogent.**

A. Garioud1, J.-F. Cadranel1, A. Pauwels2, T. Thévenot3, A. Louvet4, T. Dao5, S. Pol6, N. Talbodec7, C. Bureau8, D. Thabut9, L. Elkrief10, T.Antonini11, V. Jouannaud12, G. Macaigne13, B. Bernard-Chabert14, L. Alric15, N. Carbonell16, G.-P. Pageaux17, L. Bettan18, H. Labadie19, P. Nahon20,

R. Bader21, J.-P.Zarski22, B. Hanslik23, V. de Lédinghen24, J. Denis25.
1 – Service d'Hépato-gastroentérologie, d'Alcoologie et de Nutrition, Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO) – Creil, 2 – Service d'Hépato-gastroentérologie – Gonesse, 3 – Université de Franche-Comté et CHRU Jean Minjoz – Besançon, 4 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHRU Claude Huriez – Lille, 5 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHU – Caen, 6 – Service d'Hépatologie, CHU Cochin – Paris, 7 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHG – Tourcoing, 8 – Service d'Hépatologie, CHU – Toulouse, 9 – Service d'Hépatologie, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, 10 – Service d'Hépatologie, CHU Beaujon – Clichy-la-Garenne, 11 – Service d'Hépatologie, CHB – Villejuif, 12 - Service d'Hépato-gastroentérologie, CHG – Montfermeil, 13 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHG – Lagny-sur-Marne, 14 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHU – Reims, 15 – Service de Médecine interne, CHU – Toulouse, 16 – Service d'Hépatologie, CHU Saint-Antoine – Paris, 17 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHU – Montpellier, 18 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHG – Villeneuve-Saint-Georges, 19 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHG – Saint-Denis, 20 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHU Jean Verdier – Bondy, 21 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHG – Mulhouse, 22 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CHU – Grenoble, 23 – CREGG – Montpellier, 24 – Service d'Hépato-gastroentérologie et AFEF, CHU – Pessac, 25 – Service d'Hépato-gastroentérologie, CH Sud Franciilien et ANGH – Corbeil-Essonnes.

Introduction:

La prescription d'albumine humaine (Alb) a considérablement augmenté ces dernières années dans la prise en charge des complications de la cirrhose. Son coût est élevé. Trois indications sont validées : la ponction d'ascite évacuatrice (PA), l'infection du liquide d'ascite (ILA) et le syndrome hépato-rénal (SHR) de type 1, pour lesquelles des recommandations ont été publiées. L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer les pratiques des hépato-gastroentérologues français en matière de prescription d'albumine chez les patients cirrhotiques. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le degré de systématisation de ces pratiques et de rechercher des différences selon le lieu d'exercice ou le statut des praticiens.

Matériel et méthode:

Tous les praticiens – PH, PU-PH, attachés, temps plein ou temps partiel ; CCA, assistants, internes, FFI – des services d'Hépato-gastroentérologie de CHU et de CHG et tous les gastroentérologues libéraux français ont été contactés et relancés individuellement pour répondre à un questionnaire comportant des questions ouvertes ou fermées sur leurs pratiques de prescription dans 1) les trois indications validées et 2) d'autres situations cliniques où l'utilisation de l'Alb n'est pas validée mais a fait l'objet de publications. L'enquête a été réalisée de manière prospective entre le 1er avril et le 10 août 2014. L'analyse des réponses a été faite à l'aide du logiciel Statview et les comparaisons de sous-groupes à l'aide du test du chi-2.

Résultats:

55% des praticiens ont répondu à l'enquête et les 451 réponses reçues ont été analysées. L'âge moyen des praticiens était de 40,0 [20-67] ans.

Ponction d'ascite : 99,6% des praticiens effectuent une compensation après PA (systématique pour un volume soustrait ≥ 5 litres pour 97,6%). Pour 87,8% des praticiens, elle est faite exclusivement avec de l'Alb ; pour 12%, une gélatine (53,5%), un HEA (34,9%) et le sérum physiologique (24,1%) peuvent être utilisés. En cas d'utilisation d'Alb, la dose est fixe pour 84,6% des praticiens (1 flacon pour 3 litres soustraits dans 2/3 des cas). La compensation a lieu pendant (52,6%) ou après (32,3%) la PA.

Infection du liquide d'ascite : 94% des praticiens utilisent l'Alb en association avec l'antibiothérapie (systématiquement dans 92,5% des cas). Le protocole de référence [1] (1,5g/kg à J1 - 1g/kg à J3) n'est suivi que dans 56,2% des cas, plus souvent par les PH-CHU que par les PH-CHG (60,3% vs 42,1% ; p=0,015). En cas d'ILA avec ascite tendue, les PH-CHG font plus souvent une PA que les PH-CHU (89,9% vs 76,6% ; p<0,03), mais ils augmentent moins souvent la dose d'Alb (44,8% vs 66,1% ; p<0,01).

SHR type 1 : seulement 66,5% des praticiens effectuent une perfusion d'Alb pour confirmer le diagnostic, les PH-CHU plus souvent que les PH-CHG (81,2% vs 57,8% ; p=0,0006). Pour le traitement, 84% des praticiens associent l'Alb au médicament vasopresseur (systématiquement dans 86,8% des cas). Concernant la dose et la durée d'administration de l'Alb, les réponses sont extrêmement variées.

Autres situations cliniques : l'Alb est utilisée par 23,5% des praticiens en cas d'infection bactérienne sévère hors ILA, 47,9% en cas d'hyponatrémie sévère, et 43,9% en cas d'hypoalbuminémie sévère. Après ponction pleurale pour hANydrothorax, 65,9% des praticiens prescrivent une perfusion d'Alb, principalement en fonction du volume soustrait (90,9%) et de la sévérité de la cirrhose (55,2%). Enfin, 19,1% des praticiens utilisent l'Alb dans d'autres circonstances (remplissage vasculaire, OMI résistants aux diurétiques, insuffisance rénale aiguë hors SHR).

