



Info

**Spécial Congrès
Programme**

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

**24ème Congrès
Kursaal
16-17 septembre 2016**

**Dunkerque
2016**



**N°16
Septembre
2016**

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 d'administration

Dr J.P. Arpurt (Avignon)

Dr J.F. Cadranet (Creil)

Dr C Charpignon (Villeneuve St Georges)

Dr B. Denis (Colmar)

Dr J.P. Dupuychaffray (Angoulême)

Dr R. Faroux (La Roche sur Yon)

Dr D. Grasset (Vannes)

Dr H. Hagège (Créteil)

Dr J. Henrion (Jolimont- Belgique)

Dr M. Kaassis (Chollet)

Dr C. Locher (Meaux)

Dr G. Macaigne (Lagny)

Dr S. Nahon (Montfermeil)

Dr T Paupard (Dunkerque)

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)

Secrétaire Général

Dr A.J Remy (Perpignan)

Trésorier

Dr I Rosa (Créteil)

Conseil scientifique - 2017 -

Président Stéphane Nahon (Montfermeil)

Membres

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Baya Coulibaly (Avignon) - *entrant 2017* -

Dr Khaldoun Elriz (Sud Francilien) - *entrant 2017* -

Dr Armand Garioud (Creil) - *entrant 2017* -

Dr Frédéric Heluewaert (Annecy) - *entrant 2017* -

Dr Severine Hommel (Aix-en-Provence)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)

Dr Christophe Renou (Hyères) - *entrant 2017* -

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne) - *entrant 2017* -

Notre site Internet

<http://www.angh.org>



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, CH

Dunkerque BPMultimedia Bruno Lesgourgues.

Dépôt légal Septembre 2016 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 900 exemplaires

IMPRIMÉ PAR

SAXOPRINT

Bienvenue chez les Ch'tis !!!

Editorial

Cette
leur



Bienvenue chez les Ch'tis !!! et merci à Thierry Paupard de nous accueillir pour notre 24ème congrès annuel à Dunkerque.

année, nous renouvelons l'invitation de dix internes et dix assistants pour faire connaître notre association et notre métier de praticien hépato-gastroentérologue (HGE) dans les hôpitaux généraux. Une première cette année, les internes en HGE de la région lilloise seront également présents le vendredi après-midi dans le cadre de leur formation. Cette initiative renforce notre participation active aux Journées des Jeunes Gastroentérologues (JJG) qui se déroulent depuis 7 ans le deuxième week-end de décembre en région parisienne .

Sous la présidence efficace de Stéphane Nahon, le conseil scientifique a préparé le programme de nos journées qui se composera de communications orales dont certaines présentent les travaux de ANGH, de cas cliniques et de quatre conférences présentées par nos collègues universitaires et libéraux de la région lilloise. Qu'ils en soient remerciés.

Le conseil scientifique montre son dynamisme par le renouvellement de six membres en 2017 et la mise en route de deux grands projets d'études cliniques : ABIOMICI, observatoire des biothérapies dans les MICI à l'ANGH et Hémorragies Digestives Hautes "2".

En octobre 2015, notre « past president » Bruno Lesgourgues a fait valoir ses droits à la retraite de son activité hospitalière mais fort heureusement pas de celle de l'ANGH pour la « commission » informatique. Nous le remercions de maintenir son haut niveau de qualification au service de notre association.

En fin d'année 2015, deux membres du CA ont été élus respectivement au CA de la SNFGE (Stéphane Nahon) et de l'AFEFE (André-Jean Remy).

Début février 2017 seront organisées deux réunions régionales ANGH : la 1ère réunion régionale ANGH-PACA, suivie de la 2ème journée régionale ANGH-Occitanie (AJ Remy) les 24/25 février 2017. Il nous faut des ambassadeurs ANGH dans chaque région de France . Alors, MOBILISONS NOUS ! pour être représentatifs de notre spécificité d'exercice !

En septembre 2017 notre congrès annuel se déroulera le 22 et 23 à Angoulême sous la direction de Jean-Pierre Dupuychaffray.

Dans ce numéro « Spécial Congrès » de notre revue ANGH info, nous présentons deux enquêtes, une sur la santé au travail des PH HGE en CHG et l'autre sur la mise en place des GHT.

Bon congrès à tous dans la convivialité ANGHienne.

Dr Jean-Pierre Arpurt
Président

Programme

Vendredi 16 septembre

14h00 - 14h10 : Allocution présidentielle : Jean-Pierre ARPURT

14h10 - 14h20 : Accueil des personnalités locales

14h20 - 16h04 : **Communications originales, cas cliniques et conférences**

Modérateurs : *Thierry Paupard (Dunkerque) Jean-Eric Laberrenne (Seclin)*

14h20 - 14h32 : Premiers résultats du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans la région Grand Est.

Bernard Denis, Béatrice Charlier, Myriam Guerbaz, Esther Jafflin et al ADECA Alsace, AMODEMACES, ADECA52, ADECA54, SAC08, ADECA 10, AMPM55, AVODECA, ADPS51

14h32 - 14h44 : Un dépistage négatif ne prévient pas le risque de tuberculose chez les patients sous anti-TNF dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: une étude descriptive du GETAID.

Yael Abitbol (1), David Laharie (2), Jacques Cosnes (3) et al (1) Montfermeil, (2) Bordeaux, (3) Paris.

14h44 - 14h56 : Évolution des circonstances diagnostiques des maladies inflammatoires du tube digestif avec le temps : cohorte prospective multicentrique de 926 patients.

T. Ramtohul (1) V. Abitbol (2) T. Paupard (3) et al (1)

Montfermeil; (2) Paris; (3) Dunkerque.

14h56 - 15h08 : Suivi d'une cohorte de patients opérés d'une sleeve gastrectomy compliquée de fistule. Evolution du type de prise en charge endoscopique et étude du devenir.

V Quentin, K Aziz, P Zavadil, D Lechaux CH Saint Brieuc

15h08 - 15h20 : Endoscopic submucosal dissection in the treatment of gastric superficial neoplastic lesions- the initial experience of a general hospital.

Lopes L, Giestas S, Sousa P, Parente A, Pinto F, Veiga M, Ramada J et al (Portugal)

15h20 - 15h30 Cas clinique n°1 : Toxicité digestive des immunothérapies anti PD1: Une pathologie nouvelle et polymorphe peu connue. *Sarra Oumrani, Isabelle Rosa, Emma Ferrand, Alix Portal, Anne Laure Audrain, Laurent Costes, Hervé Hagège (Créteil).*

15h30 - 15h40 Cas clinique n°2 : Une ascite africaine à Saint Denis. *Shanta Valainathan, Florence Skinazi, Hélène Labadie (St Denis)*

● **15h40 - 16h00 Conférence n°1** : « indications actuelles de la dissection endoscopique sous muqueuse. » *Philippe Bulois(Lille)*

16h00 - 16h30 Pause

16h30 - 18h30 : **Communications originales, cas cliniques et conférences**

Modérateurs : *Isabelle Rosa (Créteil), Bruno Lesgourgues (Montfermeil).*

● **16h30 - 16h50** : **Conférence n°2** : « L'hépatocarcinome en 2016 .» *Sébastien Dharancy (Lille)*

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

16h50 - 17h02 : Traitement du CHC au stade BCLC B chimio-embolisation ou traitement combinant chimio-embolisation et micro-onde ?

Khemissa Faiza (1) , Guibal Aymerich (2), Farouil Geoffroy (2) et al

(1) service d'hépatogastroentérologie; (2) service de radiologie . Centre hospitalier de PERPIGNAN

17h02 - 17h14 : Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (PIBAC).

Xavier Causse (1), Hélène Labadie (1), Jean-François Cadranel (1) et al ANGH (1) et CREGG (2).

17h14 - 17h26 : Rôle du virus de l'hépatite E dans la décompensation de la cirrhose alcoolique ? Données d'une étude prospective et multicentrique.

C. Renou (CH Hyères), B. Lesgourgues (CH Montfermeil) et al ANGH

17h26-17h38 Incidence de l'hépatite C en prison en France : Résultats d'une étude par TROD VHC.

André-Jean REMY, Hakim BOUCHKIRA, Stéphane MONTABONE, Patrice LAMARRE EQUIPE MOBILE HEPATITES, CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

17h38-17h50 Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité : Expérience aux Restos du Cœur (RC).

Bruno Bour, CH Le Mans pour le groupe de dépistage aux Restos du Cœur

17h50-18h00 Cas clinique n°3 : Un ictere de cause hématologique. *C.Bazin, S.Hommel, M.Picon, S.Erlinger, T.Allegre*

18h-18h12 La GHT : une nouvelle révolution pour les hôpitaux français ? Le point de vue d'un président et d'un vice-président de CME en Centre Hospitalier Général.

Thierry Paupard, Jean-Charles Aisenfarb**. *Service d'Hépatogastro-Entérologie **Service de Cardiologie, Centre Hospitalier de Dunkerque.*

18h12 - 18h30 : Assemblée générale. JP Arpurt

Samedi 17 septembre

08h30 - 10h14 : Communications originales, protocoles, conférences,

Modérateurs : *Camille Barrault (Créteil) Vanessa Bon Djemah (Douai)*

8h30 – 8h42 : Rapport d'expérience de la mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique (ETP) des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) en Centre Hospitalier Général.

L. Senouci, T. Paupard, C. Vermon, H. Lheureux, E. Perron, P. Robe, O. Briche, G. Schoemacker, E. Chrétien. Service d'Hépatogastro-entérologie (Pôle médecine 2), Centre Hospitalier de Dunkerque.

8h42 – 8h54 : Et si on recontactait les patients identifiés un jour VHC + ? Expérience du Centre Hospitalier Annecy Genevois.

Heluwaert F, Montchaud A, Olivari M, et al.

Centre Hospitalier Annecy Genevois (74)

08h54 – 9h54 : Session Protocoles : Stéphane NAHON (Montfermeil)

● **09h54 – 10h14 : Conférence n°3 :** « Le Spy Glass et la macrodilataion en CPRE »

Damien Lucidarme (Lomme)

10h14 – 10h44 : Pause

10h44 - 12h10 : Communications originales et conférence.

Modérateurs : *Thierry Davion (Lens) , Sonia Zaoui (Roubaix)*

10h44 – 10h56 : RESIST, une étude observationnelle prospective multicentrique ANGH-Club de l'Hypertension portale sur les infections à bactéries résistantes au cours de la cirrhose.

Thierry Martin (Saint-Nazaire), Ivan Touze (Lens), Nathalie Talbodec (Tourcoing) et al pour l'ANGH.

10h56 – 11h08 : Observatoire national ANGH des entérites bactériennes à *Campylobacter* vues dans les Centres Hospitaliers Généraux (CHG).

Marie Trompette (1), Gilles Macaigne (1), Christophe Locher (2) et al ANGH Service de Gastro-entérologie de l'Hôpital de Marne la Vallée (1), de Meaux (2).

☑ **11h08-11h18 Cas cliniques n°4 :** Deux diagnostics de déficit en DPD en une semaine : épidémie?
A.Pelaquier, G. Barjonet, C. Brugere, M.Poussier, H.osman Service d'Hépatogastro-Entérologie et de chirurgie viscérale, CH Montélimar.

☑ **11h18-11h28 Cas cliniques n°5 :** Trois cas cliniques : une seule maladie.
Sofia Hambli, Thierry Paupard. Service d'Hépatogastro-Entérologie. Centre Hospitalier de Dunkerque.

☑ **11h28-11h38 Cas cliniques n°6 :** Il y a cancer du pancréas... et cancer du pancréas ! A Lim (1), R Faroux(1), G Goegebeur(2), P Hammel (4) (1)La Roche sur Yon, (2) Challans, (3) Cligny.

11h38-11h50 APACH : observatoire de l'adénocarcinome du pancréas en centre hospitalier, résultats préliminaires.

