



BÉZIERS 2014

Validation DPC 2014  **CEFA HGE**
College Evaluation Formation Accréditation en Hépatogastro-Entérologie

12-13 SEPTEMBRE • PALAIS DES CONGRÈS •

A lire :

- ✓ Billet d'humeur
- ✓ Programme du congrès
- ✓ Communications
- ✓ Actualités protocoles

n°13
Septembre
2014

Les instances de l'ANGH !

Président

Dr J.P. Arpurt (Avignon)

Présidents d'Honneur :

Dr H. Licht (Saint Denis)

Dr J. Lafon (Aix en Provence)

Dr P. Cassan (Vichy)

Dr B. Nalet (Montélimar)

Dr O. Nouel (Saint-Brieuc)

DR H Hagège (Créteil)

Dr B. Lesgourgues (Montfermeil)

Conseil scientifique

Président Stéphane Nahon Montfermeil

Membres

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Louis Bettan (Villeneuve St Georges)

Dr Xavier Causse (Orléans)

Dr Roger Faroux(La Roche sur Yon)

Dr Jean Henrion (Jolimont)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Gilles Macaigne (Lagny)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Arnaud Pauwels (Gonesse)

Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)

Dr Jean-Louis Payen(Montauban)

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

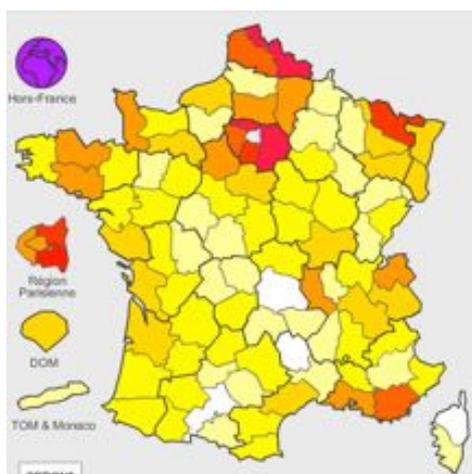
Secrétaire Général

Dr A.J Remy (Perpignan)

Trésorier

Dr I Rosa (Créteil)

La France des adhérents



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

Dépôt légal Janvier 2014 N° ISSN 1964-8278

Conseil d'administration :

Dr R. Arotcarena(Pau)

Dr J.P. Arpurt (Avignon)

Dr A. Blanchi (Le Mans)

Dr C. Bories (Beauvais)

Dr B. Bour (Le Mans)

Dr J.F. Cadranet (Creil)

Dr B Condat (Bry sur Marne)

Dr A. Courillon-Mallet (Villeneuve St Georges)

Dr B. DENIS (Colmar)

Dr J.P. Dupuychaffray (Angoulême)

Dr R. Faroux (La Roche sur Yon)

Dr A. Fleury (Neuilly Sur Seine)

Dr D. Grasset (Vannes)

Dr H. Hagège (Créteil)

Dr J. Henrion (Jolimont- Belgique)

Dr M. Kaassis (Chollet)

Dr B. Lesgourgues (Montfermeil)

Dr C. Locher (Meaux)

Dr G. Macaigne (Lagny)

Dr S. Nahon (Montfermeil)

Dr A. Pauwels (Gonesse)

Dr J.L. Payen (Montauban)

Dr M. Picon (Aix en Provence)

Dr V. Quentin (Saint-Brieuc)

Dr A.J. Remy (Perpignan)

Dr C. Renou (Hyères)

Dr I. Rosa (Créteil)

Dr R.L. Vitte (Poissy)

Notre site Internet

<http://www.angh.org>



C'est le temps de la transition, le président en exercice passe le témoin au président élu au congrès de l'année en cours. Ce fut pour moi une grande joie de piloter notre association ces trois dernières années.

Il ne s'agit pas tout à fait d'un pilotage automatique et l'aide du bureau, du conseil scientifique, des anciens facilitent grandement la tâche. En fin de mandat on a l'impression que le temps s'est bien vite écoulé. La position de l'ANGH au sein de la communauté Hépato-gastroentérologique est bien établie. C'est le fruit d'un travail régulier et durable. Les études et observatoires menés avec ténacité y sont pour une grande part. L'ANGH a forgé en quelque sorte une « Marque » de recherche clinique à travers un réseau réactif. Pendant mon mandat les observatoires colite microscopique (COLMI), des anti protéases de première génération (APROVVIE), les deux enquêtes dites Hebdo HépatoHebdo et Mici-Hebdo (il y aura beaucoup d'autres Hebdo's) n'ont fait que renforcer cette image. La médiatisation de l'ANGH, notamment le site internet, doit matérialiser encore plus le travail de tous les collègues car c'est une sorte de label qui fait son chemin. Nul doute que Jean Pierre Arpurt André Jean Rémy, Isabelle Rosa et Stéphane Nahon, avec votre concours, vont continuer à forger et renforcer notre image de marque « ANGH ».

Je vous remercie tous de votre soutien et de votre travail : il y a encore et toujours des projets dans le pipe line c'est rassurant !

Bruno Lesgourgues
« past » President

Cela fait presque 20 ans que je suis membre de ANGH et pourtant cela partait mal... en effet au début de l'été 95 les membres du bureau de l'époque m'ont contacté car ils souhaitent faire le congrès annuel ANGH 96 en Avignon. Nous avons fixé un RDV pour se rencontrer un samedi mi novembre 95 en tant que local de l'étape et j'ai complètement oublié le RDV ... !!!

En 2000 je suis élu au CA . En 2003, retenu comme représentant ANGH pour les élections du CA de la SFED, j'y suis élu puis réélu en 2009. J' ai fait 2 mandats soit 10 ans.

En juin 2013, notre président Bruno Lesgourgues et son bureau m'ont contacté pour me proposer d'être candidat à la présidence pour 2014. Après un été de réflexion et avis des "anciens", j'ai accepté et été élu (de façon très ANGHienne) en janvier 2014 par le CA .

Je remercie très sincèrement Bruno, les membres du bureau (Isabelle, André-Jean, Stéphane, J-Francois) et tout le CA, pour leur confiance et je suis très honoré de prendre cette présidence . Succéder à Bruno, sera une tâche difficile. Outre ses qualités humaines et professionnelles, sa connaissance et sa pratique de haut niveau de l'informatique lui permettent d'analyser, réagir et répondre en un temps record avec une grande efficacité.

Mon mandat reposera sur 4 axes :

- 1) maintenir la ligne conductrice d' un ancien président L'ANGH est partout !!!
- 2) attirer de jeunes PH de notre spécialité vers notre association pour assurer le renouvellement avec enthousiasme , efficacité et convivialité. Ces qualités, inculquées par les fondateurs , sont la marque de l' ANGH
- 3) créer des commissions spécifiques (Foie,Tube digestif hors MICI, MICI, Endoscopie et VideoCapsule, Cancerologie, Proctologie) afin d'être plus visible vis-à-vis des Sociétés Savantes et de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique et du matériel médical
- 4) accentuer notre participation à la FMC et au CNP-HGE et renforcer l' attractivité de notre congrès annuel

Cette année, à Béziers,

- nous fêterons le départ d'un membre éminent de l'ANGH : Olivier Duhamel. Qu' il soit remercié pour tout ce qu' il a fait pour notre association et pour l'organisation du congrès
- nous expérimenterons le DPC.... sous la houlette de JP Dupuychaffray

Sachant compter sur le soutien du bureau, du CA et des membres actifs, je compte faire de mon mieux pour poursuivre les actions menées par mes prédécesseurs et développer avec les membres de notre association des projets innovants au sein de nos hôpitaux généraux.

Bon congrès 2014 à Béziers

Jean-Pierre Arpurt
Président de l'ANGH

Sommaire

Sommaire	4
Billet d'humeur !	6
Service d'Hépatogastroentérologie de Béziers	7
Le mot de l'artiste	8
Programme	9
Textes des communications	12
1 - Utilisation des prothèses coliques en intention pré-opératoire dans la prise en charge des cancers en occlusion : étude rétrospective multicentrique du pronostic carcinologique.	12
2 - Coloscopies de surveillance induites par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemocult : étude de cohorte en population	12
3 - L'endoscopie d'astreinte en Centre Hospitalier Général	13
4 - Evaluation des indications et des résultats de la coloscopie: démarche qualité dans le cadre du Développement Professionnel Continu. L'expérience du CHIC depuis 2006.	13
5 - GIFE	14
6 - Fermeture endoscopique par clip de type Ovesco® d'une fistule gastro cutanée secondaire à l'ablation définitive d'une GPE.	14
7 - Découverte coloscopique fortuite d'une perforation du colon par une électrode de Pace maker, deux ans et demi après sa pose.	14
8 - Le clip du président	15
9 - Conférence : « Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? »	15
10 - Enquête de pratique sur l'utilisation de l'albumine chez le patient cirrhotique (ALBU-LIVE)	16
11 - Présentation clinique et pronostic des endocardites bactériennes chez les patients atteints de cirrhose, à partir d'une série multicentrique de 78 observations.	16
12 - Conférence : «Adénocarcinome du pancréas : du métastatique au dépistage».	17
13 - Hyperémèse cannabinique et syndrome de la douche chaude compulsive: à propos d'un cas	17
14 - Une hépatite E aggravant une cirrhose NASH et persistante plus de 6 mois en l'absence d'immunosuppression.	17
15 - Cas clinique : diarrhée sévère avec atrophie villositaire étendue	18
17 - Traitement pré-emptif à l'épreuve de l'EPP	19
Enquête de pratiques et efficacité d'une formation dans les hôpitaux généraux.	19
18 - Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la pertinence des prescriptions des IPP dans un centre hospitalier général : résultats de la seconde enquête de pratique réalisée après mise en place d'actions d'amélioration.	20
19 - MICI_HEBDO: enquête sur les maladies inflammatoires de l'intestin dans les centres hospitaliers généraux de l'ANGH du 2 au 15 septembre 2013	20
20 - Séance protocoles	21
21- Conférence : « Le syndrome LPAC : de la génétique à la clinique ».	21
22 - Impact des traitements anticoagulants et anti-agrégants plaquettaires sur la morbi-mortalité des hémorragies de l'hypertension portale sur cirrhose	21
23 - Carcinome hépatocellulaire : la vie après CHANGH, à propos d'une cohorte de 133 patients pris en charge dans un hôpital général	22
24 - La place du carcinome hépatocellulaire (CHC) dans une cohorte de 835 cirrhoses colligées pendant 20 ans : Analyse	

en fonction de l'étiologie de la cirrhose, des circonstances de diagnostic et de la période d'inclusion.	22
25 - Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan par une IDE en lieu et place d'un médecin /une histoire simple et très compliquée .	23
26 - Traiter l'hépatite C chez des usagers de drogue en grande précarité : l'expérience de l'équipe mobile hépatites de Perpignan	23
27 - Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité : Expérience aux Resto du cœur.	24
28 - Conférence : « Traitement médicamenteux de l'addiction à l'alcool ».	25
Les gardes d'endoscopie dans les hôpitaux généraux	26
Paroles aux associations Association France Côlon	27
Informations sur les travaux de l'ANGH	28

Cette réunion n'aurait pas lieu sans la fidélité de nos partenaires industriels et leur soutien institutionnel



Billet d'humeur !

Notre prochain congrès aura lieu à Béziers, à l'occasion du départ en retraite de notre collègue et ami Olivier Duhamel. Que retenir de Béziers (à part les résultats des dernières élections municipales) ? La mise à sac de la ville lors de la croisade des albigeois de 1209 avec le grand masèl (grande boucherie en occitan), avec la célèbre phrase (probablement apocryphe) du légat pontifical Arnaud Amaury : « **tuez les tous, Dieu reconnaîtra les siens !** » ou la polémique provoquée en 2007 par les propos médiatiques sur le trop plein de personnel dans les hôpitaux publics tenus par un directeur de clinique locale devenu depuis président national de la fédération de l'hospitalisation privée « le personnel de l'hôpital en trop, qui boit le café et traîne dans les couloirs... ce n'est pas à la Sécurité Sociale de le payer » (Midi Libre du 13 novembre 2007)... Au-delà de ces propos outranciers, se pose en 2014 dans chacun de nos services un problème d'organisation médicale avec la mise en application par **un arrêté ministériel du 8 novembre 2013** de la directive européenne transformant le temps d'astreinte en temps de travail : « *Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et ils sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien* ». Oui c'est dit mais comment faire en pratique ?