Conclusions:

Si la prescription de l'Alb est conforme aux recommandations pour la PA, cette enquête montre que : 1) le protocole de référence pour l'ILA n'est utilisé que par 56% des praticiens ; 2) les modalités d'utilisation de l'Alb dans le SHR de type 1 sont très hétérogènes ; 3) l'utilisation de l'Alb chez le patient

cirrhotique dépasse largement le cadre des indications validées.

Références:

1. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. J Hepatol, 2010;53(3):397-417.

10 - Cas clinique : Une jaunisse mal placée (ou savoir réaliser le bon geste ...).

Berthaux J, Zanditenas D, Condat B, Bonnet J, Ould-Ahmed B, Ngo Y, Blazquez M, Service d'hépato-gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Camille, Bry-Sur-Marne

M B., 80 ans, consultait en février 2012 pour un ictère et un léger prurit apparu 1 mois auparavant, sans autre symptôme. Il n'avait aucun antécédent médical, ne prenait pas de traitement et ne déclarait aucune intoxication alcoolo-tabagique.L'examen clinique était normal. Les tests hépatiques étaient très perturbés avec notamment une cholestase majeure (GGT à 15N, PAL à 20N, Bilirubine totale à 234 μmol/L et conjuguée à 157 μmol/L, ALAT à 11N, ASAT à 7N). Le reste du bilan biologique (ionogramme sanguin, facteur V, fonction rénale, électrophorèse des protides, albuminémie ...) s'avérerait normal. Les sérologies virales A, B, C et E étaient négatives ainsi que les anticorps anti tissu (FAN, AC anti mitochondrie, muscle lisse, DNA, LKM1, CL1 et SLA), la cuprémie et céruléoplasmine n'apportaient pas d'argument en faveur d'une maladie de Wilson. L'échographie hépatique, le scanner thoraco-abdomino-pelvien, l'angio-IRM hépatique, la Bili-IRM et l'écho-endoscopie ne montraient qu'une hépatomégalie modérée et homogène.

Au 2ème mois, en raison de l'absence de diagnostic et devant l'aggravation de l'ictère (Bilirubine conjuguée à 400 μmol/L), une biopsie hépatique de bonne taille était réalisée et adressée en centre expert. L'histologie hépatique était normale en dehors d'une cholestase marqué.

Au 3ème mois, après répétition infructueuse des examens, l'ictère continuait à s'aggraver (Bilirubine conjuguée à 500 μmol/L) et apparaissait une anorexie. Une seconde biopsie hépatique était réalisée et à nouveau adressée en centre expert. L'histologie hépatique était à nouveau normale en dehors de la cholestase et d'un foyer minime d'hématopoïèse intra sinusoïdale.

Au 5ème mois, alors que l'ictère persistait, apparaissait, une anémie macrocytaire arégénérative (Hémoglobine à 9.5g/dL, VGM à105fl). L'absence de carences vitaminiques et de syndrome inflammatoire ainsi que l'hématopoïèse extra médullaire observée sur l'histologie hépatique, faisaient poser l'indication d'une Biopsie Ostéo-Médullaire à la recherche d'une cause centrale. Il était mis en évidence une myélofibrose diffuse, avec envahissement par des cellules types adénocarcinome évoquant la métastase médullaire d'un cancer rénal a cellules claires.

Une cause originale pour cet ictère majeur était enfin évoquée : cholestase paranéoplasique accompagnant un adénocarcinome rénal à cellule claire, le syndrome de STAUFFER. Cependant 2 atypies incontournables demeuraient: le bilan morphologique ne montrait aucune tumeur rénale et le syndrome de Stauffer correspond à une cholestase non ictérique.

Pour répondre à la première atypie, une autre tumeur primitive a cellules claires, notamment thyroïde ou pulmonaire était recherchée en vain. Le Pet TDM au18 FDG n'apportait pas la réponse. Malgré une échographie prostatique normale, le PSA étant élevé (138 UI/L), une cartographie prostatique par biopsie endo-rectale était alors réalisée. Elle confirmait l'origine prostatique de cet adénocarcinome métastatique à cellules claires.

Une castration chirurgicale était alors réalisée par pulpectomie. Deux mois plus tard le PSA était normalisé. 4 semaines après la pulpectomie les anomalies des tests hépatiques commençaient à décroître et se normalisaient en 12 semaines.

Afin d'étayer le rôle du syndrome paranéoplasique dans cet ictère, un dosage rétrospectif de l'IL6 sur sérum pré-traitement (M2 de l'ictère) et post-traitement (M3 post traitement) était réalisé. Le taux initial était de 8,9 pg/ml (pour des valeurs usuelle < 5 ng/ml), et le taux post traitement inférieur aux seuil de détection (< 0,2 ng/ml).

Au final, cet ictère inquiétant et prolongé a été guéri par ..... une pulpectomie testiculaire.

Discussion

Le syndrome de Stauffer est un syndrome paranéoplasique entraînant une cholestase intrahépatique habituellement anictérique. Il est décrit dans près de 15% des adénocarcinomes rénaux à cellules claires. Dans notre cas, Il s'agit d'un syndrome de Stauffer inhabituel pour 2 raisons : (1) Il n'est pas associé à un cancer du rein mais à une forme rare de cancer de la prostate dont l'histologie à cellules claires s'apparente à celle des cancers du rein. Elle ne représente moins de 1 % des cancers de la prostate ; (2) La forme ictérique a déjà été décrite dans des cas de cancer du rein géant ; l'hypersécrétion paranéoplasique d'IL6 est probablement proportionnelle à la masse tumorale. Pour notre patient, la masse tumorale était principalement représentée par l'envahissement médullaire ce qui représente au final un volume très important. L'effondrement des taux plasmatiques de l'IL6 synchrone avec le contrôle de la maladie et la disparition de l'ictère permettent d'affirmer ce diagnostic et renforce l'hypothèse d'un rôle majeur de cette cytokine dans la physiopathologie du syndrome de Stauffer en plus de son rôle inflammatoire, anémiant et thrombopéniant.