R. Faroux (1) et les investigateurs ANGH.

● **11h50 – 12h10 Conférence n°4** « Nouvelles stratégies thérapeutiques dans l'adénocarcinome pancréatique. Le point de vue du chirurgien. »

Stéphanie Truant (Lille)

12h10 : Remise du prix Cas clinique
Adieux émus Jean-Pierre ARPURT

Table des matières

Le Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD)	7
Enquête GHT : désillusion ?, septicisme ?	8
Le praticien hospitalier de gastroentérologie en CHG et sa santé !	10
Les échos du conseil scientifique	11
Les publications	11
Résumés de communications du congrès de Dunkerque	13
In Memoriam	26
Cotisation	26

Index des communications

1 - Premiers résultats du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans la région Grand Est	13
2 - Un dépistage négatif ne prévient pas le risque de tuberculose chez les patients sous anti-TNF dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: une étude descriptive du GETAID	13
3 - Évolution des circonstances diagnostiques des maladies inflammatoires du tube digestif avec le temps :cohorte prospective multicentrique de 926 patients	14
4 - Suivi d'une cohorte de patients opérés d'une sleeve gastrectomy compliquée de fistule. Evolution du type de prise en charge endoscopique et étude du devenir.	14
5 - Endoscopic submucosal dissection in the treatment of gastric superficial neoplastic lesions- the initial experience of a general hospital	15
6 - Toxicité digestive des immunothérapies anti PD1: Une pathologie nouvelle et polymorphe peu connue	15
7 - Une ascite africaine à Saint Denis	16
8 - Traitement du CHC au stade BCLC B chimio-embolisation ou traitement combinant chimio-embolisation et micro-onde ?	16
9 - Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (PIBAC)	17
10 - Rôle du virus de l'hépatite E dans la décompensation de la cirrhose alcoolique ? Données d'une étude prospective et multicentrique	17
11 - INCIDENCE DE L'HEPATITE C EN PRISON EN FRANCE : RESULTATS D'UNE ETUDE PAR TROD VHC	18
12 - Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité : Expérience aux Restos du Cœur (RC)	18
13 - Un ictère de cause hématologique	19
14 - La GHT : une nouvelle révolution pour les hôpitaux français ? Le point de vue d'un président et d'un vice-président de CME en Centre Hospitalier Général.	19
15 - Rapport d'expérience de la mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique (ETP) des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) en Centre Hospitalier Général.	19
16 - Et si on recontactait les patients identifiés un jour VHC + ? Expérience du Centre Hospitalier Annecy Genevois.	20
17 - RESIST, une étude observationnelle prospective multicentrique ANGH-Club de l'Hypertension portale sur les infections à bactéries résistantes au cours de la cirrhose.	21
18 - Observatoire national ANGH des entérites bactériennes à Campylobacter vues dans les Centres Hospitaliers Généraux (CHG).	21
19 - Cas cliniques. Deux diagnostics de déficit en DPD en une semaine : épidémie?	22
21 - Il y a cancer du pancréas.... et cancer du pancréas !	22
22 - APACH : observatoire de l'adénocarcinome du pancréas en centre hospitalier, résultats préliminaires.	23



Dunkerque, Dunkirk, la Côte d'Opale, les Hauts de Flandre et... Le Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD)

Thierry Paupard (Dunkerque)



Après Orléans en 2015, la ville de mon enfance, c'est Dunkerque, ma ville d'adoption, qui accueille cette année le 24ème congrès de l'ANGH dans le Nord. Il s'agit donc d'une suite un peu logique pour ce qui me concerne. C'est donc avec joie que je vais jouer l'ambassadeur afin de vous accueillir nombreux, je l'espère, et vous faire découvrir cette ville portuaire attachante, située au cœur de la Flandre Maritime.

Pour ce qui concerne le Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD), il s'agit d'un « gros » centre hospitalier général au même titre que ceux de Valenciennes, Lens, Roubaix, Arras, Douai et Boulogne s/Mer au sein d'une région à haute densité de population. Notre agglomération couvre environ 240000 habitants et se situe dans le bassin de vie du Littoral (Dunkerque, Calais, Boulogne s/mer, St Omer...) composé de 840000 habitants. Nous sommes actuellement en pleine négociation dans le cadre de la constitution des GHT et tentons de nous positionner comme établissement support d'un futur GHT dont la taille reste à définir.

Le CHD va connaître aussi des évolutions propres. Même si nous ne verrons pas aboutir à court terme notre projet global de reconstruction, nous allons néanmoins entamer des chantiers de rénovation de façon plus progressive : implantation d'un TepScan et d'un service de médecine nucléaire, 2ème IRM, construction d'une nouvelle aile pour le retour de la maternité et l'implantation d'une nouvelle réanimation avec un service d'hémodialyse...

Pour ce qui nous concerne mon service, nous sommes désormais 6 hépato-gastro-entérologues (5 PH-TP et une assistante spécialiste) et pratiquons tous les domaines de la spécialité sur 24 lits d'hospitalisation conventionnelle, 6 lits d'HDJ et 2 lits d'hôpital de semaine. Nous avons des liens avec l'ensemble des collègues du territoire dont ceux du CHRU de Lille, et je dois avouer qu'il est très agréable de travailler dans la région. Le climat y est chaleureux (presque chaud) et sain.

Je terminerai cette courte présentation en remerciant Bruno Lesgourgues (Nordiste d'adoption

et très gentil organisateur), Stéphane Nahon (dont je suis le « coach »...), Isabelle Rosa (notre grande « argentièrre »), Arnaud Boruchowicz (mon ami sudiste de Valenciennes) et Jean Pierre Arpurt (notre vénérable président) qui font, entre autres, partie du groupe d'organisation de ce prochain congrès. Vingt jeunes DES de la région seront également invités à nous rejoindre.

Dunkerque, 3ème port de France, a un passé historique lourd et a été le siège d'un épisode historique majeur au cours de la 2ème guerre mondiale avec l'opération Dynamo qui a permis le embarquement de 340000 soldats Britanniques et Français en 9 jours, de fin mai à début juin 1940. Cet évènement a été un tournant de la guerre et a permis à l'Angleterre de garder une force armée suffisante pour résister par la suite à l'invasion allemande... Ce fait historique sera le thème du nouveau film américain de la Warner Bros sous la réalisation de Christopher Nolan (Batman, Inception, Interstellar...). Le tournage va débuter à Dunkerque en mai 2016 en face du centre de congrès, sur la plage, et la sortie mondiale du film « Dunkirk » aura lieu en 2017. Vous en entendrez parler.

Je n'oublierai pas non plus de saluer Bruno Mesnard et Philippe Gower qui nous ont quittés depuis peu. J'aurais bien aimé qu'ils soient avec nous en septembre.

Enquête GHT : désillusion ?, septicisme ?

Bruno Lesgourgues, Hervé Hagège (Créteil), Jean-Pierre Arpurt(Avignon), Thierry Paupard (Dunkerque).

La ministre de la Santé Marisol Touraine a officialisé début juillet la création de 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette réforme est qualifiée de majeure par la Ministre et vise à favoriser les coopérations entre les 850 hôpitaux publics français. Ils'agit d'un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. Pour Marisol Touraine « un travail d'approfondissement s'ouvre aujourd'hui pour préciser concrètement les projets médicaux partagés des hôpitaux... Ces travaux déboucheront par exemple sur la mise en place d'équipes médicales de territoire avec des médecins travaillant sur plusieurs établissements, ou encore l'accélération du développement de la télémédecine ».

Nous avons mené une enquête nationale sur le thème des GHT afin de connaître la perception de cette réforme dans nos services et de tenter d'en mesurer l'impact sur l'exercice de notre spécialité. Il s'agissait d'un questionnaire d'une trentaine de questions par voie électronique du 14 au 27 juin 2016. Il fallait en moyenne entre 3 et 6 minutes pour répondre. Malgré deux relances de demande de participation les 20 ou 24 Juin, nous n'avons eu que 31 réponses, 20 complètes et 11 incomplètes.

Ce faible nombre de réponses à quelques jours de la publication (1er Juillet 2016) par le Ministère de la santé du découpage territorial en GHT nous laisse un peu perplexe et plein d'interrogations. Le sujet n'intéresse-t-il pas les gastroentérologues ? Les collègues sont-ils lassés des enquêtes et encore plus des enquêtes par mail ? Les collègues se sentent-ils tellement éloignés et non informés d'une réforme qui ne semble pas les concerner qu'ils ne veulent pas s'exprimer ?. Nous n'aurons jamais la réponse à cet éventail incomplet d'hypothèses. Le grand nombre de réponses « je ne sais pas » ou « je n'y comprends rien » témoigne probablement d'un certain désarroi. Pour qui n'est pas familier avec ces concepts et avec le langage très « ministériel » il y a de quoi être déconcerté !.

Voici toutefois quelques résultats. Dans ce sondage le CH est Hôpital support dans un peu moins de la moitié des cas et il y a un CHU de référence dans 3/4 des cas sans que l'on puisse déterminer s'il est support ou associé. Une convention constitutive est déclarée dans 50% des cas. La gouvernance privilégie le Collège Médical plutôt que la Commission Médicale de GHT. Il n'y a que très peu de création de poste. Une fois sur deux on note une potentialité pour valoriser l'endoscopie interventionnelle. Dans 3 cas une activité gastro-entérologique a été préservée grâce à la réforme. Une ébauche d'équipe territoriale est amorcée avec des praticiens en interface. Le système de garde d'endoscopie semble peu influencé pour le moment.

Nous remercions particulièrement tous ceux qui ont bien voulu répondre au questionnaire. Espérons qu'il ne s'agit pas d'un état dépressif

subintrait de notre communauté. Si c'est le cas, lancez-vous avec nous dans la recherche clinique

Hauts de France	2	Ile de France	6
Normandie	1	Grand Est	1
Bretagne	2	Pays de Loire	2
Centre-Val de Loire	1	Bourgogne Franche Comté	2
Auvergne Rhone Alpes	7	Nouvelle Aquitaine	2
Occitanie	1	Provence Côte d'Azur	4

Nombre d'hôpitaux répondants par régions

pour y trouver outre des satisfactions intellectuelles, des occasions de rencontre conviviales et amicales.

Taille des établissements : 16 (52%) sont de moins de 500 lits, 12 de 500 à 100 lits (39%), 3(10%) de plus de 1000 lits.

Etes-vous Hôpital support ?: Oui 12 (46,15%) Non 6 23,08% Ne sais pas 8 (30,77%)

Le GHT a-t-il un CHU de référence ? 19 (73,08%) Non 5 (19,23%) Ne sais pas 2(7,69%)

Le CHU est-il support ou associé ? CHU support 6 (30%) associé 8 (40%) ne sais pas 6 (30%)

Avancement du projet ?

Projet non initié n=1 3.85%, Discussions préliminaires n=10 38.46%, Convention constitutive finalisée avec présentation aux instances en juin et signature d'ici le 1er juillet n=13 50.00% Sans réponse n=2 7.69% .

Gouvernance du GHT

Commission Médicale de GHT n=3 1.54% Collège médical de GHT n=11 42.31%

Je ne sais pas n=9 34.62% Sans réponse n=3 11.54% .

Nombre de création poste administratif : 1
 Nombre de création d'ETP médic al : 1

Le service est-il service de référence du GHT ?
 Oui n= 10 45.45% Non n= 12 54.55%
L'activité de gastroentérologie est-elle rattachée à un autre service du GHT ?
 Oui n=4 18.18% Non n=18 81.82%
Y-a-t-il eu création d'assistants spécialiste ? 1
Y-a-t-il eu création de poste de PH ? 1
Y-a-t-il eu création d'infirmière d'endoscopie ? 0
Nombre de médecins en interface ? 8 réponses positives de 1 à 3 médecin en moyenne 2
Le projet peut-il favoriser le développement de l'interventionnel sur l'un des établissements ?

Oui n=11 50.00% Non n=11 50.00%

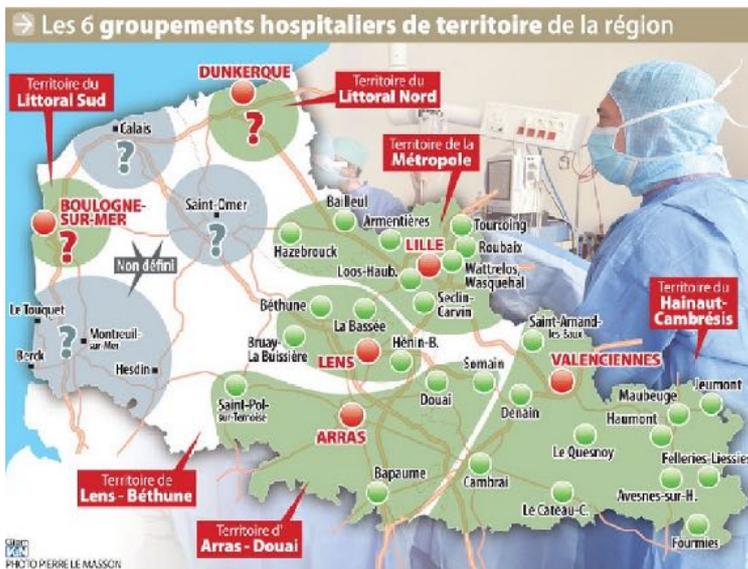
Le projet a-t-il permis de préserver une activité gastro-entérologique qui risquait de disparaître?
 Oui n=3 13.64% Non n=18 81.82% Sans réponse n=1 4.55%
Le projet va-t-il modifier le système de garde et d'astreinte ?
 Oui n=1 4.55% Non n=21 95.45%
Va-t-il y avoir une création d'une garde d'endoscopie régionale n= 1

Pour illustrer la communication du vendredi 16 septembre intitulée

La GHT : une nouvelle révolution pour les hôpitaux français ? Le point de vue d'un président et d'un vice-président de CME en Centre Hospitalier Général.

Thierry Paupard*, Jean-Charles Aisenfarb**. *Service d'Hépatogastro-Entérologie **Service de Cardiologie, Centre Hospitalier de Dunkerque

Carte de préfiguration des GHT novembre 2015



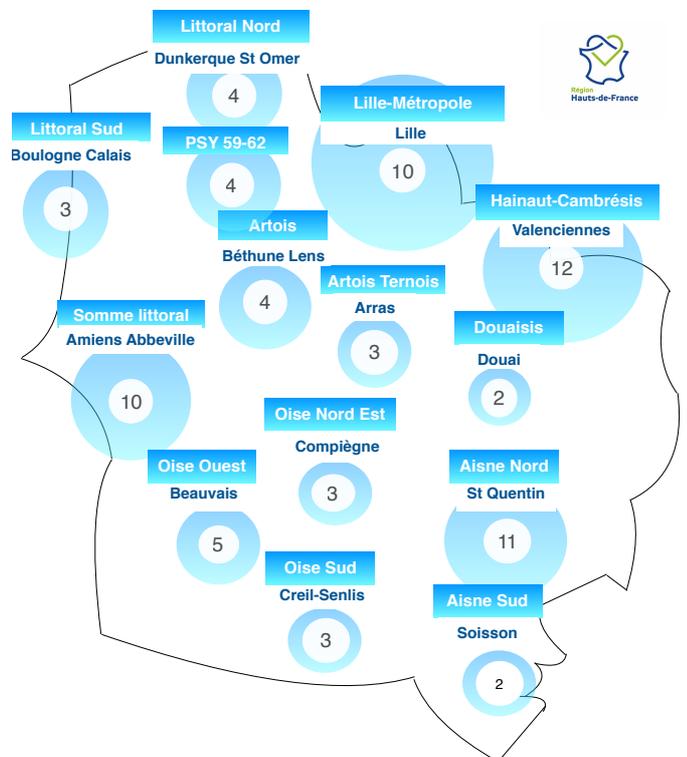
LA VOIX DU NORD .fr

le 28/11/2015
 article de Mathilde Cousin

Merci à la Rédaction de Voix du Nord de nous permettre d'utiliser ce document pour ANGH Info N°16



Carte des 14 GHT des Hauts de France au 1er Juillet 2016



Le praticien hospitalier de gastroentérologie en CHG et sa santé !