1/ Ignorer l'arrêté et continuer « comme avant » et venir le matin assurer des activités programmées, consultations et endoscopies, avec le risque médico-légal de ne plus être assuré en cas de complication et/ou de plainte ? « Madame, Monsieur, vous avez effectué dans les règles de l'art une coloscopie le mardi 17 juin au matin qui s'est compliquée d'une perforation alors que vous étiez d'astreinte le lundi 16 juin. Pourquoi n'étiez vous pas « en repos quotidien » comme votre direction vous l'avait demandé ? Signé votre dévoué assureur ! »

2/ Organiser son activité en fonction des déplacements éventuels : je ne me déplace pas j'assure mes consultations et mes endoscopies ; je me déplace, j'annule ou je laisse cette surcharge de travail à mes collègues...

3/ Systématiser le repos quotidien en ne venant pas travailler le lendemain matin d'une astreinte (du mardi au vendredi) et le lundi toute la journée après un weekend d'astreinte et cela sans augmentation du temps médical, ce qui revient à enlever 6 demi-journées de présence médicale soit 0.6 ETP de PH...

Aucune solution n'est idéale et faire le choix entre 1/ le risque médico-légal 2/ le burn out 3/ la diminution d'activité est difficile.. A chaque équipe de se positionner !

Bonne réflexion et bon congrès

André-Jean REMY
Secrétaire Général



Arnold Amaury Wikipedia domaine public

Service d'Hépatogastroentérologie Béziers



L'hôpital Montimaran est construit depuis 1995, de structure moderne, clair, très fonctionnel il héberge les services de neurologie, pneumologie, cardiologie, hématologie, médecine interne, et gastro-entérologie et les chirurgies viscérale, thoracique, urologique, vasculaire et orthopédique.

Notre service de Gastro-entérologie fait partie d'un vaste pôle médico chirurgical VTHCA : viscéral, thoracique, cancérologie, addictologie.

Le service comporte 46 lits séparés en 2 unités, l'une de 36 lits d'hépatogastro-entérologie et cancérologie digestive, l'autre de 10 lits d'addictologie ; chacune avec son personnel paramédical dédié. S'y ajoutent des lits d'hospitalisations ambulatoires et des lits d'hôpital de semaine situés au sein d'unités séparées.



Les médecins travaillent tous en gastroentérologie dont 2 d'entre eux aussi en addictologie et 2 autres en oncologie.

Nous sommes 5 temps plein : Olivier Duhamel, Yann Le Bricquier, Ana Pigui, Mohamed Ramdani, Anne Rento, 1 temps partiel : Valérie Hyrailles, 1 assistant : Ali Issa et 2 vacataires : Jean Paul Carle et Claude Del Vasto. Tous participent aux astreintes opérationnelles, les temps plein 1 nuit/semaine et 9 à 10 jours fériés/an les autres 3 à 6 jours feries/an. Tous les 6 mois nous recevons 4 internes, 1 de gastro-entérologie et 3 de médecine générale.

Les consultations de gastroentérologie se font dans le service et celles d'addictologie dans l'hôpital Perréal situé près du centre ville, et là, 5 autres médecins y ont des vacances. L'activité est importante et toutes les techniques de gastro-entérologie se font dans le service...sauf la greffe de foie.

Béziers a beaucoup d'atouts en dehors de l'hôpital. Les plages sont à 15 km, les Pyrénées et les Cévennes sont proches, l'enseignement secondaire public et privé y est bien représenté, ainsi qu'une partie universitaire et les activités culturelles (nombreux théâtres, 2 cinémas multiplex, 1 conservatoire de musique ou danse) sont bien présentes; La Feria du 15 août est un grand moment festif de cette ville qui a des arènes pour des corridas. Il est facile d'y avoir des occupations associatives. Le vignoble est redevenu une bonne activité économique et mérite vos dégustations.



A Béziers on travaille bien dans une excellente ambiance

et

on y trouve son bonheur !

Le mot de l'artiste

Jacques Gison s'adonne à la peinture depuis de nombreuses années.

Il est l'auteur de la peinture qui illustre l'affiche de notre congrès 2014... laissons lui la parole !



Parmi les conduites addictives la peinture est probablement celle qui laisse le plus de traces.

C'est pourquoi il me sera possible de présenter à votre chapitre un panel de 40 ans d'activité. N'appartenant à aucune école et n'ayant pas eu de maître en la matière, je soumettrai à votre perspicacité un ensemble représentatif de mon travail.

J'ai demandé, préalablement, à deux d'entre vous, les meilleurs, bien sûr, vos présidents, d'effectuer une sélection des tableaux qu'ils considèrent comme les plus dignes d'intérêt.

Il me sera alors possible de présenter quelques remarques personnelles sur leur choix.

Il s'agira d'une étude sur deux cas, en double aveugle, exercice difficile en matière de peinture.

Enfin, en fonction de vos commentaires, je demanderai à l'auditoire s'il est envisageable que je puisse former des élèves, chose qui ne m'est jamais arrivée.



J. Gison.



Programme

Vendredi 12 septembre

14h - 14h10 : Allocution présidentielle

14h10 - 14h20 : Accueil des personnalités locales



14h20 – 16h04 : -Session validante DPC - Communications originales, cas cliniques et conférence

Modérateurs : Florence Skinazi (Saint-Denis), Olivier Duhamel (Béziers)

14h20 – 14h32 : Utilisation des prothèses coliques en intention pré-opératoire dans la prise en charge des cancers en occlusion : étude rétrospective multicentrique du pronostic carcinologique. V Quentin, P Pequin, B Bour, A Pélaquier, AJ Rémy, B Denis, A Boruchowicz, C Locher, D Bernardini, R Faroux, F Heluwaert, G Macaigne, D Grasset, J Privat, JP Arpurt, L Falize, M Kaassis, RL Vitte, S Nahon, R Arotcarena

14h32 - 14h44 : Coloscopies de surveillance induites par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemoccult : une étude de cohorte en population. B Denis, I Gendre, P Perrin, pour les gastroentérologues du Haut-Rhin et ADECA Alsace
14h44 - 14h56 : L'endoscopie d'astreinte en Centre Hospitalier Général. B Tissot, A Bianchi, B Bour, C Pilette, A Maurin. Centre Hospitalier le Mans.

14h56 – 15h08 : Evaluation des indications et des résultats de la coloscopie: démarche qualité dans le cadre du Développement Professionnel Continu. L'expérience du CHIC depuis 2006. AL Audrain, T Lons, I Rosa Hezode, L Costes, D Gillot, B Pellat, M Trompette, J Netter, H Hagege. Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

15h08 – 15h20 : Association du GIFE : Présentation du GIFE : Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie. C Barrué

15h20 – 15h32 : Cas clinique : Fermeture endoscopique par clip de type Ovesco® d'une fistule gastro cutanée secondaire à l'ablation définitive d'une GPE. V Quentin (1), C Alleaume (2), A Marusu (2), P Zavadil (1). (1) Hépatogastroentérologie, (2) Oncologie. Hôpital de Saint Brieuc

15h32 – 15h44 : Cas clinique : Découverte coloscopique fortuite d'une perforation du colon par une électrode de Pace maker, deux ans et demi après sa pose. Elriz K, Lambaré B. Service d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie digestive, Centre Hospitalier Sud Francilien

15H44 : « Le clip » du Président

15h44 – 16h04 : Conférence : « Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? ». B Denis (Colmar)

16h04 – 16h34 : Pause (JP Dupuychaffray se tient à votre disposition au cours des pauses pour toutes vos questions concernant le DPC et l'accréditation)

16h34 – 17h54 : Communications originales, cas cliniques et conférence
Modérateurs : Séverine Hommel (Aix-en-Provence), Bruno Bour (Le Mans)

16h34 – 16h46 : Enquête de pratique sur l'utilisation de l'albumine chez le patient cirrhotique (ALBU-LIVE). J-F Cadranel (Creil), A Garioud (Creil), A Pauwels (Gonesse), pour le groupe de travail ALBU-LIVE

16h46 – 16h58 : Présentation clinique et pronostic des endocardites bactériennes chez les patients atteints de cirrhose, à partir d'une série multicentrique de 78 observations. J-F. Cadranel (1), M. Allaire (2), H. Blasco-Perrin (3), T. Thévenot (4), C. Chagneau-Derrode (5), E.-A. Pariente (6), A. Garioud (7), H. Lison (1), X. Causse (8), X Adhoute (9), J.-B. Nousbaum (10), I. Rosa- Hezode (11), V. Jouannaud (12), T.-M. Antonini (13), J. Denis (14), E. Sarlon (1), G. Le Folgoc (9), I. Ollivier-Hourmand (2), V. Di Martino (4), C. Silvain (5), X Amiot (7), M. Bakkar (8), M. Bourlière (9), J.-D. Grange (7), H Hagege (11), B. Lesgourgues (12), C. Bureau (3), T. Dao (2) , ENDOCC group (15) and ANGH (16). (1) Creil; (2) Caen; (3) Toulouse; (4) Besançon; (5) Poitiers; (6) Pau; (7) Paris; (8) Orléans; (9) Marseille; (10) Brest; (11) Créteil; (12) Montfermeil; (13) Villejuif; (14) Corbeil-Essonnes, (15) groupe ENDOCC (16) ANGH

16h58 – 17h18 : Conférence : «Adénocarcinome du pancréas : du métastatique au dépistage». P Hammel (Beaujon)

17h18 – 17h30 : Cas clinique : Hyperémèse cannabinique et syndrome de la douche chaude compulsive: à propos d'un cas. R Combes, R.Vignet, A Issa, A Rento-Dubois, O Duhamel. Service de gastro-entérologie, unité d'addictologie, Béziers

17h30 – 17h42 : Cas clinique : Une hépatite E aggravant une cirrhose NASH et persistante plus de 6 mois en l'absence d'immunosuppression. Petitdidier N, Condat B, Zanditenas D, Bonnet J, Ould-Ahmed B, Ngo Y, Blazquez M, Service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Saint-Camille, Bry-Sur-Marne

17h42 – 17h54 : Cas clinique : Diarrhée sévère avec atrophie villositaire étendue. S de Montigny-Lenhardt, CH Aubagne **et** Une cause rare de diarrhée chronique sévère. H Salloum (1), E Joanny (1), MA Masmoudi (1), JF Boivin (2), N Brousse (3) M Prieto (1) C Locher (1). (1) Hépatogastroentérologie, CH Meaux (2) Anatomopathologie, CH Marne La Vallée, (3) Anatomopathologie, CHU Necker

17h55 – 18h55 : Assemblée générale. JP Arpurt

Samedi 13 septembre

08h30 - 10h31 : Communications originales, protocoles, conférence, remise du prix du meilleur cas clinique.

Modérateurs : Arnaud Boruchowicz (Valenciennes), Mohamed Ramdani (Béziers)

8h30 – 8h42 : Traitement pré-emptif à l'épreuve de l'EPP. Enquête de pratiques et efficacité d'une formation dans les hôpitaux généraux. J-L Payen 1, C Barthe (1), X Causse (2), O Ink (3), C Renou (4). (1) CH Montauban, (2) CH Orléans, (3) CH Soissons, (4) CH d'Hyères

8h42 – 8h54 : Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la pertinence des prescriptions des IPP dans un centre hospitalier général : résultats de la seconde enquête de pratique réalisée après mise en place d'actions d'amélioration. G Macaigne (1), C Saint-Laurent (2), C Cuvelier (2), F Harnois (1), B Loison (2). (1) service de gastro-entérologie, (2) pharmacie. Centre Hospitalier de Marne la Vallée.