Mais l'enseignement principal de cette observation est que la médecine est parfois surprenante !

11 - Une jaunisse alcoolisée sans cirrhose : n'oubliez pas Zieve!

Matthieu Le Besco, Isabelle Rosa, Camille Barrault, Anne Laure Audrain, Emma Ferrand, Laurent Costes, Thierry Lons, Hervé Hagège

Mr L., 32ans, se présente pour ictère évoluant depuis 10 jours, non prurigineux. Il présente comme principal antécédent un éthylisme chronique, avec une consommation de 100g d'alcool par jour, qui s'est majorée depuis 3 semaines. Il n'a pas réalisé récemment de voyage.

A l'entrée son état hémodynamique est conservé . Il ne présente pas de syndrome fébrile. L'examen clinique n'objective pas de signe d'insuffisance hépatocellaire, pas de signe d'hypertension portale, pas de saignement externalisé.

Le bilan biologique réalisé objective une acidose métabolique (pH 7,32, HCO3- 10,5mmol/l), une anémie normocytaire régénérative (Hb 10g/dl, VGM 98fl, réticulocytes 158 G/l), un bilan hépatique perturbé (ASAT 761 UI/l, ALAT 134 UI/l, PAL 412 UI/l, GGT 5043 UI/l, Bilirubine totale 300 µmol/l, Bilirubine conjuguée 173 µmol/l, TP 21%, facteur II 42%, facteur V 117%), une hypokaliémie (K+ : 2,6 mmol/l) sans insuffisance rénale (créatininémie 77 µmol/l, urée 1,8 mmol/l), une hypoalbuminémie (Alb 23 g/l) et des lactates à 0,79 mmol/l.

Le bilan d'anémie objective une anémie hémolytique avec présence de schizocytes sur le frottis sanguin, une diminution de l'haptoglobine à 0,4g/l, et une augmentation de la bilirubine libre et des LDH à 449 UI/l.

Aucune prise médicamenteuse n'a été rapportée par le patient ou son entourage. La paracétamolémie était négative, Ainsi que la recherche de toxiques et de stupéfiants dans le sang et les urines. L'alcoolémie à l'entrée était de 0,55 g/l. Les sérologies virales A, B, C, E, VIH, CMV , EBV étaient négatives. Il n'a pas été mis en évidence d'infection bactérienne sur les hémocultures, et l'examen cyto-bactériologique des urines. Le dosage pondéral des immunoglobulines n'objectivait pas d'anomalie (IgA 2,10 g/l, IgM 0,48 g/l, IgG 4,74 g/l), Les Ac anti-nucléaires, anti-LKM, anti-cytosol, anti-mitochondrie, et anti-muscle lisse étaient négatifs. Le bilan du cuivre (céruloplasmine 2,39 µmol/l, cuprémie 1,18 mg/l) était normal, contrairement au bilan du fer (fer sérique 31 µmol/l, ferritine 1964 µg/l, coefficient de saturation de la transferrine 44%). Le bilan lipidique objectivait une hypercholestérolémie et une hypertriglycéridémie (cholestérol 7,6 mmol/l, LDL 7,3 mmol/l, triglycéride à 4,14 mmol/l)

L'échographie-doppler hépatique montrait une hépatomégalie homogène, hétérogène, avec perméabilité des axes vasculaires, et sans lésion focale, sans dilation des voies biliaires.

La ponction biopsie hépatique objectivait un parenchyme hépatique remanié, avec une fibrose reliant quelques septa. Cette fibrose étant le siège d'un infiltrat mononuclée mélé à de rares polynucléaires. Importante stéatose micro et macrovacuolaire (95%). Présence de rares foyers inflammatoires constitués d'éléments lymphoplasmocytaires. Présence également de pigments brunâtre correspondant à la cholestase. Il n'existait pas d'élément en faveur d'une hépatite alcoolique aigue.

Un traitement par Fluimicuil a été instauré dès le début de la prise en charge. Le sevrage a été réalisé sous couvert d'une hydratation associé à une supplémentation vitaminique et des benzodiazépines de longue durée d'action.

Quel est votre diagnostic ?

L'association d'un ictère, avec une anémie hémolytique et d'une hyperlipidémie chez un patient présentant une alcoolisation aigue sur un terrain d'alcoolisation chronique nous a fait poser le diagnostic de syndrome de Zieve.

12 - Une cause inhabituelle de décompensation ictéro-ascitique.

Marie Trompette (1), Dorian Dikov (2), Mathieu Yver (2), Gilles Macaigne (1).