Jean-Pierre Arpurt (Avignon), Bruno Lesgourgues

Il est bien connu que le médecin n'est jamais malade mais est-il ...en bonne santé? La médecine du travail de nos hôpitaux généraux s'occupe-t-elle de nous ? Sommes-nous prévoyants en cas de maladie, d'invalidité ? Existe-t-il dans l'exercice de notre profession une structure de soutien en cas d'aléa thérapeutique ? Telles sont les motivations de notre enquête.

Il s'agissait d'une enquête courte par voie électronique du 3/06/2016 au 01/06/2016, trois relances, 110 réponses sur 660 messages envoyés.

110 PH, représentant 86 CHG, ont répondu, dont 34% de femmes et 64% d'hommes. L'âge médian est de 52,5 ans et l'ancienneté sur le poste de 18 ans. 86 hôpitaux sont représentés (<500 lits: 2%, 500 à 1000lits 46%, >1000lits 11%). Dans 95% des cas le médecin du travail est un médecin de l'établissement (avec en moyenne 1,5 ETP par CHG).

La visite médicale de médecine du travail est présente dans 85,44% des cas par un médecin du travail de l'établissement (94,32%). La visite médicale d'embauche est mentionnée dans moins de 50% des réponses (48,66%) et le suivi régulier seulement dans 28,41%. Si ce suivi est effectif il n'est annuel que moins d'une fois sur deux (45,83%) incluant des surveillances biologiques seulement dans 16% des cas. Cette surveillance (24 réponses) est alors centrée sur le virus B (85,71%) et le virus C (42,86%). En cas d'autres surveillances (24%) majoritairement il s'agit de d'un contrôle de l'exposition aux rayons X pour des praticiens pratiquant probablement l'interventionnel (86,36%) et vaccinations (59%) dont la grippe.

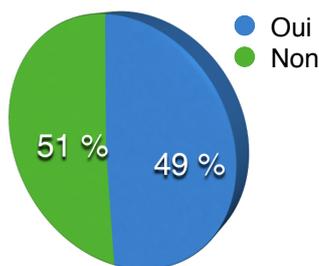
A la question « Avez-vous utilisé au moins une fois les services de la médecine du travail personnellement ? » la moitié des réponses est oui et 80% des répondants jugent utile cette médecine du travail. Un psychologue du travail n'est mentionnée que dans 35,71% des cas. Très majoritairement il n'existe aucune procédure

institutionnelle formalisée pour venir en aide à un médecin en difficulté (90%). En ce qui concerne la prise en charge des accidents thérapeutiques graves il n'y a aucun dispositif institutionnel prévu dans 85 % des cas. La couverture assurantielle complémentaire de prévoyance de celle du statut de praticien hospitalier en cas de maladie, invalidité ou décès est mentionnée chez 74,23% des répondants et si elle est absente c'est majoritairement par méconnaissance des risques.

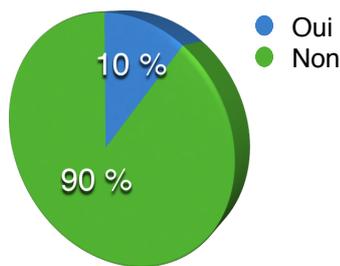
Cette enquête parcellaire, étant donné le nombre de réponses obtenues, montre toutefois des orientations. Ce nombre moyen pour ce type d'enquête est peut-être un signe de désintérêt pour ce sujet en espérant qu'il ne s'agit pas d'une négligence individuelle des médecins de leur propre santé. Pourtant ceux qui ont répondu sont favorables à la présence d'une médecine du travail pour les praticiens. La médecine du travail ne s'occupe pas assez de nous... mais elle n'en a vraisemblablement pas les moyens ! Alors que nous connaissons tous des cas de suicide dans notre profession, fait plus inquiétant il n'y a quasiment pas de procédures institutionnelles en cas de difficulté d'un praticien lors d'un aléa thérapeutique ou d'un burn-out, que 25% des PH n'ont pas de couverture assurantielle complémentaire.

Nos institutions doivent être sensibilisées pour améliorer la prise en charge de la santé au travail des PH.

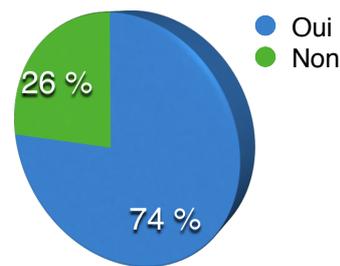
Visite d'embauche



Prise en charge Médecin



Assurance Prévoyance





Les échos du conseil scientifique

Stéphane Nahon (Montfermeil) Vincent Quentin (Saint Brieuc)

DK ANGH

2016

Le conseil scientifique s'est réuni le premier week-end de juin. Comme chaque année, grâce à la participation active de chacun, nous avons finalisé le programme pour notre congrès de Dunkerque et espérons que le programme scientifique sera à la hauteur de vos espérances.

Pendant cette réunion nous avons aussi avancé dans l'élaboration de nouveaux protocoles et procédé au renouvellement des membres du conseil. Nous quittent Gilles Macaigne, Roger Faroux, Jean Henrion et Xavier Causse : qu'ils soient remerciés pour leur participation active pendant 6 ans au CS. Ils sont remplacés par : Armand Garioud (Creil), Khaldoun Elriz (Sud Francilien), Christophe Renou (Hyères), Baya Coulibaly (Avignon), Frédéric Heluwaert (Annecy), David Zanditenas (Bry sur Marne).

Cette année a été une année particulièrement productive pour les publications de l'ANGH, Christophe Renou en a fait une synthèse dans ce numéro d'ANGH info.

Voici un point sur les protocoles clos, en cours et à venir :

- ☑ Clos : APACH, ANGHE, CampyloANGH, Approvie 1, AlbuLive, ENDOCC, OPTIMUM,
- ☑ En cours : PIBAC, LPANGH, OBADE, Approvie 2, ICARE, MICI-POST PARTUM, GEMAB-GER, Prodiges 25,
- ☑ A venir : observatoire ABIOMICI (ANGH Biothérapies dans les MICI), HDH Hémorragies digestives hautes 10 ans après. Nous vous informerons des modalités pratiques de ces travaux dès la finalisation de leur élaboration.

Les publications

Christophe Renou (Hyères) Stéphane Nahon (Montfermeil)

Depuis le congrès (2015) jusqu'au (2016) : Orléans – Dunkerque

Articles originaux 2015-16

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'Hépatogastroentérologie (CREGG); Association Nationale des hépatogastroentérologues 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 Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France

Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015 Feb;27(2):183-4.

Response to Kane et al.

Macaig G, Lahmek P, Nahon S, Pariente A
Am J Gastroenterol. 2015 Feb;110(2):352. No abstract available.

Résumés 2015-16

AFEF Octobre 2015

CO. Traitement de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux directs : résultats à 15 mois dans une cohorte française de plus de 800 malades

Pariente A, Rémy AJ, Arpurt JP, Causse X, Heluwaert F, Renou C, Macaigne G, Rosa I, Hommel S, Pilette C, Bourhis F, Lison H, Arotcarena R, Salloum H, Barjonet G, Pauwels A, Schnee M, Gagea E, Le Bricquière Y, de Montigny-Lenhardt S, Jouannaud V, Tissot B, Labadie H, Condat B, Si-Nafa Si Ahmed, Maringe E, Henrion J, Hagège H, Lesgourgues B, ANGH

CA. Résultats de l'association Simeprevir-Sofosbuvir pour le traitement de l'hépatite C de génotype 1 et 4 dans une cohorte multicentrique française dans la vraie vie : étude Real-SimSof

Nguyen-Khac E, Pariente A, Heurgue A, Delasalle P, Rémi A, Bernard B, T. Dao, Rosa I, Lucidarne D, Heluwaert F, Renou C, Arpurt JP, Causse X, Silvain C, Lison H, Pilette C, Hommel S, Le Bricquière Y, T. Fontanges, Macaigne G, Barjonet G, Tissot B, Arotcarena, Bourhis F, Schnee M, de Montigny-Lenhardt S et B Lesbourgues pour le groupe des Petits-CHU, l'ANGH et Exercice libéral.

CA. Sofosbuvir (So) et Daclatasvir (Da) pour le traitement de l'hépatite C : réponse virologique soutenue à 12 semaines et tolérance dans la cohorte APROVVIE

Pariente A, Arpurt JP, Rémy AJ, Macaigne G, Arotcarena, Bourhis F, Renou, Heluwaert F, Causse X, Rosa I, Lison H, Barjonet G, de Montigny-Lenhardt S, Pauwels A, Pilette C, Maringe E, Hommel S, Hagège H, Lesgourgues B, ANGH

AASLD 2015

CA. Simeprevir plus sofosbuvir for the treatment of hepatitis C genotype 1 and 4 in a french multicenter cohort in real life : Real-SimSof study

Nguyen-Khac E , Pariente A, Heurgue A, Delasalle P, Rémi A, Bernard B, T. Dao, Rosa I, Lucidarme D, Heluwaert F, Renou C, Arpurt JP, Causse X, Silvain C, Lison H, Pilette C, Hommel S, Le Bricquiere Y, T. Fontanges, Macaigne G, Barjonet G, Tissot B, Arotcarena , Bourhis F, Schnee M, de Montigny-Lenhardt S et B Lesbourgues pour le groupe des Petits-CHU, l'ANGH et Exercice libéral.

JFHOD 2016

CO. Le Campylobacter résistant aux quinolones est responsable de la majorité des entérites bactériennes observées à l'hôpital : observatoire rétrospectif multicentrique de l'Est francilien mené dans 4 centres ANGH

M.-L. Trompette, G. Macaigne, C. Locher, H. Garrec, A. Tsouria, M. Rahma, A. Courillon-Mallet, F. Faibis, M.-A. Masmoudi, M. Blazquez, P. Lahmek, B. Condat

CO. LPANGH : observatoire rétrospectif du LPAC syndrome au sein des hôpitaux généraux

M. Picon-Coste, B. Condat, S. Hommel, X. Causse, S. Nahon, V. Jouannaud, G. Duval, D. Thomas, O. Nouel, V. Quentin, B. Bour, H. Hagège, R. Arotcarena, D. Mathieu, S. Erlinger

CO. PYLORI HEBDO* : résultat d'une enquête de pratique sur la prise en charge d'Helicobacter pylori dans 31 centres ANGH en 2014

F. Heluwaert, S. Nahon, B. Lesgourgues, B. Bour, T. Paupard, M. Trompette, C. Charpignon, A. Garioud, C. Amouroux, M. Freyssinet, C. Renou, G. Bellaiche, N. Andriantseho, J.-J. Meurisse, C. Locher, E. Geagea, F. Skinazi, M. Blazquez, C. Poupardin, V. Jouannaud, J. Baudon, M. Howaizi, A.-L. Audrain-Cathala, V. Rossi, A. Courillon-Mallet

CA. Traitement de l'hépatite chronique C sans interféron : l'âge n'est plus un facteur pronostique défavorable.

A. Pariente, A.-J. Rémy, J.-P. Arpurt, C. Renou, F. Heluwaert, H. Lison, R. Arotcarena, I. Rosa-Hézode, A. Pauwels, F. Bourhis, G. Macaigne, X. Causse, G. Barjonet, S. de Montigny-Lenhardt, H. Salloum, C. Pilette, S. Hommel, M. Schnee, E. Geagea, E. Maringe, Y. Le Bricquiere, H. Labadie, J. Henrion, H. Hagege, B. Lesgourgues, ANGH.