8h54 - 9h06 : MICI-HEBDO: enquête sur les maladies inflammatoires de l'intestin dans les centres hospitaliers généraux de l'ANGH du 2 au 15 septembre 2013. S. Nahon (1), P. Lahmek (2), T. Paupard (3), B. de Vroey (4), G. Macaigne (5), M. Boualit (6), L. Costes (7), K. Elriz (8), A. Techy (9), J.-M. Maisin (4), B. Bour (10), B. Nalet (11), J. Bonnet (12), B. Mesnard (13), A. Courillon-Mallet (14), O. Nouel (15), B. Coulibaly (16), I. Dadamessi (17), B. Lesgourgues (1). (1) Montfermeil; (2) Limeil-Brévannes; (3) Dunkerque; (4) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE; (5) Lagny-sur-Marne; (6) Valenciennes; (7) Créteil; (8) Corbeil-Essonnes; (9) Roubaix; (10) Le Mans; (11) Montélimar; (12) Bry-sur-Marne; (13) Tourcoing; (14) Villeneuve-Saint-Georges; (15) Saint-Brieuc; (16) Avignon; (17) Saint-Quentin

9h06 – 10h06 : Protocoles : S Nahon (Montfermeil)

10h06 – 10h26 : Conférence : « Le syndrome LPAC : de la génétique à la clinique ». S Erlinger (Aix-en-Provence)

10h26 – 10h31 : Remise du prix du meilleur cas clinique

10h31 – 11h00 : Pause (JP Dupuychaffray se tient à votre disposition au cours des pauses pour toutes vos questions concernant le DPC et l'accréditation)

11h00 - 12h32 : Communications originales et conférence.

Modérateurs : Serge Erlinger (Aix-en-Provence), Bertrand Condat (Bry-sur-Marne)

11h01 – 11h13 : Impact des traitements anticoagulants et anti-agrégants plaquettaires sur la morbi-mortalité des hémorragies de l'hypertension portale sur cirrhose. Le Bricquier Y (Béziers), Rémy AJ (Perpignan), Cadranel JF (Creil), Causse X (Orléans), Dadamessi I, (Saint-Quentin), Aziz K (Saint-Brieuc), Elriz K (Evry-Corbeil), Pofelski J (Annecy), Bellaiche G (Aulnay s/Bois), Bramli S (Avignon), Lamare L (Lorient), Ah-Soune P (Toulon), Skinazi F (Saint-Denis), Dupuychaffray JP (Angoulême), Pariente A (Pau), Henrion J (Jolimont), Vitte RL (Poissy), Bour B (Le Mans), Seyrig JA (Pontivy), Dewaele F (La Roche-sur-Yon), Macaigne G (Lagny), Zerouala F (Meaux), de Montigny S (Aubagne), Payen JL (Montauban), Jouannaud V (Monfermeil), Doumet S (Villeneuve Saint-Georges), Guivarch P (Castres), Donato L, (Vernon), D'Harondel C (Provins), Pélaquier A (Montélimar), Pauwels A (Gonesse), pour l'ANGH ; Thabut D, pour le CFHTP

11h13 – 11h25 : Carcinome hépatocellulaire : la vie après CHANGH, à propos d'une cohorte de 133 patients pris en charge dans un hôpital général. Faiza Khemissa-Akouz (1), Philippe Akessoul (1), Guibal Aymeric (2), Sofiane Dahmouni (1), Caroline Amouroux (1), Mahadi Kouaouci (1) , Andre-Jean Remy(1). (1) Service d'hepatogastroentérologie (2) Service de radiologie , centre hospitalier de Perpignan

11h25 – 11h37 : La place du carcinome hépatocellulaire (CHC) dans une cohorte de 835 cirrhoses colligées pendant 20 ans : Analyse en fonction de l'étiologie de la cirrhose, des circonstances de diagnostic et de la période d'inclusion. J Henrion, M De Vos, S De Maeght, P Deltenre, Centre Hospitalier de Jolimont, Haine-Saint-Paul, Belgique.

11h37 – 11h49 : Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan par une IDE en lieu et place d'un médecin /une histoire simple et très compliquée. Nouel O, Tréguier C, Saint-Brieuc

11h49 – 12h01 : Traiter l'hépatite C chez des usagers de drogue en grande précarité : l'expérience de l'équipe mobile hépatites de Perpignan. Rémy André-Jean (1,2,3), Wenger H (1), Bouchkira H (1), Roth Y (1,2), Senezergues A (3), Amouroux C (1), Dahmuoni S (1,3), Khemissa F (1), Kouaouci M (1) Heran B (1). (1) Equipe Mobile Hépatites, (2) Service d'Hépatogastroentérologie, (3) UCSA Centre Hospitalier de Perpignan

12h01 – 12h13 : Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité : Expérience aux Resto du cœur. B Bour 1, F Souala 2, H Hagège 3 G d'Abriègeon 4, L Bettan 5 I Flechard 6, M Manceau 7, M Bœuf 8. 1- CH Le Mans, 2- CHU Rennes, 3- CHIC Créteil 4-CH Montélimar, 5- CH Villeneuve Saint Georges, 6- CDAG, CH Le Mans, 7- Resto du Cœur Le Mans, 8- Roche.

12h13 – 12h33 : Conférence : « Traitement médicamenteux de l'addiction à l'alcool ». P Perney (Nîmes)

12h33 – 12h45 : Le mot de l'artiste. J Gislou (Béziers)

12h45 : Adieux émus....

Textes des communications

1 - Utilisation des prothèses coliques en intention pré-opératoire dans la prise en charge des cancers en occlusion : étude rétrospective multicentrique du pronostic carcinologique.

V Quentin, P Pequin, B Bour, A Pélaquier, AJ Rémy, B Denis, A Boruchowicz, C Locher, D Bernardini, R Faroux, F Heluwaert, G Macaigne, D Grasset, J Privat, JP Arpurt, L Falize, M Kaassis, RL Vitte, S Nahon, R Arotcarena

Nous avons récemment communiqué sur la pratique de pose de prothèse colique dans les centres hospitaliers généraux (CHG) en pathologie tumorale, toutes indications confondues (1). L'activité des hôpitaux généraux dans cette étude semblait concordante aux centres référents en termes d'indications et de résultats. Actuellement, la controverse repose sur l'utilité de cette technique en pré-opératoire selon la technique dite de « bridge to surgery » en terme de pronostic carcinologique et de résultats chirurgicaux (2-4).

Il est proposé une étude rétrospective descriptive nationale au sein de 20 centres de l'association nationale des hépato-gastroentérologues des hôpitaux généraux (ANGH) centrée sur les patients ayant été traités dans cette indication afin d'observer leur évolution à long terme.

Objectif principal : Taux de survie sans récurrence carcinologique à 3 ans de la pose de prothèse colique
OBJECTIFS SECONDAIRES : Description du taux de complications et de mortalité en post opératoire (J 30), Evaluation carcinologique à 3 et 5 ans, Evaluation des pratiques de pose de prothèses coliques en pré opératoire de tumeurs colo-rectales dans les CHG par une étude rétrospective descriptive simple (comparaison des résultats à ceux de la littérature).

Patients

Seront inclus dans un premier temps tous les patients ayant eu un code T2A de prothèse colique entre le 01/01/2008 et le 31/12/2010 afin d'étudier la population globale. Puis seront isolés les patients traités en intention pré-opératoire curative, ce groupe constituera le cœur de l'étude. Cette intention curative regroupant les patients non métastatiques mais aussi les patients dont les métastases sont considérées comme secondairement résecables. Sont exclus les patients dont l'indication est une tumeur extra colique ou une compression sur carcinose.

Méthode

Le recueil des données s'effectuera dans chaque centre par chaque investigateur via un tableur Excel. L'investigateur principal centralisera l'ensemble du recueil pour analyse statistique. Les items étudiés seront : mois et année de naissance, âge au diagnostic, sexe, année de pose, syndrome occlusif, métastases, intention palliative/bridge, localisation tumorale, récurrence anastomotique, longueur prothèse, marque, problème technique, complication, délai complication, succès clinique, nombre de jours d'hospitalisation, délai décès, traitement post prothèse, chirurgie de la tumeur primitive, délai, stomie définitive, chirurgie en un temps, complication J30, durée hospitalisation, stade TNM, stade UICC, traitement post chirurgical, évolutivité néoplasique, délai évolutivité, délai survie/décès, vivant au 31/12/2013. Une déclaration au CCTIRS est en cours, puis une déclaration à la CNIL sera réalisée.

Résultats

Les résultats ne sont actuellement pas disponibles, seuls 3 centres sur les 20 ayant transmis leur tableur à la date de soumission des résumés pour le congrès de l'ANGH de Béziers 2014. Les principaux résultats disponibles fin mai seront transmis au conseil scientifique de Toulon.

Références

1. Quentin V et al. Utilisation des prothèses coliques en pathologie tumorale dans les hôpitaux généraux. Etude rétrospective dans 4 centres en 2009-2010. JFHOD 2012.
2. Van Hooft JE et al. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicenter randomized trial. *Lancet Oncol*;2011;12:344-52.
3. Tan CJ et al. Systematic review and meta analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left sided large bowel obstruction. *Br J Surg* 2012;99:469-76.
4. Sagar J. Colorectal stents for the management of malignant colonic obstructions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11:CD007378.

2 - Coloscopies de surveillance induites par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemocult : une étude de cohorte en population

B Denis, I Gendre, P Perrin, pour les gastroentérologues du Haut-Rhin et ADECA Alsace

Il a été démontré dans plusieurs pays que la surveillance par coloscopie est souvent excessive chez les personnes à faible risque et insuffisante chez celles à haut risque. Elle n'a jamais été évaluée en France ni dans le cadre d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal (DO CCR).

Buts : évaluer les pratiques de surveillance coloscopique dans le programme Français de DO CCR par Hemocult.

Méthodes : Etude rétrospective des coloscopies de surveillance (C2) réalisées dans une cohorte de personnes à risque moyen explorées par coloscopie pour Hemocult positif (C1) entre 2003 et 2005 dans le Haut-Rhin,

département pilote : toutes les C1 avec polype(s) ou cancer (C1aN) étaient incluses ainsi qu'un échantillon de 300 C1 normales (C1N). Seules les coloscopies étaient comptabilisées, à l'exclusion des recto-sigmoïdoscopies. Trois sources d'information étaient sollicitées : les patients et les gastroentérologues (GE) systématiquement et les médecins généralistes ponctuellement. La conformité des C2 était évaluée avec une marge de 6 mois par rapport au délai recommandé (HAS 2004).

Résultats : 343 (22%) personnes étaient exclues de l'analyse, dont 95 dont la C2 avait un motif autre que surveillance, 81 décédées, 40 (2.6%) perdues de vue, 95 dont le résultat de la C1 ne permettait pas d'établir une date de surveillance recommandée incontestable et 24 à haut risque. 1203 personnes étaient évaluées (âge moyen 63 ans, 59% d'hommes, 991 avec C1aN et 212 avec C1N) avec un suivi médian de 8.4 ans (1.1 – 9.8). Les coloscopies étaient réalisées par 34 GE, les C2 par le même opérateur qu'en C1 dans 80% des cas. Le taux de C2 conformes variait de 20 à 63% selon le GE, celui de C2 prématurées de 0 à 47% et celui de C2 trop tardives de 11 à 80%. La probabilité cumulée d'avoir eu une C2 à 5 ans était de 88% dans le groupe cancer, 63% dans le groupe adénome à haut risque, 29% dans celui à faible risque et 5% dans celui sans néoplasie (respectivement 63%, 29%, 7% et 1% à 3 ans). La probabilité de ne pas avoir eu de C2 à 8 ans était respectivement de 7%, 23%, 43% et 87% dans les mêmes groupes. 25% des personnes avec lésion néoplasique à la C1 avaient échappé à toute surveillance. Ce taux était significativement supérieur chez les 65-74 ans (31%) que chez les 50-64 ans (20%) ($p < 0.001$), sans différence liée au sexe. Seuls 25 (5%) défauts de surveillance étaient justifiés par une comorbidité intercurrente. Le taux de C2 prématurées était de 25% dans le groupe des 126 C1 avec réserve sur la qualité de la préparation, non significativement différent de celui de 20% du groupe des 1077 sans réserve exprimée ($p = 0.2$).