1- Service d'hépato-gastro-entérologie. 2- Service d'anatomo-pathologie. Centre Hospitalier de Marne la Vallée

Un homme de 69 ans est hospitalisé dans le service d'hépato-gastro-entérologie via les urgences en mars 2014 pour une première décompensation ictéro-ascitique. Le patient est retraité, ancien mécanicien-automobile ; il ne fume pas ; il consomme 20 grammes d'alcool par jour. Il a comme seul antécédent une maladie de Parkinson traitée. Cette décompensation ictéro-ascitique évolue depuis quelques semaines, sans autre signe d'appel digestif ni extra-digestif. A l'examen clinique on trouve une ascite tendue, un ictère cutanéo-muqueux franc. Il n'y a pas de signe d'encéphalopathie hépatique et l'examen cardio-pulmonaire est normal. Les principaux résultats du bilan biologique initial sont les suivants : bilirubinémie totale à 183 micromol/l dont 163 de conjuguée ; ASAT à 2.5N ; ALAT normales ; PAL à 5N ; GGT à 13N ; TP à 55% ; albuminémie à 24g/l ; protidémie à 49g/l ; créatininémie 103 micromol/l ; NFS normale avec plaquettes à 356 000/mm3. Ponction du liquide d'ascite : protides < 10g/l ; 220 éléments nucléés dont 1% de PNN ; cytologie négative. L'oesogastroduodénoscopie montre des varices oesophagiennes de grade III. L'échographie et le scanner abdominal révèlent une hépatomégalie homogène avec une ascite de grande abondance, sans dilatation des veines sus-hépatiques et sans thrombose vasculaire. L'échographie cardiaque est normale.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques face à cette décompensation ictéro-ascitique ? Quels examens complémentaires demandez-vous ?

L'évolution est rapidement défavorable avec une dégradation rapide de l'état général et de la fonction rénale, cause du décès.

Quel est votre diagnostic final ?

13 - Une dysphagie psychiatrique..ou pas!

Matthieu le Besco, Isabelle Rosa, Emma Ferrand, Anne Laure Audrain, Laurent Costes, Thierry Lons, Hervé Hagège

Mme S., 84 ans, est hospitalisée dans un service de psychiatrie pour syndrome dépressif et anorexie. Elle a en effet perdu 20 kg en deux ans, soit un tiers de son poids. L'anorexie s'associe à une sensation intermittente de blocage alimentaire. Avant son hospitalisation en psychiatrie, la patiente avait été hospitalisée à 2 reprises dans un service d'hépatogastroentérologie sans qu'aucune étiologie somatique n'ait été retrouvée. La NFS, le ionogramme sanguin, la CRP, la TSH, les FAN et l'albuminémie étaient normales. Une endoscopie digestive haute avec biopsies de la muqueuse oesophagienne n'avait pas montré d'anomalies. Le TDM cervico-thoracique, l'examen ORL ainsi que la manométrie oesophagienne se sont avérés également normaux. Malgré la prise en charge psychiatrique, les symptômes digestifs de la patiente se sont aggravés depuis 2 mois avec une sensation de blocage cervical, une mastication prolongée, un bavage. On constatait également des régurgitations nasales. L'entourage rapporte des épisodes de pneumopathie d'inhalation. La patiente est alors transférée dans le service pour mise en place d'une assistance nutritionnelle. Avant cela, le diagnostic sera établi sur un transit oesophagien...
Quel diagnostic évoquez-vous ?
Réponse en images au congrès.

14 - Prise en charge conjointe gastroentérologue/généraliste de l'infection à Helicobacter pylori au Centre Hospitalier d'Annecy à l'aide de la fiche de recommandations du GEFH (Groupe d'Etude Français des Helicobacter). Quel est le ressenti du médecin généraliste ?

A. Moënne-Loccoz, A. Montchaud, A. Hosari, S. Pestour, B. Brusset, J. Pofelski, P. Oltean, M. Baconnier, E. Maillard, P. Capony, J. Jund, F. Heluwaert (1) - Service Hepato-gastro - Centre Hospitalier Annecy Genevois

Introduction : La prise en charge de l'infection a H. pylori est de plus en plus assurée conjointement par le gastro-entérologue (HGE) et le médecin généraliste. Afin d'améliorer cette collaboration, le GEFH a élaboré une fiche de recommandation qui a reçu un très vif succès (17500 téléchargements/an), disponible sur le site helicobacter.fr.

Elle est largement utilisée dans notre centre hospitalier, et il nous a semblé important d'évaluer le ressenti de nos confrères généralistes sur ce mode de collaboration gastro-entérologue / généraliste qui est effectif depuis plus de 3 ans.

Matériels et Méthodes : Une enquête de pratique a été adressée via un questionnaire mail à 415 médecins généralistes de Haute Savoie entre juillet et Aout 2014. Le taux de réponses a été de 21% (n = 89). Le sexe ratio F/H était 1,5, d'un âge moyen de 38 ans, 90 % des répondants ayant été confrontés à l'éradication d'H. pylori au cours de leur carrière. 41 médecins ne connaissaient pas la fiche (population 1) et 48 la connaissaient (population 2).

Résultats : 1. Perception du généraliste sur la fiche de recommandation du GEFH. Elle a une présentation claire et aérée pour 85% des répondants, est simple à comprendre pour 94%. Elle donne le sentiment de travailler selon les données de la science dans 87,3%. Les médecins la conserve en version papier (53%), ou sur support informatique (33%) et certains (10%) la consulte directement sur le site helicobacter.fr. Les médecins de la population 1 pensent qu'ils s'y réfèreront dans 89% des cas, ceux qui l'utilisent s'y reporte toujours ou la plupart du temps dans 75% des cas, notamment pour la bonne prescription des traitements séquentiels ou de la quadrithérapie bismuthée. Ce chiffre plus bas étant en partie expliqué par une meilleure connaissance de la prise en charge (PEC) de l'infection grâce à cette collaboration depuis plus de 3 ans.

2. Perception du généraliste sur l'implication du patient. La population 1 estime qu'avec ce type de collaboration le patient est impliqué dans sa PEC et qu'il serait plus observant en revoyant son généraliste dans 48 et 54% des cas. Ces impressions dans la population 2 passent respectivement à 70% et 79%. Ce mode de collaboration spécialiste - généraliste - patient permet probablement de sensibiliser le patient à sa prise en charge, 93% des médecins ayant le sentiment que le patient est content de revoir son généraliste.