CA. Nouveaux antiviraux directs (AVD) pour le traitement de l'hépatite chronique C: résultats intermédiaires dans une cohorte de plus de 1000 patients

Pariente A (1), Rémy AJ (2), Arpurt JP (3), Causse X (4), Heluwaert F (5), Renou C (6), Macaigne G (7), Rosa I (8), Hommel S (9), Pilette C (10), Bourhis F (11), Lison H (12), Arotcarena R (1), Salloum H (13),

Barjonet G (14), Pauwels A (15), Schnee M (16), Gagea E (17), Le Bricquiere Y (18), de Montigny-Lenhardt S (19), Jouannaud V (20), Tissot B (10), Labadie H (21), Condat B (22), Si-Nafa Si Ahmed (4), Maringe E (23), Henrion J (24), Hagège H (8), Lesgourgues B (21), ANGH

CA. Traitement de l'hépatite C chronique par sofosbuvir et ribavirine +/- peginterféron : résultats dans la «vraie vie» à partir d'une cohorte multicentrique de 211 patients

A. Garioud, J.-F. Cadranel, X. Amiot, A.-J. Remy, I. Ollivier-Hourmand, D. Lucidarme, H. Lison, J.-P. Arpurt, C. Renou, A. Pauwels, S. Hommel, Y. Le Bricquiere, F. Heluwaert, I. Rosa-Hézode, H. Salloum, G. Barjonet, X. Causse, C. Pilette, S. De Montigny-Lenhardt, R. Arotcarena, V. Jouannaud, B. Lesgourgues, S.-N. Si Ahmed, M. Schnee, E.-A. Pariente, ANGH

CA. Analyse de pratique France/Portugal de la prise en charge de l'infection à Helicobacter pylori : données issues de l'enquête Pylori Hebdo

S. Nahon, M.-I. Cremers, A. Courillon-Mallet, I. Medeiros, T. Paupard, L. Glória, M.-L. Trompette, C. Vicente, A. Garioud, S. Barbeiro, M. Freyssinet, M.-A. Duarte, V. Rossi, B. Bour, J.-J. Meurisse, E. Geagea, F. Heluwaert, A.-L. Audrain-Cathala, C. Naouri, F. Skinazi, C. Amouroux, B. Lesgourgues

EASL 2016

CA. Interferon-free treatment of chronic hepatitis C with direct-acting antiviral agents: age is no longer an unfavorable pronostic factor

A. Pariente, A.-J. Rémy, J.-P. Arpurt, C. Renou, F. Heluwaert, H. Lison, R. Arotcarena, I. Rosa-Hézode, A. Pauwels, F. Bourhis, G. Macaigne, X. Causse, G. Barjonet, S. de Montigny-Lenhardt, H. Salloum, C. Pilette, S. Hommel, M. Schnee, E. Geagea, E. Maringe, Y. Le Bricquiere, H. Labadie, J. Henrion, H. Hagege, B. Lesgourgues, ANGH.

CA. Interferon-free, direct-acting antiviral agents regimens in hepatitis C are more effective, better tolerated, and decrease fatigue during treatment in real-life conditions

A. Pariente, A.-J. Rémy, J.-P. Arpurt, C. Renou, F. Heluwaert, H. Lison, R. Arotcarena, I. Rosa-Hézode, A. Pauwels, F. Bourhis, G. Macaigne, X. Causse, G. Barjonet, S. de Montigny-Lenhardt, V. Jouannaud, H. Salloum, C. Pilette, S. Hommel, M. Schnee, E. Geagea, E. Maringe, Y. Le Bricquiere, H. Labadie, J. Henrion, B. Lesgourgues, ANGH.

Résumés de communications du congrès de Dunkerque

1 - Premiers résultats du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans la région Grand Est

Bernard Denis, Béatrice Charlier, Myriam Guerbaz, Esther Jafflin, Agnès Maire, Catherine Morel, Véronique Rivière, Marie Christine Scandola, Michel Thirion, Isabelle Gendre, Philippe Perrin. ADECA Alsace, AMODEMACES, ADECA52, ADECA54, SAC08, ADECA 10, AMPM55, AVODECA, ADPS51

La valeur prédictive positive (VPP) du test Hemocult pour une néoplasie avancée est de 25 à 30%. Un des atouts des tests immunologiques quantitatifs est d'offrir une VPP équivalente, voire supérieure, malgré un taux de positivité plus élevé. De petites études ont estimé la VPP du test OC-Sensor au seuil de 30 µg Hb/g autour de 35 à 40%. Cela mérite confirmation, ce d'autant que le programme actuel n'arrive pas en terrain vierge, mais succède à de nombreuses années de dépistage organisé (DO) du cancer colorectal (CCR) par Hemocult. L'enjeu est de pouvoir informer la population invitée ainsi que les professionnels de santé, les décideurs et les financeurs du rapport bénéfices / risques du dépistage proposé.

Le but de ce travail était d'évaluer les premiers résultats du programme de DO du CCR par test OC-Sensor, en particulier la VPP pour une néoplasie avancée.

Méthodes : Evaluation des premiers résultats du programme et du rendement des coloscopies pour OC-Sensor positif au seuil de 30 µg Hb/g dans les 10 départements de la région Grand Est.

Résultats : La population cible était de 1,6 million de personnes. Au 31/01/2016, 872 000 invitations avaient été envoyées et 193 000 (22%) tests avaient été lus. Le taux de tests non analysables était de 5,0%, essentiellement pour raisons administratives (65% date de prélèvement absente, 16% délai lecture > 6 jours, 7% défaut d'identification). Le taux de tests positifs était de 4,9%. 3531 coloscopies avaient été réalisées, dont 3026 exploitables. La VPP était de 5,2% pour un cancer invasif, 34,9% pour un adénome avancé, et 17,4% pour un adénome non avancé, soit 40,1% pour une néoplasie avancée. En Alsace, le programme OC-Sensor permettait de dépister 1,6 fois plus de cancers invasifs et 3,1 fois plus d'adénomes avancés que le programme Hemocult, au prix de 2 fois plus de coloscopies. Le taux moyen d'hémoglobine fécale était de 147 µg Hb/g (intervalle de confiance (IC) 95% ; 140 – 155) pour un cancer invasif, de 102 µg Hb/g (IC95% ; 99 – 106) pour un adénome

avancé, de 80 µg Hb/g (IC95% ; 76 – 84) pour un adénome non avancé, de 87 µg Hb/g (IC95% ; 80 – 93) pour un polype non adénomateux et de 86 µg Hb/g (IC95% ; 83 – 89) en cas de coloscopie normale.

Conclusions : Ces résultats préliminaires doivent être consolidés. Ils seront actualisés pour la présentation au congrès. Ils tendent à confirmer l'excellente VPP du test OC-Sensor, de l'ordre de 40% pour une néoplasie avancée. Le taux élevé de tests non analysables n'était pas attendu et doit être corrigé.

2 - Un dépistage négatif ne prévient pas le risque de tuberculose chez les patients sous anti-TNF dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: une étude descriptive du GETAID

Yael Abitbol (1), David Laharie (2), Jacques Cosnes (3), Matthieu Allez (4), Stéphane Nancey (5), Aurélien Amiot (6), Alexandre Aubourg (7), Mathurin Fumery (8), Romain Altwegg (9), Pierre Michetti (10), Elise Chanteloup (11), Philippe Seksik (3), Clotilde Baudry (4), Mathurin Flamant (12), Guillaume Bouguen (13), Carmen Stefanescu (14), Anne Bourrier (3), Gilles Bommelaer (15), Nina Dib (16), Marc André Bigard (17), Stephanie Viennot (18), Xavier Hébuterne (19), Jean-Marc Gornet (4), Philippe Marteau (3), Yoram Bouhnik (14), Vered Abitbol (20), Stéphane Nahon (1),

Objectif: décrire les caractéristiques des cas incidents de tuberculose (TB) chez les patients avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) sous anti-TNF malgré un dépistage initial négatif de l'infection tuberculeuse latente et identifier les facteurs de risque.

Méthode: Etude rétrospective descriptive conduite dans les centres du GETAID.

Tous les patients avec une MICI ayant développé une TB sous anti-TNF malgré un dépistage initial négatif étaient inclus. Les données suivantes étaient collectées avec un questionnaire anonyme : caractéristiques et évolution des MICI et TB, modalités et résultats du dépistage initial, modalités de reprise des anti-TNF.

Résultats: Quarante-quatre patients MICI [23 hommes; médiane d'âge 37 ans]

étaient inclus dans 20 centres français et suisse. Tous les patients avaient un dépistage négatif pour la TB avant de débuter un anti-TNF : intradermoreaction à la tuberculine IDR (n=25), quantiféron QTF (n=12) ou les deux (n=7). L'intervalle médian entre le début des anti-TNF et le diagnostic de TB était de 14.5 mois (IQR



25-75: 4.9-43.3). Vingt-cinq patients (57%) avaient au moins une atteinte pulmonaire. Quarante (91%) patients avaient au moins une atteinte extrapulmonaire.

Un patient décéda d'une péricardite tuberculeuse compliquée d'une tamponade. L'exposition à *Mycobacterium tuberculosis* était considérée comme possible dans 16 cas (36%) : 7 professions à risque (6 professionnels de santé) et 9 voyages dans des pays d'endémie. Vingt-sept patients recommencèrent une antibiothérapie [23 (52%) anti-TNF, 3 vedolizumab et 1 ustekinumab] après une médiane de 11.2 mois (IQR 25-75: 4.4-15.2) après le diagnostic de TB sans récurrence.

Conclusion: Une TB peut apparaître malgré un dépistage initial négatif chez les patients MICI traités par anti-TNF. Les TB étaient surtout extrapulmonaires et disséminées. Une exposition tuberculeuse dans les professions à risque et/ou lors de voyages en pays d'endémie pourrait conduire à répéter les tests de dépistage de TB. La reprise des anti-TNF n'a entraîné aucune récurrence de TB.

3 - Évolution des circonstances diagnostiques des maladies inflammatoires du tube digestif avec le temps : cohorte prospective multicentrique de 926 patients

T. Ramtohol (1) ; V. Abitbol (2) ; T. Paupard (3) ; M. Belhassan (1) ; E. Clair (1) ; S. Nahon (1) (1) Montfermeil; (2) Paris; (3) Dunkerque

Introduction :

Déterminer si les caractéristiques épidémiologiques et les circonstances diagnostiques des maladies inflammatoires de l'intestin et du colon (MICI) ont évolué avec le temps.

Patients et Méthodes :

Les données socio-démographiques (âge, sexe, pays d'origine défini comme le pays de naissance des parents du cas index, tabagisme) et les caractéristiques de la MICI (phénotype, localisation, symptômes révélateurs, premier examen évoquant le diagnostic) des patients suivis dans trois centres hospitaliers français (GHI le Raincy Montfermeil, CHU Cochin, Hôpital de Dunkerque) ont été collectées prospectivement dans une base de données informatisée (Focus_MICI®). Les dates du diagnostic et des premiers symptômes étaient systématiquement saisies permettant de calculer le délai diagnostique. La cohorte a été divisée en 4 périodes chronologiques : avant 2000, 2000-2004, 2005-2009 et après 2009. Les patients dont les données étaient incomplètes (notamment pour les patients référés) ont été exclus. Une analyse univariée a été utilisée pour la comparaison des groupes et le seuil de significativité était défini pour une valeur de $p < 0,05$.

Résultats :

Les données de 936 patients (parmi 963 initialement éligibles) ont été analysées : 649 patients avaient une maladie de Crohn et 275 une RCH. Concernant

la maladie de Crohn : il n'existait pas de différence significative pour les 4 périodes chronologiques pour : l'âge médian au diagnostic, le sexe ratio, les antécédents familiaux de MICI, le délai diagnostique, la localisation de la MC, le pays d'origine ($p > 0,05$). En revanche, il existait une différence statistiquement significative dans le temps : du premier symptôme révélant la maladie [fréquence plus importante des douleurs abdominales vs. diarrhée chronique ($p < 0,001$)], du premier examen évoquant le diagnostic [fréquence plus importante des examens radiologiques (scanner) vs coloscopie ($p < 0,001$)], du phénotype de la MC [fréquence plus importante de la forme inflammatoire B1 que des formes sténosante ou fistulisante B2+B3 ($p < 0,001$)] et une diminution de la fréquence de chirurgie intestinale au moment du diagnostic après les années 2000 ($p < 0,001$). Concernant la RCH, il n'y avait pas de différence significative dans le temps pour : l'âge médian au diagnostic, le sexe ratio, les antécédents familiaux, le délai diagnostique, la localisation de la RCH, le pays d'origine, la symptomatologie révélatrice, le premier examen évocateur pour les 4 périodes considérées.

Conclusion :

Dans cette large cohorte prospective et multicentrique on observait dans le temps au diagnostic de la maladie de Crohn : une modification de la symptomatologie initiale (plus de formes douloureuses), un diagnostic évoqué plus fréquemment par un examen radiologique, une fréquence accrue des formes inflammatoires (B1) et une diminution de la chirurgie intestinale après les années 2000. En revanche, on ne notait pas de changement des circonstances diagnostiques pour la RCH.

4 - Suivi d'une cohorte de patients opérés d'une sleeve gastrectomy compliquée de fistule. Evolution du type de prise en charge endoscopique et étude du devenir.

V QUENTIN, K AZIZ, P ZAVADIL, D LECHAUX CH SAINT BRIEUC

La chirurgie bariatrique a connu une forte croissance au cours de cette décennie. Deux principales techniques sont réalisées : le by-pass et la sleeve gastrectomy. La première se complique le plus souvent de sténose et la seconde de fistule. La prise en charge de ces complications est majoritairement endoscopique. Autant la technique de dilatation des sténoses sur by-pass n'a pas évolué au cours du temps, autant le traitement des fistules sur sleeve gastrectomy a subi de nombreuses et radicales évolutions. La dernière technique en date par mise en place de drains internes en double queue de cochon semble définitivement s'imposer.

Le but de ce travail est de décrire au cours du temps chaque sous-groupe présentant une complication fistuleuse et traité par une technique endoscopique similaire et d'étudier les données de

suivi afin de tenter de dégager un indice de performance de chacune des techniques.

OBJECTIF PRINCIPAL : Etude statistique descriptive des techniques de prise en charge endoscopique d'une cohorte monocentrique de cas consécutifs de patients opérés de sleeve gastrectomy compliquée de fistule.

OBJECTIFS SECONDAIRES : Etude comparative de chaque sous-groupe en termes de guérison et de morbidité.