Conclusions : Une coloscopie anormale sur 4 bénéficie d'une surveillance conforme aux recommandations en vigueur, une sur 4 d'une surveillance excessive, une sur 4 d'une surveillance insuffisante et une sur 4 échappe à toute surveillance. Une coloscopie normale sur 7 bénéficie d'une surveillance excessive. Ce mésusage des coloscopies de surveillance devrait être comptabilisé dans les effets indésirables du programme de DO CCR. Les structures de gestion pourraient contribuer à améliorer le suivi par coloscopie des personnes dépistées dans le programme national de DO CCR.

3 - L'endoscopie d'astreinte en Centre Hospitalier Général

Bertrand Tissot, Alain Blanchi, Bruno Bour, Christophe Pilette, Arnaud Maurin

Nous rapportons notre expérience de l'endoscopie d'astreinte dans un CHG sans service d'accueil propre aux hémorragies digestives, avec un service d'endoscopie qui fonctionne tous les jours de 9H à 17H et le samedi matin, et avec une astreinte de sécurité d'un PH senior sans assistance spécialisée.

Sur 2 ans, entre juin 2009 et mai 2011, 134 EA ont été réalisées chez 119 patients d'âge moyen 65 ans +/- 19 ans (1-95) avec 64% d'hommes. En moyenne 4,8 +/- 1,5 EA étaient faites par mois (3-8). 75% des EA étaient faites les Week End ou jour férié, 25% en semaine. 66% des endoscopies faites les Week End et Jour fériés étaient faites entre 09:00 et 18:00. L'EA était dans 84% une fibroscopie et dans 16% une coloscopie. Seules 27% des EA étaient faites avec une anesthésie : en USC, en réanimation ou au bloc opératoire. 77% des examens étaient réalisés dans de bonnes conditions de sécurité (avec une IDE et une AS, une surveillance hémodynamique et oxymétrique) et 23% dans des services de Médecine ou Chirurgie avec le personnel du service.

Un geste thérapeutique était fait pour 53 EA (40%) et consistait en une hémostase dans 33 cas (25%), une extraction de corps étrangers dans 12 cas et une exsufflation colique dans 8 cas. Les 33 gestes d'hémostase étaient réalisés pour 32 au cours d'une fibroscopie, pour 1 au cours d'une coloscopie. Une anesthésie était faite pour 6 (18,2%) des hémostases, 4 (33%) extractions de corps étrangers et 2 (25%) des exsufflations coliques. Parmi les 32 patients ayant une hémostase per fibroscopie, 9 (28%) avaient une hémorragie nosocomiale, le score moyen de Blatchford était de 14 +/- 2.5 (7-19), le score moyen de Rockall était de 7.1 +/- 1.6 (3-9).

Techniquement, l'hémostase était faite par injection seule 27 fois (81%), ligature seule 4 fois, les 2 associées 1 fois, injection puis clip 1 fois. 19 patients (61%) nécessitaient la transfusion de 4 culots globulaires ou plus, 23 (72%) avaient au moins une autre endoscopie (en moyenne 2,3 +/- 1,1). L'hémostase endoscopique était en échec pour 6 patients (19%) : 3 étaient opérés, dont 1 patient à deux reprises, 3 bénéficiaient de la pose d'un TIPS. La durée moyenne d'hospitalisation était de 18,3 jours +/- 16. 6 patients décédaient au cours de l'hospitalisation (mortalité hospitalière 22% IC95% 0,09-0,4).

L'EA est marginale (2,25% des fibroscopies annuelles) mais associée à un geste thérapeutique pour 40% des examens et à une mortalité hospitalière de 22% lorsqu'un recours à l'hémostase est nécessaire en fibroscopie. L'amélioration des conditions techniques (clip, électrocoagulation) passe par la création d'une astreinte d'IDE d'endoscopie.

4 - Evaluation des indications et des résultats de la coloscopie: démarche qualité dans le cadre du Développement Professionnel Continu. L'expérience du CHIC depuis 2006.

AL Audrain, T Lons, I Rosa Hezode, L Costes, D Gillot, B Pellat, M Trompette, J Netter et H Hagège. Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil. 94000 Créteil Cedex.

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est actuellement intégrée dans le Développement Professionnel Continu ou DPC, qui s'impose à tout médecin depuis 2013.

Depuis 2006, nous avons mis en place une politique d'EPP en choisissant comme thème de réflexion la coloscopie. Tous les 2 ans, durant 4 mois consécutifs, nous avons analysé les indications, les résultats, la

morbi-mortalité de toutes les coloscopies réalisées dans le service. Nous avons également étudié l'adéquation ou non des indications par rapport aux référentiels existants : indication de l'endoscopie digestive basse en population générale, hors dépistage organisé (ANAES 2004) et protocole de surveillance post polypectomie (HAS novembre 2013) pour la dernière période de 2014 en cours d'analyse.

Notre travail a porté sur 267 examens en 2006, 272 en 2008, 351 en 2010, 335 en 2012 et plus de 400 en 2014 (recueil en cours). De nombreux items ont pu être colligés et comparés sur ces différentes périodes : pourcentage d'examen demandés par des médecins de ville, validité des indications en regard des directives de l'ANAES 2004, qualité de la préparation colique évaluée par le score de Boston, taux de détection des adénomes. Pour la campagne 2014, nous allons plus spécifiquement étudier les contrôles post-polypectomie et valider ou non les dates de contrôle selon les recommandations HAS de novembre 2013.

L'analyse des résultats de chaque période d'étude a permis de mettre en œuvre des actions correctrices, et de proposer des axes de travail pour la campagne suivante : consultation obligatoire avec un gastro-entérologue pour valider les indications de coloscopies demandées par des médecins généralistes, remise systématique au malade et à son médecin d'un compte rendu mentionnant la date prévue du prochain contrôle, renforcement de l'information sur le régime et la préparation colique pour optimiser la qualité de l'examen.

Ce travail longitudinal correspond aux critères du DPC, maintenant obligatoire pour tous. Il intéresse toute l'équipe des endoscopies : médecins et personnel para-médical. Outre l'aspect obligatoire (démarche « qualité » imposée par les tutelles), notre travail a été regardé avec beaucoup d'intérêt par l'équipe de certification lors du passage de la V2010.

Ce type d'évaluation apporte de nombreux enseignements pour notre pratique quotidienne et ne peut qu'améliorer les soins apportés à nos malades.

5 - GIFE

Payen JL et al

6 - Fermeture endoscopique par clip de type Ovesco® d'une fistule gastro cutanée secondaire à l'ablation définitive d'une GPE.

V Quentin (1), C Alleaume (2), A Marusu (2), P Zavadil (1). (1) Hépatogastroentérologie, (2) Oncologie. Hôpital de Saint Brieuc

Mme R. âgée de 74 ans présentait comme antécédent principal un carcinome canalaire infiltrant du sein droit en 1997 (grade II, pT1cNOMORH+) traité par tumorectomie-curage et radiothérapie. Une hormonothérapie par Nolvadex était ensuite prescrite pendant 5 ans. En 2004 apparaissait une lésion du sein gauche correspondant à un carcinome canalaire infiltrant de grade IIpT1c pN1 traité par mastectomie puis hormonothérapie par Arimidex. En janvier 2014 une dysphagie motivait une hospitalisation en gastroentérologie. La gastroscopie mettait en évidence une sténose du tiers moyen de l'œsophage par compression extrinsèque. Un scanner médiastinal mettait en évidence une volumineuse masse d'allure tumorale, un aspect de métastase rachidienne de D12 et 2 opacités pulmonaires. Il était réalisé une échoendoscopie pour ponction transoesophagienne de l'adénopathie médiastinale qui confirmait une localisation ganglionnaire d'un adénocarcinome mammaire.

L'orientation prise pour le traitement symptomatique de la dysphagie était la pose d'une gastrostomie par voie endoscopique. Le geste était réalisé sans difficulté ni complication immédiate le 23/01. Une ablation de la collerette était réalisée le 10/02 pour fuite liquidienne autour de la sonde et il était mis en place une sonde de remplacement à ballonnet charrière 20. Devant la persistance d'un écoulement péristomial lors de chaque tentative de nutrition entérale la sonde était retirée définitivement le 24/02, la patiente mise à jeun et en nutrition par entérale. Une poche de recueil était mise en place avec un débit quotidien de 30 à 150 ml/jour. Parallèlement une chimiothérapie était débutée le 13/02 par Taxol hebdomadaire-Herceptin avec une bonne tolérance et une bonne efficacité sur la dysphagie. Devant l'absence de tarissement de l'orifice fistuleux la patiente était finalement autorisée à reprendre l'alimentation orale. Trois semaines après l'ablation de la sonde il existait toujours un orifice fistuleux chronique avec un débit identique et des lésions cutanées érythémato-ulcéreuses douloureuses péristomiales.

Il était alors décidé une reprise endoscopique pour tentative de fermeture de cette fistule gastro-cutanée chronique. Le geste était réalisé le 25/03, la technique choisie fut celle de la pose d'un clip de type Ovesco®, complétée par la pose de deux clips hémostatique standards Cook.

A J1 le pansement sec posé en fin de procédure était simplement taché par des sérosités, à J2 il n'existait plus aucun écoulement.

Il n'existe actuellement peu de publications concernant cette technique de prise en charge endoscopique des fistules gastrocutanées post GPE. Ce cas clinique sera largement illustré de photographies per endoscopique et radioscopique et sera l'occasion de faire un bref rappel de la technique de pose des clips Ovesco® ainsi que de ses principales indications et résultats.

7 - Découverte coloscopique fortuite d'une perforation du colon par une électrode de Pace maker, deux ans et demi après sa pose.

Elriz K, Lambaré B. Service d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie digestive, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil, Essonnes.

Un homme de 65 ans nous est adressé en mars 2014 pour sa coloscopie de contrôle.

En juin 2012, une masse colique transverse droite est découverte sur un scanner réalisé avant remplacement

valvulaire aortique et implantation d'un Pace maker double chambre. La coloscopie avec biopsies confirme en août 2012 un adénocarcinome colique transverse droit. Les suites opératoires de ces interventions cardiovasculaires avaient été simples. Après deux récusations par l'équipe d'anesthésie du fait de ses antécédents cardiovasculaires et de son obésité, et après réunion de concertation pluridisciplinaire, le patient est opéré en septembre 2012 d'une hémicolectomie droite, aux suites également très simples.

Aucun traitement adjuvant n'est décidé compte tenu des antécédents et du statut T3N0 à l'anatomopathologie.

La coloscopie de mars 2014 va retrouver un colon moyennement préparé, une anastomose iléocolique saine et l'absence de récurrence néoplasique, mais aussi, 20 cm en aval de l'anastomose, dans le transverse gauche, un fil métallique épais qui perce la paroi du colon et réalise une boucle de plusieurs centimètres dans la lumière colique. On repère aisément le passage transpariétal du fil par un orifice.

Depuis l'hémicolectomie, le patient va très bien, ne se plaint aucunement de son abdomen.

A la relecture du scanner fait quelques jours avant l'hémicolectomie, on voit très bien le passage transcolique de l'électrode de stimulation.