3. Ressenti du généraliste utilisant cette fiche vis-à-vis de sa collaboration avec le gastro-entérologue. Le médecin généraliste n'a pas le sentiment que l' HGE lui donne du travail en plus (84%), ni qu'il se décharge de ses responsabilités (95,4%), ni qu'il le considère comme un incompétent (95,4%). Le partage des compétences HGE/généraliste est considéré comme facile à appliquer pour 97,7% d'entre eux et 93% souhaitent travailler selon ce protocole avec un sentiment d'être utile pour leurs patients (89% des cas) en étant au centre de la prise en charge (97%).

Conclusion : Apres avoir montré une amélioration de la prise en charge globale de l'infection H. pylori, l'utilisation de la fiche de recommandation du GEFH apparait comme un outil simple et optimal pour la collaboration HGE/généraliste. Plébiscitée par nos confrères généralistes, elle délivre des informations synthétiques et claires, améliorant leurs pratiques.

Véritable support d'une collaboration efficace pour traiter nos patients, sa diffusion et sa mise en application au sein de notre spécialité mérite d'être généralisée.

15 - Pylori hebdo

Les médecins de 30 centres ANGH et A Courillon-Mallet, F.Heluwaert, B.Lesgourgues, C.Charpignon,B.Bour, S.Nahon,

Une étude prospective de la prise en charge de l'infection à H.pylori a été menée en novembre 2014, pendant 3 semaines, dans 30 centres de l'ANGH.Un traitement d'éradication de première ligne a été prescrit dans 249 cas et de deuxième ou troisième ligne dans 33 cas.La sensibilité de la bactérie aux antibiotiques n'était connue que dans 5% des cas. Le traitement était indiqué du fait d'une maladie ulcéreuse active ou ancienne dans 21 % des cas , une dyspepsie dans 28% , une carence en

fer inexpliquée dans 6% , un antécédent familial de cancer dans 5% et de la découverte de l'infection sur des biopsies systématiques dans 32% des cas. Les traitements prescrits étaient une quadrithérapie séquentielle de10 jours dans 52% des cas et une quadrithérapie bismuthée dans 45% des cas. Un contrôle d'éradication , a été prescrit dans 92 % des cas et il était prévu de revoir le patient dans le centre avec le résultat du test pour 49% d'entre eux. Pour les autres cas , un conseil de prise en charge en fonction du résultat du test était adressé au correspondant dans 43% des cas.

Il était aussi demandé aux centres de recenser exhaustivement les histologies gastriques reçues pendant une deuxième période de 3 semaines.Ainsi 533 biopsies gastriques H.pylori positives ont été analysées . Une métaplasie intestinale était signalée dans 71 cas (13%) touchant le fundus dans 23 cas. Une atrophie sévère était notée dans 14 cas (2.6%) avec seulement 2 cas d'atrophie fundique . Enfin une dysplasie était présente dans 9 cas. Parmi les endoscopiques participants,51% déclaraient faire des biopsies systématiques en l'absence de contrindication, 27 % au cours de plus de la moitié des endoscopies et 19% seulement en cas d'anomalie macroscopique. Les résultats des histologies H. pylori positives étaient adressées au correspondant (médecin généraliste ou autre médecin de l'hôpital) avec une recommandation de traitement dans 42% des cas , sans conseil thérapeutique dans 15 % des cas . Dans les autres cas (42%) il était prévu de revoir le patient dans le service.

En conclusion, la pratique de biopsies systématiques au cours des gastroscopies est majoritaire mais pas encore générale. C'est actuellement la principale circonstance de découverte de l'infection . Les lésions prénéoplasiques justifiant une surveillance endoscopique sont rares , leur fréquence est comparable aux études de cohorte occidentales. Les traitement prescrits dans les centres participants sont conformes aux recommandations actuelles mais le controle d'éradication est délégué dans la majorité des cas sans évaluation possible du résultat. Enfin, en cas d'histologie positive pour H. pylori le traitement est délégué au médecin généraliste ou à un autre service dans plus de la moitié des cas.

16 - Maintien à 1 an de l'efficacité du baclofène chez 100 patients alcoolo-dépendants

Barrault Camille. Lison Hortensia, Garioud Armand, Roudot-Thoraval Françoise, Béhar Véronique, Belloula Djamel, Medmoun Mourad, Pulwermacher Georges, Christelle Fourny, Céline Beauliet, Hagège Hervé, Cadranel Jean-François

Introduction

Plusieurs études suggèrent une efficacité du baclofène (BAC) chez les patients alcoolo-dépendants. Cette molécule fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation dans cette indication depuis mars 2014 (ANSM - point d'information du 14-03-2014). Le but de notre observatoire est d'évaluer son efficacité et sa tolérance chez des patients avec ou sans cirrhose. Nous présentons les résultats à M12.

Patients et Méthodes

Tous les patients consécutifs ayant commencé un traitement par BAC entre juin 2010 et septembre 2013 (en hospitalisation ou en ambulatoire) dans deux services d'hépato-gastroentérologie de CHG ont été inclus dans cette étude prospective ouverte. Une fiche d'information était remise aux patients avant le début du traitement. La posologie était augmentée progressivement jusqu'à obtenir une indifférence vis à vis de l'alcool. Le suivi était assuré par un hépatologue et/ou un addictologue.