PATIENTS

Il s'agit d'une cohorte de patients opérés de façon consécutive par le même chirurgien bariatrique du 01/03/2011 au 30/06/2015 d'une sleeve gastrectomy et ayant présenté une complication fistuleuse. La prise en charge endoscopique a été réalisée par 3 opérateurs différents.

METHODES

Les données ont été recueillies de façon prospective sur tableur excel. La prise en charge endoscopique fut d'abord la pose de clips et la mise en place de colle, puis la mise en place de longues endoprothèses puis de drains internes double queue de cochon.

RESULTATS

La totalité des 347 patients ont été opérés par coelioscopie selon la technique du single access. Il s'agissait de 272 femmes, d'âge moyen 42,5 ans (18-70 ans) et d'IMC moyen 43,4 (25-75).

Vingt-deux patients ont présenté une complication fistuleuse (6,4%). Six patients n'ont pas été pris en charge de façon endoscopique (reprise chirurgicale ou nutrition entérale exclusive). Huit patients ont été pris en charge par une technique endoscopique de fermeture d'orifice fistuleux (clips et/ou colle et/ou prothèse) de 2011 à 2014 et 8 patients par une technique endoscopique de drainage interne de janvier 2015 au 30/06/2015.

Les résultats définitifs des études de suivi de sous-groupe ne sont actuellement pas disponibles, les principaux résultats préliminaires disponibles fin mai seront transmis au conseil scientifique de Porquerolles.

REFERENCES

1. Basha J et al. Endoscopy 2014
2. Alazmi W et al. Surg Endosc 2014
3. Keren D et al. Obes Surg 2015
4. Donatelli G et al. Obes Surg 2015

5 - Endoscopic submucosal dissection in the treatment of gastric superficial neoplastic lesions- the initial experience of a general hospital

Lopes L, Giestas S, Sousa P, Parente A, Pinto F, Veiga M, Ramada J

Introduction

Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a safe and efficacious minimally invasive endoscopic therapy for the

treatment of superficial gastric neoplastic lesions. In Europe, it is implemented in a minority of tertiary centers

Given its complexity, potential severe complications, and demanding learning curve, its implementation should be continuously appraised against benchmarked international quality indicators.

Objectives :

The objectives of this research were: (1) evaluate the efficacy and safety of ESD in the treatment of superficial gastric neoplastic lesions in a general hospital; (2) evaluate recurrence; (3) predict the ESD procedure duration.

Methods :

Between September 2014 and September 2015, in a general hospital affiliated with a medical school, 11 consecutive patients with superficial gastric neoplastic lesions were submitted to ESD. The main outcomes evaluated were: technical success, complete resection (R0), adverse events and procedure duration.

Results :

73% of patients were female and mean age=69 (min 47, max, 89). The mean lesion length=29 mm (min 15, max 50); 82% of the lesions were localized at the antrum, the remaining 18 % being localized at the corpus. The mean ESD duration= 95 minutes (min 25, max 180). All resection were en-bloc, with complete resection (R0) in 82% of the patients and R1 in 18%; in the R1 patients the vertical margins were negative and the lateral margins were negative for carcinoma. Histopathology revealed 55% of patients with high-grade dysplasia and 55% with intestinal-type intramucosal adenocarcinoma. Adverse events occurred in 2 patients (late bleeding). No recurrences were detected during follow-up with scheduled endoscopic surveillance. A multiple linear regression was used to predict ESD duration; the following model was obtained: duration (min) =3,1+ 3,11x (lesion length in mm), R2=67,5% (p=0,002).

Conclusions :

ESD is a safe and efficacious technique for the treatment of superficial gastric neoplastic lesions. The results obtained in tertiary centers are reproducible in general hospitals. The duration of the procedure could be partially predicted based on the lesion length.

6 - Toxicité digestive des immunothérapies anti PD1: Une pathologie nouvelle et polymorphe peu connue

Sarra Oumrani, Isabelle Rosa, Emma Ferrand, Alix Portal, Anne Laure Audrain, Laurent Costes, Hervé Hagège

L'utilisation de nouvelles immunothérapies anti PD1 a montré son efficacité dans le cadre du traitement de mélanomes métastatiques ou de carcinomes bronchiques. De nombreux effets indésirables ont



été décrits notamment digestifs tels qu'une diarrhée dans 11 à 19% des cas et une colite MICI-like dans 1% des cas après utilisation du

Nivolumab. Nous rapportons quatre cas d'atteintes digestives polymorphes documentées imputables directement aux anti PD1.

Il s'agit de 4 patients hospitalisés dans le service d'hépatogastroentérologie pour une atteinte digestive sévère. Trois patients avaient reçu un traitement de 2 à 11 perfusions de Nivolumab et une patiente avait reçu 7 cures de Pembrolizumab pour un adénocarcinome bronchique stade IV. Il s'agissait d'une femme de 71 ans et trois hommes de 68, 64 et 65 ans. La présentation clinique était dans un cas une intolérance alimentaire totale avec des épigastalgies et une diarrhée chronique d'installation rapide chez les 3 autres cas. Les symptômes étaient survenus en moyenne 3 mois après l'instauration du traitement. Tous les patients ont eu une perte de poids de plus de 10%, (en moyenne de 7,5 kg), ayant nécessité une assistance nutritionnelle dans 3 cas. Les lésions endoscopiques étaient dans un cas une gastrite ulcérée nécrotique compliquée de sténose duodénale sans atteinte colique et dans un autre cas une colite aigue grave RCH-like. Chez 2 patients, les explorations endoscopiques étaient normales mais l'histologie avait mis en évidence une atrophie villositaire totale dans 1 cas et à une colite lymphocytaire dans 1 cas. Les patients ont tous reçu des corticoïdes en première intention, permettant une évolution favorable chez 2 patients. Chez les 2 patients ayant les lésions endoscopiques sévères, un traitement par anti TNF a été réalisé en 2ème ligne sans efficacité. Un traitement de 3ème ligne par vedolizumab a permis l'amélioration clinique rapide et endoscopique des 2 patients. Concernant l'imputabilité du nivolumab, il n'existait pas d'autre traitement concomitant chez l'ensemble des patients et 3 des patients avaient bénéficié d'explorations digestives antérieures normales. Chez le patient ayant une atrophie villositaire, les Ac anti TG étaient négatifs ainsi que l'HLA DQ2DQ8.

Conclusion

Les résultats des nouvelles immunothérapies anti PD1 sont prometteurs, au prix d'effets indésirables pouvant être graves et pouvant nécessiter des thérapeutiques lourdes. Les atteintes digestives secondaires aux anti PD1 peuvent être polymorphes et variées. Il est primordial de sensibiliser les praticiens aux effets indésirables digestifs de ces nouveaux médicaments.

7 - Une ascite africaine à Saint Denis

Shanta Valainathan, Florence Skinazi, Hélène Labadie

Un patient ivoirien de 35 ans est hospitalisé en octobre 2015 à l'hôpital Delafontaine pour altération de l'état

général et ascite. Dans les antécédents, on note une fièvre typhoïde, un paludisme, un plastron appendiculaire opéré au pays en 1995. Mr K est célibataire ; depuis deux mois, il est fatigué. Il a perdu 20 kg, une toux sèche sans fièvre et se plaint d'une distension et d'un ballonnement abdominal. La palpation retrouve une masse indurée péri-ombilicale, il n'y a pas d'adénopathie périphérique. Biologiquement, le bilan hépatique est normal, l'AgHbs est négatif, la sérologie C est négative, le TP est normal, il n'y a pas de protéinurie. Le liquide d'ascite est riche en protides avec 50% de lymphocytes. La cytologie de l'ascite est négative. L'ACE et le Ca 19-9 sont à plus de 10 fois la normale. Le scanner abdominal retrouve un abondant épanchement intra-abdominal avec un aspect de scalloping sur le foie et la rate.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Une coelioscopie est réalisée le 13/10/2015 et retrouve une carcinose péritonéale mucineuse. (photos).

La relecture de lames retrouve une extension péritonéale d'une prolifération néoplasique dont les caractères sont compatibles avec un carcinome mucineux péritonéal de bas grade. Les cellules expriment CK7, CK20, CDX2, MUC 2. Le profil immunohistochimique est compatible avec un profil intestinal (ou appendiculaire) 6 cycles de FolFox ont été réalisés avec une bonne tolérance.

L'IRM abdominale en fin de chimio retrouve des implants gélatineux diffus notamment des deux coupes diaphragmatiques, un gâteau épiploïque, de l'arrière cavité des épiploons, du hile hépatique, de la racine du mésentère, des gouttières pariéocoliques, des fosses iliaque, de la région hypogastrique. Les implants sont en contact étroit avec l'ensemble du cadre colique, la majeure partie du grêle, ainsi que la région antropylorique, et probablement le pancréas caudal et isthmique.

Tentative de cytoréduction par la chirurgie et CHIP : masse considérée comme non résécable. Reprise de l'achimiothérapie de seconde ligne avec la mise en place de l'Avastin

8 - Traitement du CHC au stade BCLC B chimio-embolisation ou traitement combinant chimio-embolisation et micro-onde ?

Khemissa Faiza (1) , Guibal Aymerich (2), Farouil Geoffroy (2) , Amouroux Caroline (1), Dahmouni Sofiane (1), Kouaouci Mahdi (1) , Saez Anna (1), Ortiz Marie Carmen (1), Remy André Jean (1) (1) service d'hépatogastroentérologie; (2) service de radiologie . Centre hospitalier de PERPIGNAN

Objectif : Comparer la survie à un an de patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) en situation

palliative au stade B selon BCLC 2012, après traitement combiné par chimio-embolisation lipiodolée (CEL) et micro-onde hépatique (MO)

versus le traitement recommandé (chimio-embolisation seule).

Matériels et méthode : Etude rétrospective de 44 patients atteints d'un CHC au stade BCLC B, traités entre janvier 2012 et mars 2015 soit par traitement associant CEL et MO (31 patients), soit par CEL seule (13 patients). Le nombre de complications sévère à 1 mois post procédure (décès, insuffisance hépatique sévère, cholecystite aiguë, embolisation non ciblée) et la survie à un an étaient étudiés.

Résultats : Le nombre complications sévère dans le mois suivant les traitements était de 4 (dont 1 décès) en cas de traitement combiné et 2 en cas de CEL seule.

La survie à un an chez les patients traités par traitement combiné était de 72 % versus 46 % chez les patients traités par CEL seule.

Conclusion : Le traitement combinant CEL et MO semble augmenter la survie à un an chez les patients atteints d'un CHC au stade BCLC B et nécessite une étude prospective randomisée.

9 - Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (PIBAC)

Xavier Causse (1), Hélène Labadie (1), Jean-François Cadranel (1), Gilles Macaigne (1), Hatem Salloum (1), David Zanditenas (1), Jean Henrion (1), Christophe Renou (1), Séverine Hommel (1), Jean-Pierre Arpurt (1), Isabelle Ollivier (CHU Caen), Solange Bresson (2), Thierry Fontanges (2), Nathalie Boyer (2), Matthieu Schnee (1), Isabelle Rosa (1), Louis Bettan (1), Simonea Coscone (1), Corinne Castelnau (2), Sylvain Beorchia (2), Frédéric Heluwaert (1), Bertrand Hanslik (2), Corinne Bonny (2), Anne-Marie Roque (APHP), ANGH (1) et CREGG (2).

10 - Rôle du virus de l'hépatite E dans la décompensation de la cirrhose alcoolique ? Données d'une étude prospective et multicentrique

C. Renou (CH Hyères), B. Lesgourgues (CH Montfermeil), H. Agostini (Hôpital Le Kremlin Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre), G. Macaigne (CH Marne la Vallée), A. Pauwels (CH Gonesse), Y. Le Bricquair (CH Béziers), J. Henrion (CH Jolimont, Belgique), F. Khemissa (CH Perpignan), E. Clair (CH Montfermeil), T. Paupard (CH Dunkerque), A. Pelaquier (CH Montélimar), H. Minazzi (CH Chambéry), S. Doumet (CH Villeneuve-Saint-Georges), A. Raoto (CH Avignon), C. Locher (CH Meaux), J.A. Seyrig (CH Pontivy), E. Ferrand (CH Créteil), A. Garioud (CH Creil), F. Skinazi (CH Saint-Denis), D. Bardou (CH Cholet), F. Heluwaert (CH Annecy), R. Arotcarena (CH

Pau), M. Schnee (CH La Roche sur Yon), J.G. Bertolino (CH Gap), J.P. Dupuychaffray (CH Angoulême), V. Crombe (CH Roubaix), A.M. Roque-Afonso (Hôpital Paul Brousse, Villejuif) ; ANGH

Le virus de l'hépatite E (VHE) pourrait être l'une des causes de décompensation hépatique des malades cirrhotiques. Ainsi, une prévalence de plus de 6% d'infections VHE aiguës a été retrouvée dans une étude prospective et monocentrique Française réalisée chez des malades hospitalisés pour décompensation cirrhotique, le plus souvent d'origine alcoolique. De même, 2 études rétrospectives ont mis en évidence une infection aiguë chez 3,6 à 6,5% des malades avec une hépatite alcoolique aiguë (HAA) sévère. Toutefois, une étude cas-témoin, ancillaire d'HALT-C, ne retrouvait pas le VHE, comme facteur de décompensation hépatique chez des malades porteurs d'une cirrhose virale C.

Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence du VHE dans une population de malades alcooliques présentant une cirrhose décompensée associée ou non à une hépatite alcoolique aiguë (HAA).