Plusieurs interrogations persistent à ce jour : l'absence de péritonite ou de sepsis après la pose de pace maker, la non visualisation de l'électrode transfixiante lors de la coloscopie diagnostique en août 2012 et lors de l'hémicolectomie, la conduite à tenir chez ce patient parfaitement asymptomatique et fragile.

Les réponses au congrès de l'ANGH !

8 - Le clip du président

Arpurt JP et al

L'histoire d'une vidéo capsule

9 - Conférence : « Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? »

B Denis

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (DO CCR) est à la fois un succès et un échec. Un succès car la France est depuis 2009 l'un des tout premiers pays à proposer un DO CCR à l'ensemble de sa population âgée de 50 à 74 ans ; un échec si l'on considère le taux de participation, évalué à 31% en 2012-2013, et les inégalités significatives de participation observées, liées au sexe, à l'âge, au département (7 à 50%), au niveau socio-économique, au régime d'assurance maladie, etc... Ce taux de 31% est à comparer aux taux rapportés (53 à 67% en première campagne) dans les essais qui ont démontré l'efficacité du dépistage par Hemoccult sur la réduction de mortalité par CCR ainsi qu'aux taux observés en population dans certains pays d'Europe septentrionale (61% en Ecosse et 71% en Finlande). Ce taux médiocre devrait limiter à 8% ou moins la réduction de mortalité par CCR dans notre pays au lieu des 15% affichés dans les essais.

Depuis plusieurs années, l'Académie de Médecine, la Haute Autorité de Santé puis l'Institut National du Cancer plaident pour remplacer le test Hemoccult par un test immunochimique quantitatif. Le test Hemoccult repose sur une réaction chimique qui détecte l'activité pseudoperoxydase de l'hème. C'est un test qualitatif dont la lecture est subjective et qui donne un résultat binaire, positif ou négatif. Les tests immunochimiques reposent sur une réaction immunologique qui détecte la globine grâce à des anticorps spécifiques de la globine humaine. Il en existe 2 catégories : les tests qualitatifs, actuellement utilisés par les laboratoires d'analyses biomédicales, et les tests quantitatifs, destinés à remplacer le test Hemoccult dans le programme national de DO CCR. De nombreux tests qualitatifs sont commercialisés. Ils donnent eux aussi un résultat binaire et le seuil de positivité est fixé par le fabricant. Leurs performances sont très hétérogènes, ce qui limite considérablement leur intérêt. Leur taux de positivité varie de 4.5 à 46.4%, leur sensibilité pour les adénomes avancés de 25.4 à 71.5%, et leur spécificité de 58.8 à 96.7%. Les tests quantitatifs permettent de quantifier la dose d'hémoglobine par gramme de selles ($\mu\text{g/g}$) ou par millilitre de tampon (ng/ml). Deux tests sont actuellement commercialisés : OC Sensor (Eiken) et AutoFIT (Beckman Coulter).

Les tests immunochimiques quantitatifs offrent un certain nombre d'avantages par comparaison au test Hemoccult. Leur lecture est automatisée et ils permettent de choisir le seuil de positivité en fonction du contexte économique et de la capacité de satisfaire la demande en coloscopies. Leur principal atout est leur simplicité d'emploi : un seul prélèvement suffit au lieu des six nécessaires avec le test Hemoccult. Le principe d'un prélèvement unique peut sembler en contradiction avec les recommandations antérieures de multiplier les prélèvements pour augmenter les chances de détecter un saignement occulte, les lésions néoplasiques saignant de façon discontinue. En fait, il est dorénavant démontré que l'on peut faire aussi bien avec un seul prélèvement qu'avec plusieurs pourvu que l'on diminue le seuil de positivité. Cette simplicité d'emploi entraîne une meilleure acceptation de la population cible et donc une augmentation de participation évaluée entre 5 et 13% selon les études. Contrairement au test Hemoccult qui peut être positif en cas de saignement digestif haut abondant, les tests immunochimiques ne détectent que les saignements d'origine colorectale car la globine est dégradée dans l'intestin grêle. Enfin, et c'est l'argument mis habituellement en avant par les promoteurs de ces tests (selon le principe que le plus est le mieux), ils offrent une sensibilité accrue de détection des cancers et surtout des adénomes avancés.

Ces tests ne sont pas sans inconvénients. Leur sensibilité accrue est obtenue au prix d'un taux plus élevé de coloscopies et d'une moindre spécificité, donc d'un taux plus élevé de coloscopies normales. Pour une sensibilité de 66 à 75% pour le CCR, le taux de positivité est de 5 à 6%, soit le double de celui du test Hemoccult, et la spécificité de 95 à 96%, inférieure à celle de l'Hemoccult (98 à 99%). De plus, les adénomes festonnés, qui pourraient être à l'origine de jusqu'à 20% des CCR,

ne saignent pas ou peu, et ne sont donc pas ou peu détectés par les tests de recherche de sang occulte dans les selles, qu'il s'agisse du test Hemoccult ou des tests immunochimiques. L'efficacité du test Hemoccult sur la réduction de mortalité par CCR a été démontrée avec le meilleur niveau de preuve (4 essais contrôlés randomisés). Aucun essai contrôlé randomisé ne permet d'évaluer la réduction de mortalité obtenue avec les tests immunochimiques. Une étude de cohorte Italienne évalue à 41% la réduction de mortalité par CCR obtenue chez les dépistés. Le coût du dépistage par test immunochimique est plus cher en raison du coût du test lui-même, des frais postaux plus élevés et des coloscopies en nombre supérieur. Enfin, Leur stabilité pose problème en cas de forte chaleur (> 30°C) et de délai prolongé avant l'analyse (> 14 jours).

Le caractère quantitatif du test est potentiellement révolutionnaire. Il est établi que le taux d'hémoglobine fécal varie avec le sexe, l'âge, le niveau socio-économique, le pays, le groupe ethnique et la race, le type de test utilisé... Il reflète le risque de néoplasie colique, actuel et futur. Son taux pourrait être suivi, à l'instar du taux de PSA pour le cancer de la prostate, et son évolution corrélée au risque de néoplasie colorectale. Il pourrait être inclus dans le calcul de scores de risque de néoplasie colorectale. Le taux d'hémoglobine fécal pourrait être utilisé pour aider à la décision de réaliser ou non une coloscopie en cas de troubles fonctionnels intestinaux, en cas d'antécédent néoplasique familial de niveau intermédiaire (néoplasie chez un apparenté après 65 ans par exemple), pour guider la surveillance par coloscopie des adénomes à faible risque... Bref, ce test est un champ de recherche prometteur.

La CNAMTS a lancé un appel d'offres Européen en janvier 2014 pour le remplacement du test Hemoccult par un test immunochimique quantitatif dans le programme national de DO CCR. La notification du résultat devrait être effective en septembre et la mise à disposition dans les départements pilotes est prévue fin 2014 – début 2015. Le choix du seuil de positivité reste à faire, il ressort d'un choix politique. L'adoption du nouveau test va considérablement modifier l'organisation actuelle : seuls 2 à 5 centres de lecture assureront les analyses pour l'ensemble du territoire, y compris les DOM/TOM, la gestion du DO CCR sera de plus en plus centralisée au détriment des structures de gestion de proximité, les médecins généralistes pourront s'approvisionner directement auprès du fournisseur, l'envoi du test à domicile sera de fait abandonné dans la plupart des cas...

En synthèse, le test immunochimique quantitatif est un réel progrès, pas une révolution ! Cela reste un test fécal de recherche de sang occulte, peu « sexy » et difficile à vendre. Le principal progrès attendu en termes de santé publique réside dans sa simplicité d'emploi qui doit être mise à profit pour augmenter la participation médiocre actuelle. Le remplacement du test Hemoccult par un test immunochimique pourrait contribuer à redresser la situation, mais ne résoudra pas tous les problèmes du programme Français de DO CCR : grande hétérogénéité de participation selon les régions, inégalités socio-économiques d'accès, défaut d'assurance qualité dans l'offre de soins concernant les coloscopies...

10 - Enquête de pratique sur l'utilisation de l'albumine chez le patient cirrhotique (ALBU-LIVE)

Jean-François Cadranel (Creil), Armand Garioud (Creil), Arnaud Pauwels (Gonesse), pour le groupe de travail ALBU-LIVE

Introduction

L'utilisation d'albumine humaine est fréquente chez les patients atteints de cirrhose. Trois indications sont validées : la ponction d'ascite évacuatrice, l'infection du liquide d'ascite (au moins pour un sous-groupe de patients à haut risque) et le syndrome hépato-rénal de type 1. D'autres indications sont discutées : infections bactériennes en dehors l'infection du liquide d'ascite, hyponatrémie, hypoalbuminémie, œdèmes volumineux, hydrothorax.

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer les pratiques des hépato-gastroentérologues hospitaliers français en matière de prescription d'albumine chez les patients atteints de cirrhose (adhésion, mais aussi écarts, par rapport aux recommandations ; utilisation dans des indications non validées). Les objectifs secondaires sont d'évaluer le degré de systématisation de ces pratiques (existence de protocoles écrits) et de rechercher des différences selon le lieu d'exercice ou le statut des praticiens.

Méthode

Tous les praticiens (PH, PU-PH, praticiens attachés, assistants, CCA, internes, FFI) de tous les services d'hépatogastroentérologie français de CHU et de CHG et tous les médecins libéraux français prenant en charge des patients cirrhotiques ont été invités par mail, avec relance si nécessaire, à participer à cette enquête à titre individuel. Le questionnaire demande à chaque praticien de décrire ses pratiques à travers des réponses à une série de questions fermées et ouvertes concernant les trois indications validées, mais aussi d'autres situations cliniques pour lesquels l'utilisation d'albumine n'est pas validée, mais a fait l'objet de publications et/ou pourrait être envisagée. Il doit être retourné de façon anonyme au coordonnateur de l'étude. L'enquête a débuté en avril 2014 et se terminera en juillet prochain. Son analyse statistique sera réalisée en août-septembre.

Résultats

Au 12 mai 2014, 153 fiches ont déjà été reçues. Les résultats de cette enquête seront disponibles pour le congrès de Béziers.

11 - Présentation clinique et pronostic des endocardites bactériennes chez les patients atteints de cirrhose, à partir d'une série multicentrique de 78 observations.

J-F. Cadranel (1), M. Allaire (2), H. Blasco-Perrin (3), T. Thévenot (4), C. Chagneau-Derode (5), E.-A. Pariente (6), A. Garioud (7), H. Lison (1), X. Causse (8), X. Adhoute (9), J.-B. Nousbaum (10), I. Rosa-Hezode (11), V. Jouannaud (12), T.-M. Antonini (13), J. Denis (14), E. Sarlon (1), G. Le Folgoc (9), I. Ollivier-Hourmand (2), V.