Résultats

Cent patients (75% hommes) d'âge moyen 53 ans dont 65 % avaient une cirrhose et 16% une pancréatite ont commencé le traitement. A 1 an, 86 patients étaient suivis dont 83 traités, 9 étaient perdus de vue, 4 étaient décédés et 1 avait été transplanté. Avec une posologie médiane de BAC de 40 mg/j (30 à 210 mg/j), on observait une diminution significative de la consommation déclarée d'alcool (CDA) moyenne: 106 g/j vs 18 g/j ($p<0,001$). La réponse au traitement (diminution de la consommation de plus de 50%) a été obtenue chez 77% des patients, mais aucun facteur prédictif de réponse n'a été mis en évidence. Parmi ceux-ci, 44 patients étaient abstinents et 20 avaient une consommation résiduelle ≤ 30g/j. Chez ces 64 patients ayant une consommation à faible risque, on observait une amélioration des marqueurs biologiques : diminution du taux des GGT de 4,8N à 2N ($p<0,001$), des ASAT de 2,6N à 1,1N ($p<0,001$), du VGM de 100,6 μ^3 à 92 μ^3 ($p<0,001$) et une augmentation du taux de plaquettes de 171 000/mm3 à 193 000/mm3 ($p=0,032$). Enfin, chez les 39 cirrhotiques de ce groupe, la fonction hépatocellulaire (TP, bilirubinémie, albuminémie) s'améliorait significativement (TP : 77% vs 69% ($p<0,001$), bilirubinémie : 19,5 µmol/L vs 34,2 µmol/L ($p=0,026$), albuminémie : 37,2 vs 34,2 g/L

(p=0,007)). Vingt patients ont rapporté des effets indésirables non sévères nécessitant un arrêt du BAC dans 2 cas.

Conclusion :

Ces résultats suggèrent que l'efficacité du BAC dans le traitement de l'alcoolo-dépendance chez des patients sélectionnés se maintient à 1 an au prix de peu d'effets secondaires. Dans notre cohorte, le BAC associé à une prise en charge médico-psycho-sociale a permis une diminution drastique de la consommation d'alcool confirmée par les marqueurs biologiques ainsi qu'une amélioration de la fonction hépatique chez les cirrhotiques.

17 - Observatoire LPANGH: résultats d'une année de recueil des données

Picon Coste Magali, Hommel Séverine, Erlinger Serge

18- Cas clinique n°7 : Un cas d'hépatite aiguë cytolytique chez un patient co-infecté par une hépatite chronique C de génotype 1 parvenue au stade de cirrhose.

Hortension LISON (Creil)

19 - RCP hépatite C : un parcours de grand combattant pour l'ANGH ?

André-Jean REMY pour l'ANGH

L'ANGH c'est plus de 300 services d'hépato-gastroentérologie dont plus de 120 services spécialisés en hépatologie. Les cohortes APROVVIE 1 et 2 ont inclus près de 2000 malades. Les réunions de concertation pluridisciplinaire dans l'hépatite C nous ont été imposés par une instruction ministérielle du 29 décembre 2014 pour toute nouvelle prescription d'agents antiviraux directs (AAD), entérinant les termes déjà énoncés en novembre pour l'AMM du SOVALDI*. Cela a entraîné un changement radical à l'image de ce qu'ont connu les oncologues précédemment. Jusqu'en 2013 aucune restriction n'était imposée y compris pour la prescription des inhibiteurs de protéase de 1ère génération aux effets indésirables potentiellement graves. En janvier 2014 nous avons découvert des AMM et des conditions de remboursement des AAD très restreintes et bientôt contraintes, cela même alors que les recommandations évoluaient tous les 2 ou 3 mois ! L'ANGH ayant été informée de la mise en place prochaine de ces RCP, nous vous avons sollicité par questionnaire internet en décembre 2014 et vous avez été 114 à répondre : 40 RCP (36%) existaient déjà soit plus que les 33 services experts ; avec une fréquence 1 fois par mois dans la moitié des cas et 1 fois par semaine pour 18% des RCP. Les autres CHG référent leurs patients dans les CHU (37%), ce qui laissait 27% des centres ne faisant pas passer leurs dossiers patients en RCP avant de traiter avec les nouveaux agents antiviraux directs… La composition de ces RCP suivait les recommandations préconisées par l'AFEF : hépato-gastroentérologues hospitaliers 100%, hépato-gastroentérologues libéraux 30%, pharmaciens hospitaliers 67%, virologue 56%, infirmier(e) d'éducation thérapeutique 51%, secrétaire 33% et travailleur social 12%. 72% des CHG utilisaient la fiche type AFEF de présentation et la durée moyenne était de 69 minutes avec 11 patients présentés en moyenne .soit un minimum de 440 dossiers patients présentés par mois ! conclusions : 40 RCP existaient en CHG en 2014, mises en place sans moyens spécifiques dédiés et assurant une prise en charge de proximité pour plus de 700 patients/ mois. Sera exposé en suite en détail l'évolution des discussions avec la DGS en 2015 et la mise en place de web-conférences libellées ANGH à déclinaison régionale, réponse pragmatique à une volonté administrative centralisatrice.

20 - Les résultats actuels d'APROVVIE-ANGH cohorte française de plus de 800 malades atteints d'hépatite C

Pariente A. (1), Remy A-J. (2) , Arpurt J-P. (3) , Renou C. (4) , Heluwaert F. (5) , Lison H. (6) , Arotcarena R. (7) , Rosa I. (8) , Pauwels A. (9) ,Bourrhis F. (10),Macaigne G. (11) , Causse X. (12) , Barjonet G. (13) , de Montigny Lenhardt S. (14) , Salloum H. (15), Pilette C. (16) ,Hommel S. (17) ,Schnee M. (18) , Gagea E. (19) , Maringe E. (20) , Le B Y. (21) , Labadie H. (22) ,Hagège H. (23),Lesgourgues B. (24) , ANGH