Patients et méthodes : les malades hospitalisés pour décompensation d'une cirrhose alcoolique étaient inclus de manière consécutive dans 24 centres participants entre mars et juin 2015. Les malades bénéficiaient, le jour de l'inclusion, d'un interrogatoire exhaustif à la recherche des différents facteurs de risque d'infection par le VHE. Le bilan biologique à l'inclusion comportait une sérologie VHE (IgG et IgM, test Wantai) ainsi une recherche de l'ARN viral dans le sang (test Ceeram).

Résultats : 181 malades dont l'âge moyen était de 58 ans ont été inclus (sexe masculin=81%). Plus de la moitié d'entre eux présentaient un antécédent de décompensation hépatique, le plus souvent selon le mode ascitique. La majorité des malades était C au score de Child (A= 12%, B=57%, C=61%) ; le score moyen de MELD était de 18+/-5,5. A l'inclusion, 75% présentaient une ascite, 62% un ictère, 28% une encéphalopathie hépatique, 21% une hémorragie digestive et 21% une infection. 61% des malades (81/181) présentaient un tableau clinico-biologique compatible avec une hépatite alcoolique aiguë (HAA), sévère chez 61% d'entre eux (50/81).

Tous les malades avec une HAA sévère ont été traités par corticoïdes. La séroprévalence des IgG VHE était de 31%, non corrélée à l'âge (p=0,40) ni au lieu de résidence (nord vs sud, 58 vs 42%, p=0,31). Des IgM VHE faiblement réactifs ont été retrouvés dans 3 cas, avec un ARN VHE indétectable chez l'ensemble des patients. La séroprévalence chez les sujets ayant présenté au moins un épisode de décompensation antérieure (57%) n'était pas différente de celle des sujets sans antécédent de décompensation (43%, p=0,78).



Après inclusion, le taux de décès était de 6,5% à 14 jours, 14% à 30 jours et à 22% à 90 jours.

Conclusion : dans cette cohorte prospective, la décompensation de la maladie alcoolique n'était pas associée à une infection aiguë par le VHE. Une séroprévalence élevée mais comparable était retrouvée chez les malades avec ou sans antécédent de décompensation cirrhotique. Ainsi, malgré une prévalence élevée de l'infection du VHE dans la population de malades porteurs d'une maladie alcoolique décompensée, aucun lien entre VHE et décompensation hépatique n'a été retrouvé dans cette étude.

11 - INCIDENCE DE L'HEPATITE C EN PRISON EN FRANCE : RESULTATS D'UNE ETUDE PAR TROD VHC

André-Jean REMY, Hakim BOUCHKIRA, Stéphane MONTABONE, Patrice LAMARRE
EQUIPE MOBILE HEPATITES, CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Introduction : L'hépatite C est plus fréquente chez les détenus que dans la population générale en France, entre 5 et 7 % (INVS 2004, étude PREVACAR). Ils cumulent les facteurs de risque avant leur incarcération mais la prison en soi représente un facteur de risque : usage partagé de seringues ou de pailles, tatouages artisanaux, etc.. Par contre l'incidence n'est pas connue. Le dépistage des hépatites virales est systématiquement proposé à l'entrée en détention en France mais son renouvellement, recommandé par le Guide Méthodologique de prise en charge sanitaire n'est pas toujours effectif. Dans ce contexte, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), prochainement autorisée en France pourraient constituer une alternative intéressante à la sérologie classique et ont été recommandés dans le rapport d'experts « DHUMEAUX » en 2014. L'incidence de l'hépatite C en France est de 2700 à 4400 nouveaux cas par an. Objectif : Utiliser les TROD hépatite C en prison en complément de la sérologie classique pour étudier l'incidence des nouvelles infections virales C.

Méthodes : La prévalence de l'hépatite C dans notre établissement se situe dans la moyenne nationale autour de 7%. La sérologie hépatite C réalisée par voie veineuse est proposée à tous les entrants au Centre Pénitentiaire de Perpignan. Nous avons pu proposer ces TROD dès 2013 en tant qu'établissement de santé et avec l'accord de la commission de biologie délocalisée. Le TROD est proposé à 3 types de population incarcérée : 1/ refus ou impossibilité de prélèvement veineux 2/ transfert d'un autre établissement pénitentiaire et sérologie antérieure négative 3/ présence dans l'établissement supérieure à 12 mois et sérologie antérieure négative. En cas de positivité un FIBROSCAN et un bilan biologique complémentaire étaient réalisés.

Résultats : 333 TROD hépatite C ont été réalisés en 24 mois : groupe 1 15%, groupe 2 27%, groupe 3 58%. Deux sérologies étaient positives. Les 2 détenus étaient incarcérés depuis plus de 6 mois et la charge virale était positive. Un patient était sorti en permission une semaine et un patient n'était jamais sorti de détention. L'usage de drogues était le mode de contamination dans les 2 cas. L'incidence calculée était de 3/1000 par an soit potentiellement 470 nouveaux cas d'hépatite C en France par an parmi la population carcérale (78246 détenus au 1er janvier 2016).

Discussion / conclusions : Les TROD hépatite C sont utiles en prison, un lieu de comportements à risque pour l'hépatite C. Ce « lieu de vie » pourrait représenter plus de 10% des nouveaux cas incidents, ce qui justifie de mettre à la disposition de cette population l'ensemble des dispositifs de réduction des risques.

12 - Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité : Expérience aux Restos du Cœur (RC)

Bruno Bour, CH Le Mans pour le groupe de dépistage aux Restos du Cœur

La prévalence de l'infection par les virus B (VHB) et C (VHC) est élevée chez les personnes en situation de précarité. Les recommandations récentes suggèrent d'étendre le dépistage à ce type de population. Les RC apportent assistance aux personnes démunies. Les buts de l'étude ont été d'évaluer et comparer (CDAG, CSAPA, donneurs de sang, PASS) la prévalence des infections virales B, C, HIV et de leur conséquence hépatique dans cette population.

Matériels et Méthodes : De décembre 2013 à mars 2016 un dépistage VHB, VHC et le VIH a été proposé aux bénéficiaires de centres de distribution (CD) des RC de 13 villes françaises. Le recrutement s'effectuait par voie d'affiche dans le CD et par contact direct entre bénévoles et bénéficiaires. Afin d'obtenir la meilleure implication possible, les bénévoles du CD étaient formés par les médecins dépisteurs aux facteurs de risque et leurs conséquences. Le dépistage était assuré dans le CD par une consultation médicale détectant les facteurs de risques et par la réalisation (IDE du CDAG) d'une sérologie pour marqueurs des VHB, VHC et HIV. Le jour du dépistage une action d'information sur les risques de transmission était assurée. Le médecin donnait et commentait individuellement les résultats dans le CD 15 jours plus tard. Dans un des CD une vaccination VHB était proposée et réalisée sur place pour ceux n'ayant eu aucun contact avec le VHB. Pour les personnes dépistées positives un complément de bilan était immédiatement prélevé et une consultation hospitalière organisée.

Résultats: Parmi 21000 bénéficiaires des centres, 1343 (5,6%) personnes (817 femmes (61%)) d'âge

moyen de 43.5 ± 14 ans ont accepté le dépistage ; 47,5% d'entre elles étaient nées hors de France (70% Afrique, 12% Europe centrale, 18 % Asie et Moyen Orient) ; aucune n'avaient de symptôme. Des facteurs de risques étaient retrouvés dans 25% des cas (70% sanguins, 30% sexuels). Dans 79% des cas les résultats ont été donnés lors de la consultation de restitution. Les sérologies VHB, VHC, et VIH étaient positives respectivement dans 2.1%, 1.9% et 0.3% des cas. Une positivité de l'Ac anti-HbS était retrouvée seule ou associée à la présence d'Ac anti-HbC dans 24.5% et 12.5% des cas. Quarante-cinq personnes (3.5%) avaient un Ac anti-HbC isolé, 4 étaient infectés par le VIH et 4 co-infectées VHB-VHC. La vaccination VHB a été acceptée et réalisée sur place pour 73% des personnes concernées.

Seule la moitié des patients dépistés positifs ont eu une prise en charge hospitalière pour : 23% d'entre eux avait une fibrose F2 exclusivement en cas d'infection par le VHC ; ils ont tous été traités : 90% de RVS 48.

Trente pour cent des patients pris en charge ont été perdus de vue.

Le tableau compare la prévalence de la positivité des infections virales testées selon la population Conclusion: Notre étude confirme la prévalence élevée associée un taux faible fibrose hépatique cliniquement significative chez les personnes précaire infectées par les VHB ou VHC. Les RC sont un lieu privilégié d'incitation au dépistage des infections liées au VHB, VHC et HIV ainsi qu' à la vaccination VHB pour la population qui les réquentent.

13 - Un ictère de cause hématologique

C.Bazin, S.Hommel, M.Picon, S.Erlinger, T.Allegre

Nous rapportons le cas d'une jeune fille de 18 ans hospitalisée dans notre service pour la prise en charge d'un ictère fébrile. Cette jeune femme sans antécédent particulier en dehors d'un hallux valgus opéré a été admise pour un ictère évoluant depuis 1 semaine avec urines foncées, selles décolorées et associé à une fièvre jusqu'à 38°5 sans frissons et à une éruption cutanée par la suite.

L'examen clinique était sans particularité en dehors d'une éruption maculeuse violacée localisée au niveau du visage, du thorax et des bras et membres inférieurs.

Le bilan initial retrouvait une Bili T à 210 micromol/l dont 12 de conjuguée, des TGO à 53 UI/l, des TGP à 131 UI/l avec GGT et PAL normaux. Il était noté une anémie et lymphopénie avec CRP à 59 mg/l.

Était évoqué en 1^{er} lieu une hépatite infectieuse: les sérologies VHA, VHB, VHC, VHE revenaient négatives. Dans l'hypothèse d'une cause infectieuse ou d'une obstruction biliaire, une antibiothérapie par G3G et FLAGYL était instaurée permettant la régression de la CRP et de la fièvre..

Le bilan était complété par une échographie abdominale puis un scanner sans particularité avec un tronc porte et des VSH perméables.

Les sérologies complémentaires: EBV, CMV Parvo B19, Leptospire, Légionnelle étaient négatives. Une biopsie de peau était réalisée mais non contributive. Devant la majoration des aggravations des test hépatiques et l'apparition d'une pancyclopénie était évoquée la possibilité d'un syndrome d'activation macrophagique secondaire à une hépatite infectieuse.

Il était alors décidé d'effectuer un myélogramme. Celui-ci ne retenait pas la diagnostic de SAM mais révélait une hémopathie.

La patiente était alors transférée en hématologie pour la suite de la prise en charge.

Les anomalies hépatiques ont par la suite régressé, une fois la mise en place d'un traitement adapté.

14 - La GHT : une nouvelle révolution pour les hôpitaux français ? Le point de vue d'un président et d'un vice-président de CME en Centre Hospitalier Général.

Thierry Paupard, Jean-Charles Aisenfarb**.*

**Service d'Hépatogastro-Entérologie **Service de Cardiologie, Centre Hospitalier de Dunkerque.*

- 1) Rappel du cadre légal.
- 2) Les enjeux au niveau d'un hôpital.
- 3) les enjeux au niveau d'un bassin de vie.
- 4) Les moyens et objectifs.
- 5) La vision stratégique à court et moyen terme.

Discussion.

Conclusion.

15 - Rapport d'expérience de la mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique (ETP) des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) en Centre Hospitalier Général.

L. Senouci, T. Paupard, C. Vermon, H.

Lheureux, E. Perron, P. Robe, O. Briche, G. Schoemacker, E. Chrétien. Service d'Hépatogastro-Entérologie (Pôle médecine 2), Centre Hospitalier de Dunkerque.

Introduction : selon l'OMS, l'ETP a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'ETP MICI permet une meilleure compréhension de la maladie et des traitements pour une collaboration patient-médecin efficace et confiante. On distingue 2 types de compétences : l'auto soin et l'adaptation relationnelle.

Cadre légal : établi à partir de recommandations élaborées par l'HAS en 2007. La pratique de l'ETP nécessite :

- 1) La présence d'au moins un éducateur ayant bénéficié d'une formation spécifique de 50 heures ou qui dispose d'un diplôme universitaire d'ETP. 2)



L'obtention d'une autorisation de l'ARS après rédaction d'un dossier très complet. 3) L'ETP doit être centrée sur les besoins du patient.

4) L'ETP est basée sur la réalisation d'un diagnostic éducatif. 2 séances au minimum sont requises pour chaque patient.

Les étapes : 1) L'élaboration d'un diagnostic éducatif. 2) Le programme d'éducation personnalisé. 3) La participation à des séances d'ETP. 4) L'évaluation individuelle.

Les outils ETP MICI : Porte folio « EDUMICI » et communication adaptée.

Mise en place et retour d'expérience : 1) Rédaction d'un projet adressé à l'ARS. 2) Validation de l'ARS. 3) Début de la première séance en octobre 2015 réalisée en atelier collectif. 4) Difficulté énorme à recruter (population jeune active). 4) Recrutement réalisé essentiellement en interne. 5) Soutien institutionnel faible. Projet d'extension du recrutement à l'ensemble du bassin de vie du Littoral (future GHT).

Conclusion : une médecine moderne et efficace implique l'autonomie et la responsabilité du patient. L'ETP permet de tendre vers ces objectifs. Ce changement de paradigme ne peut être atteint que si les représentations sociales, les opinions et les attitudes évoluent dans la pratique médicale en même temps que la relation médecin-patient. Nous rapportons le bilan de notre expérience dans ce domaine, avec les points négatifs et les axes d'amélioration.

16 - Et si on recontactait les patients identifiés un jour VHC + ? Expérience du Centre Hospitalier Annecy Genevois.