Di Martino (4), C. Silvain (5), X Amiot (7), M. Bakkar (8), M. Bourlière (9), J.-D. Grange (7), H Hagege (11), B. Lesgourgues (12), C. Bureau (3), T. Dao (2), ENDOCC group (15) and ANGH (16)
 (1) Creil; (2) Caen; (3) Toulouse; (4) Besançon; (5) Poitiers; (6) Pau; (7) Paris; (8) Orléans; (9) Marseille; (10) Brest; (11) Créteil; (12) Montfermeil; (13) Villejuif; (14) Corbeil-Essonnes, (15) groupe ENDOCC (16) ANGH.
 J.-F. Cadranel (1), M. Allaire (2), H. Blasco-Perrin (3), T. Thévenot (4), C. Chagneau-Derrode (5), E.-A. Pariente (6), A. Garioud (7), H. Lison (1), X. Causse (8), X Adhoute (9), J.-B. Noubbaum (10), I. Rosa-Hezode (11), V. Jouannaud (12), T.-M. Antonini (13), J. Denis (14), E. Sarlon (1), G. Le Folgoc (9), I. Ollivier-Hourmand (2), V. Di Martino (4), C. Silvain (5), X Amiot (7), M. Bakkar (8), M. Bourlière (9), J.-D. Grange (7), H Hagege (11), B. Lesgourgues (12), C. Bureau (3), T. Dao (2), ENDOCC group (15) and ANGH (16)
 (1) Creil; (2) Caen; (3) Toulouse; (4) Besançon; (5) Poitiers; (6) Pau; (7) Paris; (8) Orléans; (9) Marseille; (10) Brest; (11) Créteil; (12) Montfermeil; (13) Villejuif; (14) Corbeil-Essonnes, (15) groupe ENDOCC (16) ANGH.
 J.-F. Cadranel (1), M. Allaire (2), H. Blasco-Perrin (3), T. Thévenot (4), C. Chagneau-Derrode (5), E.-A. Pariente (6), A. Garioud (7), H. Lison (1), X. Causse (8), X Adhoute (9), J.-B. Noubbaum (10), I. Rosa-Hezode (11), V. Jouannaud (12), T.-M. Antonini (13), J. Denis (14), E. Sarlon (1), G. Le Folgoc (9), I. Ollivier-Hourmand (2), V. Di Martino (4), C. Silvain (5), X Amiot (7), M. Bakkar (8), M. Bourlière (9), J.-D. Grange (7), H Hagege (11), B. Lesgourgues (12), C. Bureau (3), T. Dao (2), ENDOCC group (15) and ANGH (16)
 (1) Creil; (2) Caen; (3) Toulouse; (4) Besançon; (5) Poitiers; (6) Pau; (7) Paris; (8) Orléans; (9) Marseille; (10) Brest; (11) Créteil; (12) Montfermeil; (13) Villejuif; (14) Corbeil-Essonnes, (15) ENDOCC group (16) ANGH.

Introduction

L'endocardite bactérienne (EB) est une complication rare mais grave chez les patients cirrhotiques (CIR). Le but de cette étude multicentrique est de présenter les caractéristiques cliniques et le pronostic de l'EB chez les patients CIR.

Patients et Méthodes

Les observations de toutes les EB vues entre 2000 et 2013 chez des patients (pts) CIR par 14 services d'Hépatogastroentérologie en France ont été répertoriées. Les caractéristiques cliniques, hépatologiques, cardiologiques, bactériologiques, thérapeutiques ainsi que l'évolution ont été colligées. Les résultats sont exprimés en $m \pm sd$. Les facteurs associés à la mortalité ont été étudiés en analyse univariée et multivariée (régression logistique).

Résultats

78 observations d'EB chez 77 pts CIR (âge médian : 64 ans [43-89 ans] ; 60 H et 17 F) ont été analysées. La cirrhose était alcoolique : 59 (76,6%), virale : 11 (14%), métabolique : 3pts (4%), mixte : 3 pts (4%). 34 pts (43,5%) étaient diabétiques, 13 pts avaient eu une complication antérieure de la cirrhose. Lors du diagnostic d'EB, 80% et 78% des pts étaient fébriles et avaient un souffle cardiaque respectivement. Le score de Child Pugh était : A : 7% pts, B : 45% pts, C : 48% pts. La bilirubinémie totale était à $71,6 \pm 83,9 \mu\text{mol/l}$ (> 100 : 20% pts), le TP à $53\% \pm 17,2$ (TP $< 40\%$: 27% pts), l'albuminémie à $25\text{g/l} \pm 5,4$ et la créatininémie à $129,6 \pm 112,9 \mu\text{mol/l}$ (creat > 130 : 30% pts). Les hémocultures étaient positives chez 70 patients

12 - Conférence : «Adénocarcinome du pancréas : du métastatique au dépistage».

P Hammel

13 - Hyperémèse cannabinique et syndrome de la douche chaude compulsive: à propos d'un cas

R Combes, R. Vignet, A Issa, A Rento-Dubois, O Duhamel. Service de gastro-entérologie, unité d'addictologie, Béziers

Patient de 31 ans hospitalisé en Janvier 2014 pour de violentes douleurs abdominales, nausées, vomissements avec intolérance alimentaire totale survenant par crises de 3 à 7 jours, de fréquence croissante, depuis 10 ans. Il a été multi exploré.

Les examens cliniques, paracliniques et psychiatriques sont normaux à l'exception d'une hypochlorémie due aux vomissements.

Les différentes thérapeutiques symptomatiques essayées depuis 10 ans sont inefficaces.

Le seul élément caractéristique calmant les crises est une douche d'eau très chaude que le patient applique sur son abdomen jusqu'à apaisement. En période de crise il prend jusqu'à 10 douches par jour

Après reprise de l'interrogatoire, le patient dit fumer du cannabis depuis l'âge de 15 ans. Il prend actuellement en moyenne 5 joints et 10 cigarettes roulées par jour. Il n'y a aucune autre consommation de toxiques et n'a pas d'exposition professionnelle particulière.

Conclusion :

L'hyperémèse cannabinique avec syndrome de la douche chaude compulsive est un diagnostic d'élimination devant un tableau associant vomissements et douleurs abdominales calmées par une douche chaude chez un patient ayant consommé du cannabis de façon régulière et prolongée.

Le seul traitement est le sevrage en cannabis qui permet la disparition des symptômes en quelques mois.

14 - Une hépatite E aggravant une cirrhose NASH et persistante plus de 6 mois en l'absence d'immunosuppression.

Petitdidier N, Condat B, Zanditenas D, Bonnet J, Ould-Ahmed B, Ngo Y, Blazquez M
 Service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Saint-Camille, Bry-Sur-Marne, 94.

Il est observé une franche augmentation du nombre de cas autochtones d'hépatite virale E dans les pays occidentaux surtout après ingestion de viandes porcines contaminées. Nous rapportons le cas d'un patient atteint d'hépatite E aiguë aggravant une cirrhose NASH exceptionnel par le passage à la chronicité en l'absence de toute immunosuppression.

Cas clinique :

Un homme de 61 ans, ne consommant pas d'alcool, ayant pour antécédents un syndrome métabolique (diabète de type 2, dyslipémie et IMC à 30) et une cardiopathie ischémique fut hospitalisé le 15 Juillet 2012 pour un ictère depuis une semaine et une asthénie intense depuis début Juin 2012. Le bilan biologique montrait des ALAT à 15 N, des ASAT à 12 N, des GGT à 10 N, des PAL normales, une bilirubine totale à 55 micromol/L, une NFS normale et un TP normal. Le patient avait pris fin Juin 2012, dans un contexte de syndrome pseudo grippal sans sepsis avéré, un traitement par Augmentin per os pendant une semaine. Il n'était pas rapporté d'autres traitements récemment institués. L'IgM VHA, l'Ag HBs, l'AC HCV et les sérologies EBV et CMV ne mettaient pas en évidence d'argument pour une infection virale aiguë. Les anticorps anti tissus étaient négatifs. Le bilan du cuivre était normal. Le bilan morphologique (échographie et IRM) mettait en évidence un foie stéatosique et dysmorphique et une splénomégalie sans autre anomalie. La FOGD mettait en évidence une gastrite fundique en mosaïque intense évocatrice de gastrite d'hypertension portale. Le diagnostic initialement évoqué était celui d'hépatite médicamenteuse due à l'Augmentin chez un patient atteint de cirrhose NASH non compliquée. La cytolyse hépatique persistait par la suite avec une augmentation prolongée des ALAT à 5 N et en Octobre 2012 le patient était réadmis pour persistance de l'asthénie intense, de l'ictère et apparition d'une ascite radiologique. Le diagnostic d'hépatite E aiguë (IgM et IgG VHE positifs, virémie positive) de génotype 3 était alors porté. Un traitement par ribavirine était débuté le 12 Octobre 2012 à la dose quotidienne initiale de 600 mg. Un mois après le début du traitement les transaminases étaient redevenues normales, l'ictère et l'asthénie avaient disparu et l'ascite était asséchée sous diurétiques. Par contre, la persistance de la virémie plus de 6 mois après le diagnostic faisait porter le diagnostic d'hépatite E chronique. Un bilan exhaustif à la recherche de cause d'immunodépression était négatif. L'augmentation des doses de ribavirine à 800mg à partir de Septembre 2013 était associée à la négativation persistante de la virémie à partir d'Octobre 2013. Le diagnostic final retenu était celui d'hépatite virale aiguë E aggravant une cirrhose NASH et passant à la chronicité chez un sujet immunocompétent.

Discussion :

La recherche d'une hépatite E devrait devenir systématique en cas d'aggravation aiguë d'une hépatopathie chronique et devant toute hépatite aiguë cytolytique. L'hépatite E chronique a été fréquemment rapportée chez des patients immunodéprimés (transplantés, hémopathies malignes, séropositifs pour le VIH). Sa survenue, comme pour notre patient, chez un sujet immunocompétent est extrêmement rare, un seul cas a été rapporté*. L'augmentation rapide des cas d'hépatite E en France pourrait être associée à la mise en évidence de passages à la chronicité moins exceptionnels chez les patients immunocompétents.

*Grewal P et al. Hepatology 2014.

15 - Cas clinique : diarrhée sévère avec atrophie villositaire étendue

S de Montigny-Lenhardt, CH Aubagne et Une cause rare de diarrhée chronique sévère. H Salloum (1), E Joanny (1), MA Masmoudi (1), JF Boivin (2), N Brousse (3) M Prieto (1) C Locher (1). (1) Hépatogastroentérologie, CH Meaux (2) Anatomopathologie, CH Marne La Vallée, (3) Anatomopathologie, CHU Necker

Madame R Louise, 64 ans, hospitalisée fin janvier 2014 pour une diarrhée sévère évoluant depuis environ un mois après début brutal, avec déshydratation et insuffisance rénale, bilan en clinique 10j avant avec coloscopie et échographie normales, coproculture normale; sortie sous traitement probabiliste par cefixime, persistance d'une diarrhée hydrique pure > 10 selles par jour.

Antécédents HTA Hystérectomie

Traitement à l'entrée: Alteis Duo Témérit Lipanthyl (traitement non modifié depuis 2 ans)

biologie: insuffisance rénale aiguë avec acidose métabolique, pas de syndrome inflammatoire, coproculture et parasitologie des selles négatifs

clinique: amaigrissement de 10% du poids habituel, aspect de dermite eczématiforme des plis d'apparition récente. Récupération d'une fonction rénale normale après 3 jours de réhydratation IV et arrêt de tous les traitements antérieurs. coloscopie et fibroscopie haute normales. biopsies étagées coliques et duodénales réalisées.

scanner abdopelvien : aspect évocateur de panniculite mésentérique (adénopathies de la racine du mésentère taille max 18 mm et infiltration du mésentère).

entéroscooper normal.

régression lente de la symptomatologie diarrhéique permettant le retour à domicile à J10 sous traitement symptomatique (lomotil) en attendant les résultats des biopsies.

revue à J20: absence de diarrhée, reprise de poids, asymptomatique

résultat des biopsies: atrophie villositaire duodénale grade 3, absence de LIE, atrophie villositaire iléale partielle, biopsies coliques normales.

bilan complémentaire: anticorps anti-transglutaminases et anti endomyosium négatifs, HLA DQ2 DQ8 absents.

quel est votre diagnostic?

entérite à l'olmesartan, confirmée par la réapparition des symptômes après réintroduction de l'olmesartan par son cardiologue (diarrhée et vomissements après prise d'un cp) et la régression complète de l'atrophie villositaire à 2

mois. Le contrôle TDM à 3 mois retrouve des adp mésentériques au plus centimétriques, sans infiltration du mésentère

17 - Traitement pré-emptif à l'épreuve de l'EPP

Enquête de pratiques et efficacité d'une formation dans les hôpitaux généraux.