(1) Unité d'Hépatogastroentérologie, C.H. de Pau, Pau (2) Service d'Hépato-gastroentérologie et de Cancérologie Digestive, Hôpital Saint-Jean, Perpignan (3) Service d'Hépato-gastroentérologie, Centre Hospitalier, Avignon (4) Hôpital de jour, CH Hyères, Hyères (5) Service d'hépatogastroentérologie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy (6) MEDECINE IV, GHPSO, Creil (7) Gastro-entérologie, CH FRANCOIS MITTERAND PAU, Pau (8) Hépato-gastroentérologie, C.H. Intercommunal Créteil, Créteil (9) Service d'Hépato-gastroentérologie, Centre Hospitalier de Gonesse, Gonesse

(10) Hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier de Chambery, Chambéry,

(11) Service d'Hépato-Gastroentérologie, Centre hospitalier de Marne la Vallée, Marne-la-vallée (12) Service d'Hépato-Gastroentérologie, Centre hospitalier régional La Source, Orléans (13) Service d'hépatogastroentérologie, C.H. de Montélimar, Montélimar(14) CONSULT GASTRO ENTEROLOGIE, CH EDMOND

GARCIN, AUBAGNE CEDEX(15) GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE, HOPITAL DE MEAUX, Meaux (16) Service d'Hépato-gastroentérologie U3 Claude Moret, Centre Hospitalier du Mans, Le Mans (17) Service d'hépatogastroentérologie, CHPA, Aix-en-Provence (18) Service de gastro-entérologie et hépatologie, C.H. Départemental, La Roche-sur-Yon (19) Service d'hépatogastroentérologie, C.H. de Cholet, Cholet (20) Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier, Beaune (21) Service d'Hépato-Gastroentérologie, Centre Hospitalier de Béziers, Béziers (22) Service de gastroentérologie et d'hépatologie, Hôpital Delafontaine, ST-DENIS (23) Service d'Hépato-gastroentérologie, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Créteil (24) Service d'hépatogastroentérologie, CHI Le Raincy / Montfermeil, Montfermeil

Patients et Méthodes

APROVVIE est une étude observationnelle (approuvée par la CNIL) de malades traités dans des hôpitaux généraux français par des investigateurs volontaires. Les malades ayant reçu des NAVD, ayant donné un consentement éclairé, ont eu un enregistrement prospectif des principales données les concernant , réalisé à l' aide d'un eCRF anonymisé. La recherche de l' ARN du VHC utilisait deux tests commerciaux (seuils de positivité: 12 et 15 UI/mL).

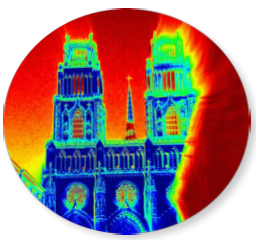
Résultats

Du 1er mars 2014 au 1er juin 2015, 841 malades ont été inclus par 27 investigateurs appartenant à 22 centres. 318 ont un suivi complet jusqu'à 12 semaines après la fin du traitement. Leurs principales caractéristiques sont : âge médian 57 ans, sexe masculin 61%, poids médian 70, déjà traités 67% [dont 52% de non-répondeurs], cirrhose 58%, fibrose F3 21%, virémie forte 68%, génotype 1 (G1) 68%, génotype 2 (G2) 5,5%, génotype 3 (G3) 12%, génotype 4 (G4)13%, génotype 5 (G5 2%). Les traitements reçus ont été sofosbuvir (So)-ribavirine (riba) chez 45 (14%), So-riba-peg interféron (IFN) chez 64 (20%), Simeprevir (Sime)-riba-IFN chez 10 (3%), So-Si (Si) chez 73 (23%), So-daclatasvir (Da) chez 123 (38%), So-ledipasvir (So-Ledi) chez 7 (2%).

Une réponse virologique soutenue 12 semaines après la fin du traitement (RVS 12) a été observée chez 283 malades (88,9%, IC 95% :85,5%-92,4%), 60/75 (80%, IC 95% : 70,7%-89,3%) avec un traitement comportant de l'IFN, 223 (91,8% ;IC 95% : 88,2%-95,3%) sans IFN, p=0,03. En régression logistique , seuls le traitement préalable avec une antiprotéase de 1ère génération et la durée de traitement étaient prédictifs de RVS12 dans un modèle incluant l' âge et l'existence d'une cirrhose. Les 35 échecs étaient dus à : échappement/non réponse virologique (3 cas), rechute (25 cas), effet indésirable (6 cas), perdu de vue (1 cas). Des effets indésirables de grade > II ont été observés chez 27/318 malades (9%) 14/75 avec un traitement comportant de l'interféron, 13/243 sans interféron (p = 0,0004). Pour les traitements sans interféron (n=247), la note de fatigue évaluée sur une échelle de 0 à 10 était avant le traitement de 5,2±2,8, (médiane 5) à la fin du traitement de 3,94±2,55 (médiane 4) et 6 mois après la fin du traitement de 2,82±2,26 (médiane 3) (p< 10-5 pour les 3 comparaisons 2 à 2). Pour les traitements avec interféron (n=55) , la note de fatigue avant traitement était de 4,67±2,95 (médiane), de 4,8 ±2,98 à la fin du traitement et de 1,8 ±2,29 six mois après la fin du traitement (différence non significative entre début et fin du traitement, p< 10-5 entre 6 mois après la fin du traitement et les 2 autres mesures). La note de tolérance globale évaluée par le malade sur une échelle de 0 à 10 était de 7,2±2,26 (médiane 8), 5,44±2,40 (médiane 5) avec l'interféron, de 7,80±1,90 (médiane 8) sans interféron.