HELUWAERT F, MONTCHAUD A, OLIVARI M, PEYRET CD, MAILLARD E, POFELSKI J, CAPONY P, GAILLAT J, JANSEN C, PIET E, TOLSMA V, VITRAT V, CHANZY B, JUND J, VALRAN A, BRU JP. Centre Hospitalier Annecy Genevois (74)

Depuis l'arrivée du sofosbuvir, une véritable révolution thérapeutique est disponible pour les patients VHC +. Il devient désormais réaliste à moyen terme d'éradiquer cette infection virale.

Si l'identification des patients VHC + ne connaissant pas leur statut viral est un objectif de santé publique, cette identification bien qu'encouragée par les hépatogastro-entérologues sera probablement proposée par les médecins généralistes. Par contre, il nous a semblé important de nous concentrer sur les patients déjà identifiés un jour VHC+ au sein de notre établissement, car si la plupart bénéficie d'un suivi régulier, nombreux sont ceux qui ont été perdus de vue en raison, entre autres d'une intolérance ou d'une non éligibilité à l'interféron, ou d'une fibrose qualifiée jusqu'ici comme minime.

Le but de notre travail a été d'exploiter dans un premier temps une cohorte personnelle de patients

VHC +, puis de demander au système informatique de l'établissement de ressortir tous les patients étiquetés VHC + depuis 8 ans sur les données PMSI (date du nouveau système d'exploitation) ainsi que tous les patients avec virémie positive diagnostiqués sur le laboratoire hospitalier.

Ces recherches ont permis d'identifier 640 patients VHC + sur les données PMSI, 250 sur les données du laboratoire et 130 au sein d'une cohorte personnelle. (présence de doublons).

La première étape était de re-screener l'ensemble des patients de ma cohorte personnelle (n=130). Tous ont donc été recontactés si besoin, par courrier, avec proposition de réaliser un test non invasif de fibrose, préalablement à une consultation. Un an après le début de ce travail, les résultats sont les suivants :

Patients suivis en CHU (n=5), suivis dans autre établissement (n=3), perdus de vue (n=5), décédés (n=18), suivi interrompu (démence - cancer évolutif : n=5), patients guéris (n=43), en attente de RVS 12 (n=5), non répondeur NAAD (n=1), en cours de traitement (n=10), en attente de traitement (RCP validée) (n=2), bilan en cours (n=9), non éligible (n=25)

En enlevant de la cohorte les décédés, les arrêts de suivi et les perdus de vue définitif, il reste 98 patients en cours de suivi dans la cohorte : 42 d'entre eux ont été relancés par courrier en 2015, seuls 5 n'ont pas répondu au courrier à ce jour. Sur les 37 répondants à la relance, 14 patients ont guéris suite à la prescription d'un NAAD, 3 sont en attente de RVS, 7 en cours de traitements, 1 dossier validé en RCP, 1 non répondeur aux NAAD et 11 non éligibles. Plus de 50 % des relancés seront donc prochainement considérés comme « guéris »

Ce système de relance a permis de proposer de nombreux traitements au patient de ma cohorte, la plupart ayant été contre indiqués préalablement à l'interféron et présentant des lésions hépatiques évoluées (F3 minimum). Les patients ont été extrêmement touchés et reconnaissants de cette démarche.

A ce jour, sur les 98 patients, seuls 11 n'ont pas eu d'évaluation de la fibrose depuis moins de 2 ans (la plupart étant en cours de bilan). Cette parfaite identification des patients, la connaissance de leur degré de fibrose nous permettent de leur proposer un traitement adapté dès l'élargissement des indications.

Ces excellents résultats nous ont conduits à proposer cette démarche à tous les patients identifiés dans la cohorte d'ici juin 2016, ce travail étant réalisé en collaboration avec les infectiologues grâce à une attachée de recherche clinique. A ce jour, cette cohorte identifie 500 patients VHC +, avec moins de 10 % de perdus de vus.

Les résultats définitifs actualisés seront présentés au congrès.

Cette démarche simple et efficace mériterait d'être connue pour proposer au plus grand nombre des patients identifiés un jour VHC +, un traitement souvent synonyme de guérison.

17 - RESIST, une étude observationnelle prospective multicentrique ANGH-Club de l'Hypertension portale sur les infections à bactéries résistantes au cours de la cirrhose.

Thierry Martin (Saint-Nazaire), Ivan Touze (Lens), Nathalie Talbodec (Tourcoing), Béchir Ould Ahmed (Bry-sur-Marne), Bénédicte Lambaré (Sud-Francilien), Gilles Macaigne (Marne-la-Vallée), Marie-Laure Rabilloud (Vannes), Thomas Brou (Cholet), Carelle Koudougou (La Roche-sur-Yon), Georges Barjonnet (Montélimar), Joanna Pofelski (Annecy), Jean Henrion (Jolimont), Ana Saez (Perpignan), Florence Skinazi (Saint-Denis), Emma Ferrand (Créteil), Faustine Wartel (Valenciennes), Jean-François Cadranel (Creil), Ramuntcho Arotcarena (Pau), Mercedes de Lustrac (Angoulême), Jocelyn Privat (Vichy), Karim Aziz (Saint-Brieuc), Dimitri Konstantinou (Pontivy), Christophe Renou (Hyères), Mohamed Ali Masmoudi (Meaux), Jean-Nicolas Pinho (Cherbourg), Arnaud Pauwels (Gonesse), pour l'ANGH.

Au cours des 15 dernières années, l'épidémiologie des infections bactériennes des patients cirrhotiques a connu des changements importants. L'antibiothérapie probabiliste habituellement prescrite en première intention – céphalosporines de 3ème génération, association amoxicilline-acide clavulanique, ou fluoroquinolones – apparaît de plus en plus souvent inadaptée, notamment en cas d'infection associée aux soins ou nosocomiale. Nous ne disposons cependant que de très peu de données pour la France. Par ailleurs, toutes les études disponibles proviennent de gros centres tertiaires et la situation dans les centres secondaires (CHG) n'a jamais été évaluée.

Les objectifs de cette étude observationnelle, prospective, multicentrique, étaient de préciser dans une cohorte de patients cirrhotiques hospitalisés en CHG ou en CHU pour complication de la cirrhose : 1) la prévalence et le type (communautaire, associée au système de soins, nosocomiale) des infections bactériennes, en particulier selon le type de centre (CHG ou CHU) ; 2) la fréquence et les facteurs de risque des infections résistantes aux antibiotiques usuels et des infections à germes multi-résistants ; 3) l'impact de ces infections à bactéries résistantes sur le pronostic, ainsi que de valider les nouvelles recommandations de l'EASL en matière d'antibiothérapie probabiliste chez ces patients.

La durée prévue pour l'étude était de 6 mois, de janvier à juin 2016. Au 2 mai, 616 patients avaient déjà été inclus par 39 centres (26 CHG, 13 CHU).

Une infection était observée chez environ 1/3 des patients (60% avec germe(s) identifié(s)).

Les résultats de cette étude seront disponibles en septembre prochain.

18 - Observatoire national ANGH des entérites bactériennes à Campylobacter vues dans les Centres Hospitaliers Généraux (CHG).

Marie Trompette (1), Gilles Macaigne (1), Christophe Locher (2), Georges Barjonnet (3), Mehdi Kassi (4), Ramuntcho Arotcarena (5), Magali Picon (6), Jean Louis Payen (7), Maria del Carmen Ortiz Corroero (8), Vincent Quentin (9), Denis Grasset (10), Claire Charpignon (11), Xavier Causse (12), Roger Faroux (13), Frédéric Heluwaert (14), Pierre Lahmek (15), Bertrand Condat (16) Service de Gastro-entérologie de l'Hôpital de Marne la Vallée (1), de Meaux (2), de Montélimar (3), de Cholet (4), de Pau (5), d'Aix en Provence (6), de Bayonne (7), de Perpignan (8), de Saint Brieux (9), de Vannes (10), de Vileneuve Saint Georges (11), d'Orléans (12), de la Roche sur Yon (13), d'Annecy (14), de Limeil Brévannes (15), de Bry sur Marne (16).

Introduction : En cas de syndrome dysentérique aigu évocateur de colite, de nombreux auteurs préconisent un traitement par quinolones en attendant les résultats des coprocultures dans le but de couvrir les infections à Salmonelles. En France, le nombre de cas d'entérite à Campylobacter et leur taux de résistance aux quinolones sont en augmentation constante. De plus, le Campylobacter est une cause majeure de syndrome de Guillain Barré. Buts : Evaluer l'épidémiologie des entérites infectieuses bactériennes avec coprocultures positives et les résistances aux antibiotiques des Campylobacter identifiés dans les populations adultes et pédiatriques à partir des données bactériologiques d'une vingtaine de CHG répartis sur l'ensemble du territoire national. Rechercher d'éventuelles différences épidémiologiques et bactériologiques en fonction des régions françaises. Malades et méthodes : Etude rétrospective multicentrique menée dans une vingtaine de CHG français avec recueil des données épidémiologiques et bactériologiques des coprocultures réalisées dans les 4 établissements entre 2010 et 2015 à partir des logiciels de laboratoire. La totalité des coprocultures positives des populations adultes et pédiatriques a été incluse pour l'analyse avec recueil des données suivantes : âge du malade, date de la coproculture, type de germe mis en évidence, antibiogramme de la bactérie identifiée. Résultats : L'ensemble des résultats sera communiqué le jour du congrès. Actuellement, les résultats concernent 18 hôpitaux généraux représentant 13 régions différentes. Sur la période allant de 2010 à 2015, le nombre coprocultures analysées est de 127 531 dont 4 190



infections à *Campylobacter* (1999 chez les enfants et 2191 chez les adultes) et 2376 infections à *Salmonelles* (1447 chez les enfants

et 929 chez les adultes). Remerciements Ahmed Tsouria (Marne la Vallée) ; Bertrand Condat et Hélène Garrec (Bry sur Marne) ; Christophe Renou et Anne lise Toyer (Hyères) ; Magali Picon et Jenny Gallou (Aix) ; Frédéric Heluwaert (Annecy) ; Jean Louis Payen et Lydie Libier (Bayonne) ; (Cherbourg) ; Mehdi Kassi et Pauline Touroult Jupin (Cholet) ; Bernard Denis et Laurent Souply (Colmar) ; Roger Faroux et Valérie Desroys (La Roche sur Yon) ; Christophe Locher (Meaux) ; Georges Bajonet et Patrick Marthelet (Montélimar) ; Xavier Causse et Didier Marc Poisson (Orléans) ; Ramutcho Arotcarena et Laurent Villene (Pau) ; Maria del Carmen ; Ortiz Corroero et Charlotte pujol (Perpignan) ; Vincent Quentin et Jacques Vaucel (Saint Brioux) ; Denis Grasset et Anne Cady (Vannes) ; Claire Charpignon (Villeneuve Saint Georges)

19 - Cas cliniques. Deux diagnostics de déficit en DPD en une semaine : épidémie?

A. PELAQUIER, G. BARJONET, C. BRUGERE, M. POUSSIER, H. OSMAN, Service d'Hépatogastro-Entérologie et de chirurgie viscérale, CH MONTELIMAR

CAS CLINIQUES

Deux patients de respectivement 68 et 72 ans, en cours de traitement adjuvant par FOLFOX, après colectomie partielle pour néoplasie colique stade III, ont faits l'objet d'une recherche positive en déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD). Ce déficit est partiel pour les deux patients. Le diagnostic a été posé suite à une défaillance multiviscérale (aplasie fébrile profonde, abcès périnéal, ictère, confusion...) débutant à J1 de l'ablation de l'infuseur, lors de la deuxième cure de chimiothérapie, pour le premier patient; et à des neutropénies avec complications infectieuses récurrentes, impactant le bon déroulement du traitement adjuvant et la qualité de vie du deuxième patient. Ces déficits ont été diagnostiqués à une semaine d'intervalle, la gravité du premier patient ayant permis, par retour d'expérience immédiat, d'évoquer la probable mutation du gène DPD du second malade. Des actions d'améliorations ont alors été envisagées, planifiées et mises en œuvre dans le service et en RCP, suite à ces deux événements indésirables liés aux soins. Les déficits en DPD se manifestent principalement au niveau du tractus digestif et de la moelle osseuse, voire du système nerveux central, et peuvent aboutir à une toxicité polyviscérale grave, potentiellement mortelle, chez les patients traités par 5 FU. Elles ont pu être rapportées à des déficits en DPD, partiels ou complets, dont les fréquences dans la population sont estimées à 3-5 % et 0,2 % respectivement. Le dépistage des déficits en DPD, dont le résultat est délivré en 7 à 10 jours, est parfaitement compatible

avec l'administration du 5-FU et des prodrogues orales en pratique clinique courante. Cette recherche doit être accompagnés d'un conseil thérapeutique, puisque le diagnostic de déficit, même majeur, ne contre-indique le plus souvent pas l'administration de fluoropyrimidine, sous réserve d'une surveillance étroite clinique, par dosages pharmacocinétiques et adaptation individuelle des doses. Les enjeux thérapeutiques, et médicaux ne sont donc pas négligeables, et impliquent de rechercher impérativement cette mutation devant toute mauvaise tolérance au 5 FU. Se doit-elle d'être recherchée systématiquement en amont d'un traitement par 5 FU et plus particulièrement avant un traitement adjuvant?

20 - Trois cas cliniques : une seule maladie

Sofia HAMBLI, Thierry PAUPARD. Service d'Hépatogastro-Entérologie. Centre Hospitalier de Dunkerque.