J-L Payen 1, C Barthe (1), X Causse (2), O Ink (3), C Renou (4). (1) CH Montauban, (2) CH Orléans, (3) CH Soissons, (4) CH d'Hyères

La réactivation du virus de l'hépatite B (VHB) dans différentes circonstances est une réalité clinique, un traitement pré-emptif permet de l'éviter ; toutefois la recherche d'une infection par le VHB et la mise en place d'un traitement si nécessaire ne sont pas systématiquement réalisées par les médecins prescripteurs de molécules susceptibles d'entraîner une réactivation du VHB.

But de l'étude : Réaliser une enquête de pratique concernant le traitement pré-emptif et évaluer l'efficacité d'une formation sur ce thème auprès des médecins prescripteurs de molécules susceptibles d'entraîner une réactivation du VHB, dans des centres de l'ANGH.

Matériel et méthode : Une enquête de pratique et un modèle de formation sur un support PowerPoint ont été réalisés et validés par le conseil scientifique de l'ANGH sur le traitement pré-emptif et ses indications. Ces outils ont été mis à disposition des équipes souhaitant organiser des réunions de formation par l'intermédiaire du site internet de l'association. Ces réunions s'adressaient principalement aux onco-hématologues, dermatologues, rhumatologues, pneumologues, gastro-entérologues. L'enquête était réalisée avant et après la formation, puis théoriquement 6 mois plus tard. Les réunions étaient organisées avec le soutien de BMS.

Résultats : 4 centres ont organisés des réunions en France. Ont été formés : Onco-hématologues 26 %, dermatologues 3%, rhumatologue et pneumologue 0%, gastro-entérologues 56 % ; de moyenne d'âge 42,8 +/- 13 ans.

Réponses aux questions de l'enquête dans le tableau 1 :

Ces données étaient indépendantes de la spécialité des médecins et des centres.

Conclusions : 1) Cette EPP était pertinente compte tenu de la mauvaise connaissance du problème de la réactivation du VHB et du traitement pré-emptif par les médecins prescripteurs de molécules susceptibles d'entraîner une réactivation du VHB. 2) La cible n'a pas été parfaitement atteinte, les formations mobilisant trop peu les autres spécialités que les gastro-entérologues. 3) L'enquête n'a pas été complète car impossible à

Tableau 1

	Avant formation réponses justes	Avant formation réponses fausses %	Après formation réponses justes	Après formation réponses fausses
	%		%	%
Réalisation d'un bilan concernant le VHB	76,5	23,5	100	0
Pertinence du bilan 1 intention	64,7	35,3	100	0
Pertinence du bilan 2 intention	61,8	38,2	97,1	2,9
Prescription d'un traitement si nécessaire	58,8	41,2	100	0
Traitement débuté au bon moment	64,7	35,3	94,1	5,9
Durée du traitement correcte	55,9	44,1	100	0

organiser 6 mois après la formation en pratique. 4) La formation est très efficace lors de sa réalisation.

18 - Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la pertinence des prescriptions des IPP dans un centre hospitalier général : résultats de la seconde enquête de pratique réalisée après mise en place d'actions d'amélioration.

Gilles Macaigne (1), Céline Saint-Laurent (2), Catherine Cuvelier (2), Florence Harnois (1), Brigitte Loison (2).

(1) service de gastro-entérologie, (2) pharmacie. Centre Hospitalier de Marne la Vallée. 2-4 cours de la gondoire 77 600 Jossigny.

INTRODUCTION

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont largement prescrits en ville et à l'hôpital. Ils représentent un budget important de remboursement pour l'assurance maladie, et bien qu'ils possèdent une bonne tolérance à court terme, leur utilisation au long cours peut exposer à des risques d'effets indésirables graves.

Une première étude de pratique professionnelle évaluant la conformité des prescriptions d'IPP a été menée dans notre centre hospitalier (CH) en juin 2012 : 34% des malades hospitalisés étaient sous IPP et seules 30% des indications recensées correspondaient à celles de l'AMM.

L'objectif de ce travail a été d'évaluer, après la mise en place d'une démarche de qualité avec actions d'amélioration pour la pertinence des prescriptions et la sensibilisation à la iatrogénie potentielle des IPP, la conformité des prescriptions aux recommandations validées, pour tous les patients hospitalisés dans un centre hospitalier général.

PATIENTS ET METHODES

Une première EPP évaluant la conformité des prescriptions d'IPP a été menée dans notre CH en juin 2012. Plusieurs actions d'amélioration ont été menées au décours de la première enquête : création d'une procédure « traitement personnel du patient » ayant pour but de réévaluer les prescriptions d'IPP à l'entrée du malade au CH ; informations sur la pertinence des prescriptions des IPP (fiche de bon usage avec mention des indications validées et des posologies associées remise à chaque médecin sénior et junior, formations de l'ensemble des médecins et des internes à l'arrivée dans l'hôpital) ; « prescription préférentiellement le matin à jeun » mentionnée en note informatique dans le logiciel de prescription informatisée. Toutes ces mesures ont été élaborées et validées par le COMEDIMS.

Cette seconde EPP a été menée sur une journée en avril 2014, au cours de laquelle toutes les prescriptions d'IPP des services d'hospitalisation du Centre Hospitalier de Jossigny ont été colligées. Le recueil des données a été réalisé à partir d'un questionnaire comportant des informations relatives au patient (âge, antécédents,...), aux traitements associés, à la posologie et à l'indication de l'IPP prescrit. La validité des prescriptions a été évaluée au regard de l'AMM et des recommandations émises par l'HAS, l'AFSSaPS et l'ACCF/ACG/AHA. Ces résultats ont ensuite été comparés à ceux obtenus au cours de la première enquête de 2012 menée avant les actions d'amélioration.

RESULTATS

La totalité des résultats seront présentés au congrès de Béziers.

19 - MICI_HEBDO: enquête sur les maladies inflammatoires de l'intestin dans les centres hospitaliers généraux de l'ANGH du 2 au 15 septembre 2013

S. Nahon (1), P. Lahmek (2), T. Paupard (3), B. de Vroey (4), G. Macaigne (5), M. Boualit (6),

L. Costes (7), K. Elriz (8), A. Techy (9), J.-M. Maisin (4), B. Bour (10), B. Nalet (11),

J. Bonnet (12), B. Mesnard (13), A. Courillon-Mallet (14), O. Nouel (15), B. Coulibaly (16),

I. Dadamessi (17), B. Lesgourgues (1)

(1) Montfermeil; (2) Limeil-Brévannes; (3) Dunkerque; (4) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE; (5)

Lagny-sur-Marne; (6) Valenciennes; (7) Créteil; (8) Corbeil-Essonnes; (9) Roubaix; (10) Le

Mans; (11) Montélimar; (12) Bry-sur-Marne; (13) Tourcoing; (14) Villeneuve-Saint-Georges;

(15) Saint-Brieuc; (16) Avignon; (17) Saint-Quentin.

Introduction

Décrire les caractéristiques des patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) et l'évolution des pratiques dans les centres hospitaliers généraux.

Patients et Méthodes

Les médecins membres de l'ANGH ont été invités à répondre à une enquête en ligne concernant leurs patients atteints de MICI du 2 au 15 septembre 2013. Les caractéristiques démographiques et de la MICI (classification de Montréal), les complications et les traitements (médicaux et chirurgicaux) ont été saisis à l'aide du logiciel LimeSurvey®. Le recours aux immunosuppresseurs et anti-TNF au cours des 5 premières années suivant le diagnostic de la maladie de Crohn (MC) ont été comparés selon la méthode de Kaplan Meier dans 4 groupes déterminés par la date du diagnostic de la MC (avant 1999, 2000-2003, 2004-2008, 2009-2013).

Résultats

1083 malades ont été inclus par 57 centres (médiane 17 par centre ; IQR 25-75% : 6-28). Il s'agissait de 739 (68,2%) MC et 344 (31,8%) rectocolite hémorragique (RCH) ; le diagnostic était < 6 mois dans 8,7% des cas. Le mode de recrutement était : une consultation 49,6%, une hospitalisation de jour 34,1%, une endoscopie 11,5%, et une hospitalisation

traditionnelle dans 6,7% des cas (dont 27,4% en urgence). Le sexe ratio (F/H) était de 1,38 au cours de la MC et de 0,87 au cours de la RCH. L'âge médian au diagnostic était de 27,5 ans (IQR : 20,5-39,8) et était significativement plus élevé chez les patients ayant une RCH comparativement à ceux ayant une MC (33,1 vs 25,4 ans, $p < 0,0001$). La consommation de tabac était de 23% et était significativement plus élevée au cours de la MC 30% vs 7 % au cours de la RCH ($p < 0,0001$). La localisation de la MC était : iléale (L1) 31% ; colique (L2) 21,2% ; iléo-colique (L3) 44,5% et tube digestif supérieur (L4) dans 5,4% cas. Le phénotype était de type inflammatoire (B1) 59,7% ; sténosant (B2) 26,9% et pénétrant (B3) 12,7% des cas ; 26,1% avait une localisation anopé-rinéale. La topographie de la RCH était E3 (au delà angle gauche) dans 43% des cas, E2 (en amont angle gauche) dans 38,9% des cas et E1 (rectite) dans 17,8% des cas. La maladie était en rémission dans 71,7% des cas, rémission significativement associée à une meilleure qualité de vie ($p < 0,0001$). Une complication révolue était observée chez 37,8% des patients ayant une MC (occlusion $n = 123$, abcès ou fistule digestive $n = 71$, péritonite $n = 13$, colite grave $n = 10$ et aucun cancer du côlon ou du grêle). On notait 19 colites graves et 3 cancers du côlon parmi les 344 patients ayant une RCH. Le taux de chirurgie globale était de 26,3% (36,5% MC vs 4% RCH) celui de chirurgie précoce (< 3 mois) était de 9,8% pour les patients diagnostiqués avant 1999 ; 8% entre 1999-2003 ; 5,5% entre 2004-2008 et 7,7% après 2009. Les traitements en cours étaient pour la MC : 5ASA 23,1%, corticoïdes 9,8%, thiopurines 32%, methotexate 4,6%, infliximab 42,1%, adalimumab 11,2% ; pour la RCH : 5-ASA 62,2%, corticoïdes 14%, thiopurines 27%, MTX 1,2%, infliximab 29,7% et adalimumab 6,7%. Au cours des cinq premières années suivant le diagnostic de la MC, la proportion de patients sous IMS et anti-TNF augmentait significativement respectivement (<1999 18%, 2000-2003 52%, 2004-2008 66%, 2009-2013 75%, $p < 0,0001$) et (<1999 0%, 2000-2003 23%, 2004-2008 70%, 2009-2013 100%, $p < 0,0001$).

Conclusion

Pendant ces 2 semaines d'enquête, la prise en charge des MICI dans les CHG se fait principalement en consultation et en hôpital de jour. La majorité des patients a une maladie modérée à sévère et reçoit un traitement par anti-TNF α dans la moitié des cas. Le délai d'initiation d'un traitement par IMS et anti-TNF α a diminué significativement avec le temps.

20 - Séance protocoles

Stéphane Nahon Montfermeil

21 - Conférence : « Le syndrome LPAC : de la génétique à la clinique ».