Conclusion

Dans cette cohorte des 318 premiers malades, ayant reçu des NAVD, souvent cirrhotiques et déjà traités, les taux de RVS12 sont d'autant plus élevés (>90%) et la tolérance objective et subjective d'autant meilleure que le traitement ne comporte pas d'interféron. La durée de traitement est un facteur indépendant de RVS12 (peut être responsable dans ce travail de l'absence d'effet délétère sur la RVS12 de l'existence d'une cirrhose). Il existe avec les traitements sans interféron une remarquable diminution de la fatigue *pendant* le traitement, qui se poursuit 6 mois après la fin du traitement. Actualisation prévue en septembre 2015.





Merci à nos fidèles partenaires industriels pour leur engagement envers l'ANGH

Liste établie le 19 août 2015

Cotisation

Une association loi 1901 telle que l'ANGH a besoin d'un grand nombre d'adhérents en règle de leur cotisation.
Cette cotisation vous permet d'entrer sur la partie adhérent du site internet et de bénéficier ainsi de divers documents en téléchargement comme les diaporamas du congrès. Vous pourrez aussi bénéficier d'une participation de l'ANGH aux frais de déplacement pour vous rendre au congrès.
Merci d'avance de votre implication effective dans la vie de l'association.

ANGHment vôtre.

Docteur Isabelle Rosa
Trésorière ANGH

Le montant de la cotisation a été fixé par le Conseil d'Administration à 35 €

à régler par chèque à l'ordre de l'**A.N.G.H ou par carte bancaire**
http://www.angh.org/fra/pages_dyna.php?idpage=741

(L'inscription est gratuite pour les assistants spécialistes et les internes)



Chèque à adresser à Madame la trésorière :

Madame le Docteur Isabelle ROSA
Centre Hospitalier Intercommunal
Service Hépatogastroentérologie
40, avenue de Verdun
94010 Créteil Cedex

Dès réception de votre règlement, un reçu vous sera adressé

Civilité : Mademoiselle /Madame/Monsieur

NOM :

Prénom :

Hôpital :

email :

Les instances de l'ANGH !

Président
Dr J.P. Arpurt (Avignon)
Présidents d'Honneur :
Dr H. Licht (Saint Denis)
Dr J. Lafon (Aix en Provence)
Dr P. Cassan (Vichy)
Dr B. Nalet (Montélimar)
Dr O. Nouel (Saint-Brieuc)
DR H. Hagège (Créteil)
Dr B. Lesgourgues (Montfermeil)

Conseil scientifique
Président Stéphane Nahon (Montfermeil)
Membres
Dr Camille Barrault (Créteil)
Dr Arnaud Boruchowicz(Valenciennes)
Dr Xavier Causse (Orléans)
Dr Bertrand Condat (Bry -sur-Marne)
Dr Roger Faroux(La Roche sur Yon)
Dr Jean Henrion (Jolimont)
Dr Severine Hommel (Aix-en-Provence)
Dr Christophe Locher (Meaux)
Dr Gilles Macaigne (Jossigny)
Dr Vincent Quentin (St Brieuc)
Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)
Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Secrétaire Général
Dr A.J Remy (Perpignan)

Trésorier
Dr I Rosa (Créteil)

Conseil d'administration :

Dr R. Arotcarena(Pau)
Dr J.P. Arpurt (Avignon)
Dr A. Blanchi (Le Mans)
Dr C. Bories (Beauvais)
Dr B. Bour (Le Mans)
Dr J.F. Cadranel (Creil)
Dr B Condat (Bry sur Marne)
Dr A. Courillon-Mallet (Villeneuve St Georges)
Dr B. Denis (Colmar)
Dr J.P. Dupuychaffray (Angoulême)
Dr R. Faroux (La Roche sur Yon)
Dr A. Fleury (Neuilly Sur Seine)
Dr D. Grasset (Vannes)
Dr H. Hagège (Créteil)
Dr J. Henrion (Jolimont- Belgique)
Dr M. Kaassis (Chollet)
Dr B. Lesgourgues (Montfermeil)
Dr C. Locher (Meaux)
Dr G. Macaigne (Lagny)
Dr S. Nahon (Montfermeil)
Dr A. Pauwels (Gonesse)
Dr M. Picon (Aix en Provence)
Dr V. Quentin (Saint-Brieuc)
Dr A.J. Remy (Perpignan)
Dr C. Renou (Hyères)
Dr I. Rosa (Créteil)
Dr R.L. Vitte (Poissy)

Notre site Internet

http://www.angh.org

GILEAD

Transformer le futur des hépatites.
A vos côtés, GILEAD agit.



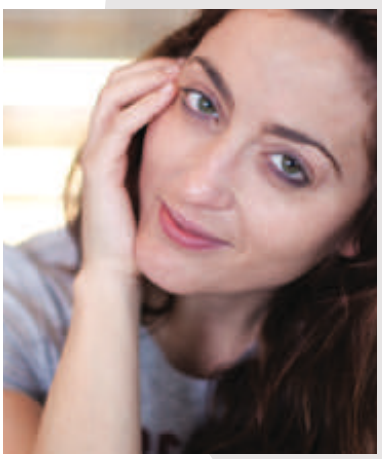
Et si…

une nouvelle page dans la **prise en charge** de **l'hépatite C** s'écrivait avec vous et vos patients ?



Et si…

tout changeait grâce à la volonté commune des acteurs impliqués dans cette maladie ?



Et si…

un laboratoire **engagé depuis 25 ans dans les maladies infectieuses** concentrait sa recherche pour l'avenir de vos patients ?

Et si…

demain se construisait dès aujourd'hui ?

HCV/FR/13-11//1219a

GILEAD

Transformer le futur des hépatites.
A vos côtés, GILEAD agit.

GILEAD Sciences - S.A.S capital de 76.224,50 Euros -
RCS Paris B 391 360 971- 65 quai Georges Gorse - 92100 Boulogne Billancourt
FR - siret 391 360 971 00041 - APE 4646 Z ID TVA FR 663 913 609 71