Nous présentons trois cas cliniques d'une seule et même pathologie : 1) Un ictère associé à une forme pseudo tumorale pancréatique, 2) Une cholangite atypique compliquée d'un ictère et 3) Une pancréatite atrophique associée à une RCH, compliquée d'une insuffisance pancréatique exocrine et endocrine. Description des cas cliniques avec imageries et évolutions sous traitement. Synthèse et discussion autour de la pancréatite auto-immune, de la classification (HISORT) et des principes de prise en charge. Proposition d'un projet d'observatoire national via l'ANGH.

21 - Il y a cancer du pancréas.... et cancer du pancréas !

A LIM (1), R FAROUX(1), G GOEGEBEUR(2), P HAMMEL (4) (1)La Roche sur Yon, (2) Challans, (3) Clichy.

Une patiente de 30 ans, sans antécédents particuliers était vue en mars 2011 à la suite de la réalisation d'un scanner TAP pour douleurs atypiques de l'hypochondre gauche. Le scanner retrouvait une lésion tumorale du corps et de la queue du pancréas, de 82 mm de plus grand axe, à centre nécrotique, sans envahissement vasculaire et un foie présentant de nombreux nodules d'allure secondaire diffus et bi lobaires jugés non résécables. Le diagnostic envisagé est celui de tumeur neuro endocrine pancréatique métastatique. La ponction biopsie hépatique permet de poser un diagnostic de tumeur maligne pancréatique avec négativité des marqueurs neuroendocrines. Première séquence de traitement par chimiothérapie selon le protocole GEMCAP en juin 2011. Progression radiologique en décembre 2011 : début d'un traitement par évérolimus permettant une stabilisation de la maladie au niveau pancréatique et hépatique. Spléno pancréatectomie gauche en décembre 2012 et poursuite de l'évérolimus. Transplantation hépatique en Janvier 2014. Pas de traitement complémentaire. Plus de deux ans après

la transplantation la patiente est en vie, sans signe de récurrence. Seront discutés lors de la présentation les formes histologiques rares des cancers du pancréas et la revue de la littérature concernant la tumeur de cette patiente.

22 - APACH : observatoire de l'adénocarcinome du pancréas en centre hospitalier, résultats préliminaires.

R. Faroux (1), A. Raoto(2), R. Yeung(3), F. Khemissa(4), JL. Legoux(5), C. Locher (6), M. Baconnier(7), D. Grasset(8), C. Poupardin (9), G. Macaigne(10), R. Combes(11), I. Bonnet(12), C. Becker (13), V. Quentin (14), A. Pelaquier(15), R.L. Vitte (16), S. Manet-Lacombe (17), M. Blazquez (18), K. Elriz (19), H. Hagege (20) J. Dimet (21) (1)(21) La Roche/Yon ,(2) Avignon ,(3) Jolimont,(4) Perpignan,(5) Orléans, (6) Meaux,(7) Annecy ,(8) Vannes,(9) Montfermeil,(10) Lagny,(11) Niort, (12) Valenciennes, (13) Les Sables d'Olonne, (14) St Brieuc, (15) Montélimar,(16) Poissy,(17) Pontoise,(18) Bry sur Marne, (19) Corbeil-Essonne,(20) Créteil.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas reste un cancer de mauvais pronostic, responsable de 12 000 nouveaux cas par an et de presque autant de décès. On dispose cependant de peu de données en dehors des centres de référence. La présentation et la prise en charge de la maladie dans la vraie vie est mal connue. Objectif principal : décrire sur une large cohorte les caractéristiques épidémiologiques

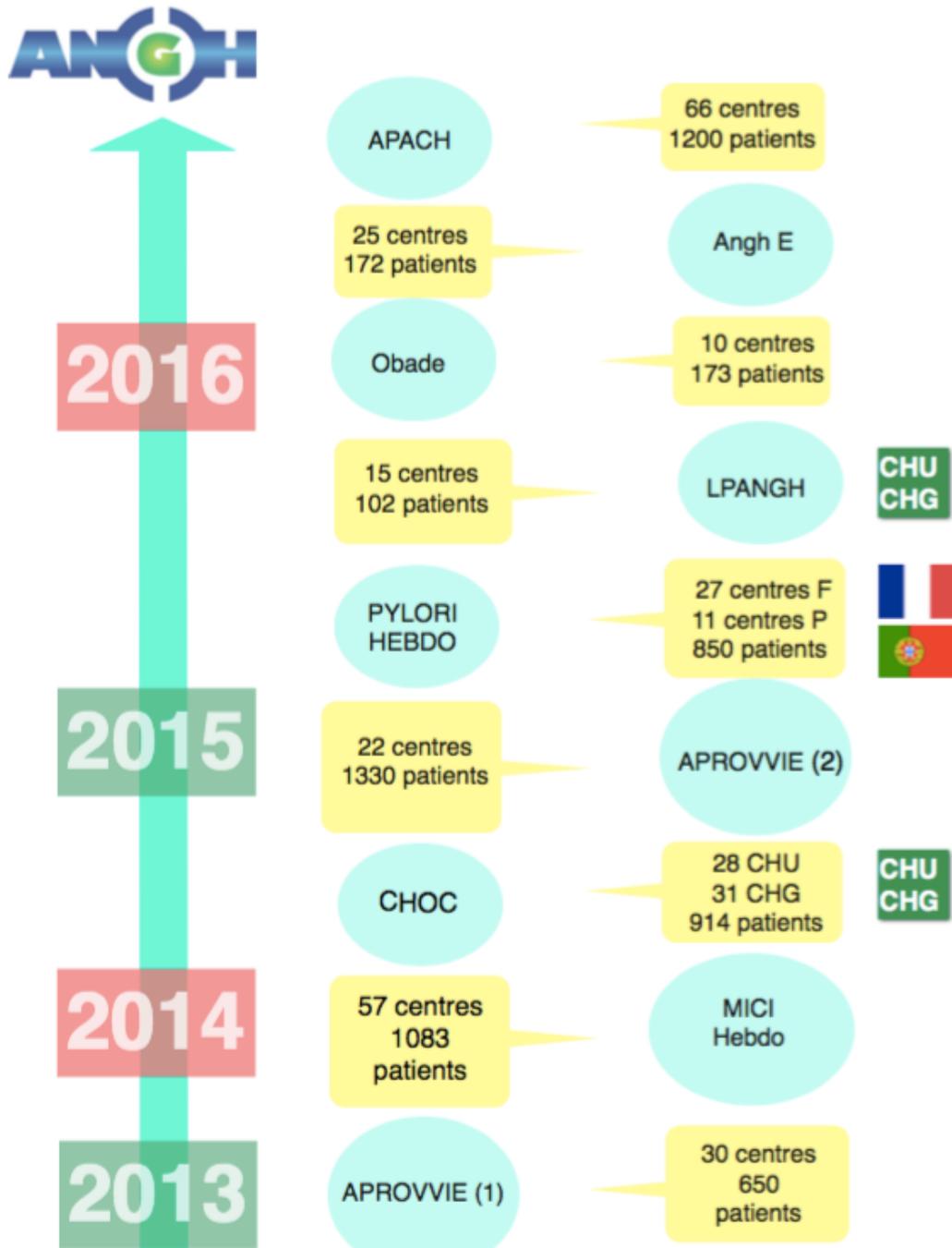
et cliniques actuelles des adénocarcinomes pancréatiques, ses modalités de prise en charge en dehors des centres de référence et évaluer les pratiques professionnelles. Patients et méthodes : D'octobre 2013 à novembre 2015, dans 53 centres de l'ANGH, les patients présentant un adénocarcinome du pancréas avec preuve histologique ou cytologique ont été inclus, de façon exhaustive, dans cet observatoire. Après inclusion et description des données initiales, un suivi était mis en place pour une durée de 5 ans ou jusqu'au décès du patient. Résultats : Les résultats préliminaires, en cours d'analyse, seront présentés lors du congrès.

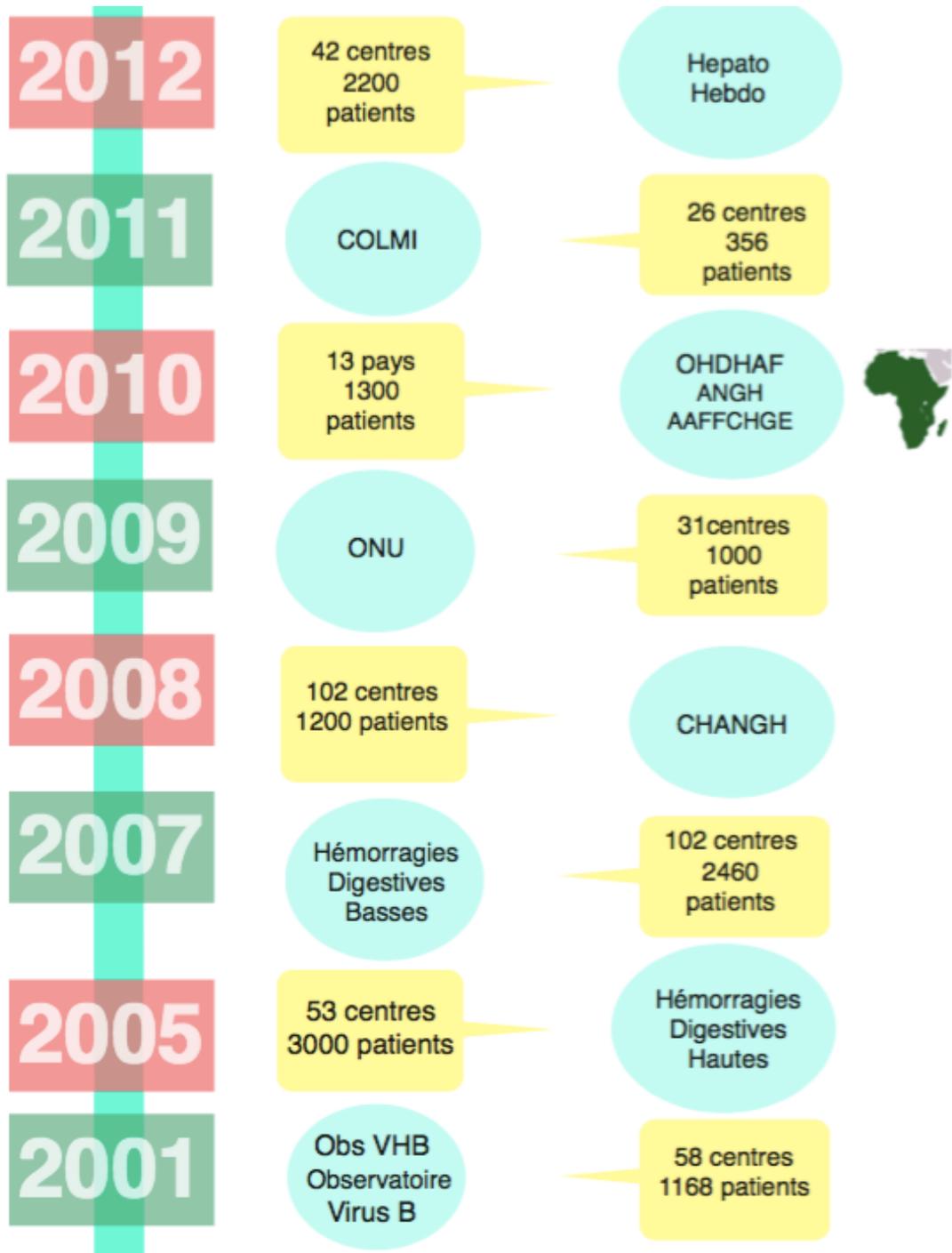
Merci à nos fidèles partenaires industriels pour leur engagement envers l'ANGH



15 ans d'études ANGH

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







In Memoriam

Bruno Bour (Le Mans)



Alain Blanchi est décédé brutalement le 13 Juillet 2016 à l'âge de 65 ans. Antibois d'origine, parisien pour ses études de Médecine et son Internat, il débute sa carrière de praticien hospitalier Médecin des Hôpitaux dans sa ville natale puis est muté en tant que Chef de Service au Mans en 1988. Rapidement membre de l'ANGH, il en intègre très tôt le conseil d'administration.

D'une personnalité discrète mais attentive, et malgré son peu de goût pour la chose administrative, il contribue à l'expansion de la Gastroentérologie mancelle grâce à sa persévérance.

Très apprécié de l'ensemble du personnel de son service, il est rigoureux dans son travail, à l'écoute de ses patients et avide d'apprendre et de transmettre ses connaissances. Il transmet ces valeurs à trois de ses filles qui ont suivi ses pas dans la carrière médicale ou pharmaceutique. Amateur de voile et de voyage, il est un père très aimant.

Préparant un retour aux sources antiboises, il a attendu la réussite au baccalauréat de son dernier enfant pour déménager. Malheureusement, malgré sa persévérance, la vie ne lui a pas laissé le temps...

Adieu Alain !

Cotisation

Isabelle Rosa, Trésorier (Créteil)

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.

PayPlug



Transactions sécurisées en https selon le protocole SSL

Je règle la cotisation par carte bancaire

Le montant de la cotisation a été fixé par le Conseil d'Administration à 35 €. (L'inscription est gratuite pour les assistants spécialistes et les internes)



Règlement par chèque à l'ordre de l'A.N.G.H ou mieux par carte bancaire :

http://www.angh.org/fra/pages_dyna.php?idpage=741

Hépatite virale C

Et si

RVS*

signifiait pour vos patients
Retrouver une Vie plus Sereine

* Hépatite virale chronique