S Erlinger (Aix-en-Provence)

22 - Impact des traitements anticoagulants et anti-agrégants plaquettaires sur la morbi-mortalité des hémorragies de l'hypertension portale sur cirrhose

Le Bricquair Y (Béziers), Rémy AJ (Perpignan), Cadranel JF (Creil), Causse X (Orléans), Dadamessi I (Saint-Quentin), Aziz K (Saint-Brieuc), Elriz K (Evry-Corbeil), Pofelski J (Annecy), Bellaiche G (Aulnay s/Bois), Bramli S (Avignon), Lamare L (Lorient), Ah-Soune P (Toulon), Skinazi F (Saint-Denis), Dupuychaffray JP (Angoulême), Pariente A (Pau), Henrion J (Jolimont), Vitte RL (Poissy), Bour B (Le Mans), Seyrig JA (Pontivy), Dewaele F (La Roche-sur-Yon), Macaigne G (Lagny), Zerouala F (Meaux), de Montigny S (Aubagne), Payen JL (Montauban), Jouannaud V (Monfermeil), Doumet S (Villeneuve Saint-Georges), Guivarch P (Castres), Donato L (Vernon), D'Harondel C (Provins), Pélaquier A (Montélimar), Pauwels A (Gonesse), pour l'ANGH ; Thabut D, pour le CFHTP

Introduction : La cirrhose est parfois associée à des pathologies (thrombose portale, ACFA, maladies vasculaires ischémiques) nécessitant un traitement anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire. Cependant, l'une de ses principales complications est l'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale (HTP). L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact des anticoagulants et des anti-agrégants plaquettaires sur la sévérité et l'évolution des hémorragies de l'HTP sur cirrhose.

Méthodes : 57 centres (26 CHU, 31 CHG) ont participé (mars 2012-avril 2013) à une étude observationnelle prospective sur les hémorragies de l'HTP sur cirrhose (observatoire CHOC). 891 patients ont été inclus. 147 (16,6%) recevaient un traitement anticoagulant et/ou anti-agrégant plaquettaire. Les patients ont été répartis en 4 groupes : anticoagulant (gr. 1, $n=55$), anti-agrégant (gr. 2, $n=83$), anticoagulant+anti-agrégant (gr. 3, $n=9$), pas d'anticoagulant/anti-agrégant (gr. 4).

Résultats : Les patients du groupe 1 (anticoagulant) étaient plus âgés (66 vs 58 ans, $p < 0,0001$) et avaient une créatininémie plus élevée (146 vs 90 $\mu\text{mol/l}$, $p < 0,0001$) que les patients du groupe 4, mais ne différaient pas d'eux pour les paramètres de fonction hépatique, hormis l'INR (2,63 vs 1,96, $p < 0,004$). En termes de sévérité et d'évolution des hémorragies de l'HTP, aucune différence significative n'était observée entre les deux groupes. Les patients du groupe 2 (anti-agrégant) étaient plus âgés (68 vs 58 ans, $p < 0,0001$) et avaient une fonction hépatique moins altérée (score de Child : 7,9 vs 9, $p < 0,001$) que ceux du groupe 4. Chez les patients Child A et B, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de sévérité (choc : 16 vs 13%, saignement actif à l'endoscopie : 35 vs 34%, patients transfusés : 73 vs 66%) et d'évolution (non-contrôle de l'hémorragie : 5,3 vs 5%, mortalité J42 : 11,6 vs 8,6%) de l'hémorragie. En revanche, chez les patients Child C,

un saignement actif à l'endoscopie (64 vs 42%) et le non-contrôle de l'hémorragie (29 vs 11%) tendaient à être

plus fréquents, tandis que la mortalité à J42 (50 vs 37%, $p < 0,03$) était significativement plus élevée, dans le groupe 2.

Conclusion : Dans cette cohorte, 1) les anticoagulants n'étaient pas associés à une sévérité accrue des hémorragies de l'HTP ; 2) les anti-agrégants augmentaient la morbi-mortalité des hémorragies de l'HTP chez les patients Child C ; à l'inverse, ils n'avaient pas d'impact significatif chez les patients Child A et B.

23 - Carcinome hépatocellulaire : la vie après CHANGH, à propos d'une cohorte de 133 patients pris en charge dans un hôpital général

Faiza Khemissa-Akouz (1), Philippe Akessoul(1), Guibal Aymeric(2), Sofiane Dahmouni(1), Caroline Amouroux(1), Mahadi Kouaouci(1), Andre-Jean Remy(1)

(1) Service d'hépatogastroentérologie (2) Service de radiologie, centre hospitalier de Perpignan

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la 5^{ème} tumeur la plus fréquente en France et la 3^{ème} cause de mortalité par cancer. L'étude CHANGH avait permis la description de la prise en charge du CHC en hôpital général. Le but du travail est de comparer la prise en charge thérapeutique des patients porteurs d'un carcinome hépatocellulaire en fonction du score de Barcelone (BCLC) et de comparer les résultats à ceux de la cohorte CHANGH.

Résultats : 133 patients ont été analysés rétrospectivement entre janvier 2010 et avril 2014. ils se répartissaient en 116 hommes et 17 femmes d'âge moyen 66 (+/-11) ans. L'origine de la cirrhose était alcoolique chez 69 patients, virale C chez 37 patients (dont 13 avaient une origine mixte alcool et VHC), hémochromatose chez 4 patients et auto-immune pour 1 patient ; 11 patients n'avaient pas d'étiologie définie à leur cirrhose. Le score BCLC a pu être calculé pour 124 patients, soit 92 % (72% pour CHANGH) : 26 patients étaient classés BCLC A, 31 classés B, 29 BCLC C, et 37 classés BCLC D. Parmi les patients classés BCLC A, 84 % (85% pour CHANGH) ont eu un traitement adapté : chirurgie 15%, radiofréquence (ou microwave) 69% ou transplantation 11% (dont 2 patients traités en attente par radiofréquence), la chirurgie était le plus souvent refusée en faveur de la radiofréquence du fait de l'hypertension portale. 2 patients ont eu une chimio-embolisation. Pour les patients stade B, 74% avaient eu un traitement adapté par chimio-embolisation ; 2 patients ont du sorafenib et 4 patients ont bénéficié de la chirurgie. Pour les patients stade C, 72% ont eu un traitement par sorafenib (89% pour CHANGH) 7% ont eu une chemoembolisation possible du fait d'une thrombose porte segmentaire ; 4% n'ont eu accès à aucun traitement actif du fait d'une contre indication au sorafenib (soins de support). Pour les patients classés D, 100% ont eu accès aux de confort selon les recommandations BCLC. La survie globale des patients à 1 an était de 42% (40% pour CHANGH).

Conclusion :

nos résultats ne sont pas significativement différents de ceux de CHANGH avec une bonne corrélation entre la prise en charge réelle et les recommandations de Barcelone BCLC mais une absence d'évolution entre les deux périodes. Seule existe une différence dans le traitement des stades C qui résulte de la possibilité de réaliser dans notre centre des gestes de chimio-embolisation malgré la thrombose porte segmentaire. La faible survie à un an montre malheureusement que le diagnostic reste toujours tardif.

24 - La place du carcinome hépatocellulaire (CHC) dans une cohorte de 835 cirrhoses colligées pendant 20 ans : Analyse en fonction de l'étiologie de la cirrhose, des circonstances de diagnostic et de la période d'inclusion.

Jean Henrion, Marie De Vos, Stéphane De Maeght, Pierre Deltenre, Centre Hospitalier de Jolimont, Haine-Saint-Paul, Belgique.

Introduction : De janvier 1995 à décembre 2013, 835 cirrhoses furent colligées à la consultation de l'un d'entre nous (JH). De ces cirrhoses, 60% étaient d'origine alcoolique, 21 % dues au virus de l'hépatite C (VHC) et 19% d'une autre étiologie. A tous ces malades, il fut conseillé de participer à la surveillance du CHC (US et α -FP/6 mois). Les cas observés de CHC font l'objet de ce travail.

Méthodes : les données épidémiologiques et cliniques, les circonstances de découverte du CHC (sous surveillance, hors surveillance, examen d'alerte), les caractéristiques des lésions suivant l'imagerie clinique et divers scores (critère de Milan, Okuda, BCLC), les traitements réalisés et les durées de survie ont été comparés en fonction de l'étiologie de la cirrhose, de la participation au programme de surveillance et de la période de diagnostic (4 périodes de 5 ans).

Résultats : Parmi les 835 cirrhoses, 135 avaient ou ont développé un CHC (sexe masculin 70%, Age médian au diagnostic de cirrhose 64 ans, âge médian au diagnostic de CHC 68 ans). L'étiologie de la cirrhose compliquée de CHC était alcoolique dans 30% des cas, liée au VHC dans 45% et d'une autre étiologie dans 24%. L'analyse des 4 périodes de diagnostic montre une diminution progressive des cas liés au VHC. Le diagnostic de CHC fut posé au décours d'une surveillance régulière chez 64 des malades (48%). Chez 22 autres malades, une surveillance avait été débutée puis abandonnée. Au total, le renoncement à la surveillance fut de 26% (22/86 malades ayant débuté une surveillance), plus fréquent en cas de CHC-alcool (33%) qu'en cas de CHC-VHC (23%) ou de CHC-autre (20%) ($P < 0.01$). L'alerte au diagnostic de CHC fut l'US seule dans 46 %, l'US + α -FP dans 37% et l' α -FP seule dans 10% des cas. La lésion initiale était un nodule unique \leq 3cm dans 36% des cas (66% sous surveillance, 10% hors surveillance) et s'inscrivait dans les critères de Milan dans 62% des cas (90% sous surveillance, 35% hors surveillance). Un traitement potentiellement curatif fut

proposé dans 64 % des cas (85% sous surveillance, 45% hors surveillance). La survie à un an fût de 57% (72%

sous surveillance, 44% hors surveillance) et la survie à 3 ans de 18% (30 % sous surveillance, 7 % hors surveillance). L'évolution du traitement au cours des 4 périodes de 5 ans montre une nette régression de l'ablation transcutanée et une nette progression de la chirurgie de résection et de la chimio-embolisation. Huit malades, seulement, furent transplantés.

Conclusions : 1/ Le VHC est la première cause de CHC sur cirrhose mais son incidence tend à diminuer. 2/ Dans 10% des cas, l'AFP fut le facteur d'alerte au diagnostic de CHC. 3/ Le renoncement à une surveillance régulière a été observée chez ¼ des malades ayant accepté le principe de surveillance, plus souvent en cas de CHC-alcool. 4/ La surveillance régulière permet le diagnostic du CHC à un stade moins avancé, un traitement potentiellement curatif plus fréquent et améliore la survie globale. 5/ Les traitements par ablation transcutanée sont en nette régression. 6/ La survie à trois ans reste médiocre.

25 - Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan par une IDE en lieu et place d'un médecin /une histoire simple et très compliquée .

Noel O, Tréguier C, Saint-Brieuc

Les maladies chroniques du foie évoluent toutes plus ou moins rapidement vers la cirrhose. Il est capital pour un médecin qui s'occupe des maladies du foie de savoir à quel stade de fibrose se trouve le foie de son malade et à quelle vitesse se produit l'évolution .

Jusqu'en 2005 environ ,on ne disposait pour cela que de la biopsie du foie(PBH) ,examen assez couteux ,vulnérant et non dépourvu d'une morbidité et d'une mortalité certes faible mais incompressible.Les médecins et les malades n'aimaient pas la PBH et c'est pourquoi de nombreuses recherche pour la remplacer ont été entreprises .Anisi ,il a été développé des tests sanguins et des méthodes d'imagerie permettant de mesurer la fibrose

Le Fibroscan° est un examen qui mesure l'élastométrie du foie .Sa fiabilité a été vérifiée par de nombreuses études .C'est un examen très court (2 à 3 minutes) sans aucun danger et dont les critères de qualité ont été validés (taux de réussite ,écart par rapport à la moyenne) . Le résultat est un chiffre en Kilopascals dont l'interprétation doit être faite après examen du dossier médical du malade .

Depuis le début de son utilisation la réalisation du Fibroscan° a été déléguée a des IDE formées dans les centres experts.Notre souhait a été de valider cette procédure .

Cette démarche s'inscrit dans le cadre des délégations de tâche .Une IDE a été formée par le technicien de la firme ECHOSSENS ,par compagnonage avec un médecin (ON) et par un stage d'observation dans un service d'hépatologie .

La procédure a été débutée en Avril 2010.Après de très nombreux échanges par mail avec l'ARS et L'HAS ,nous avons participé a une réunion commune ,à l'HAS avec l'équipe de la Pitié-Salpêtrière(16-04-2012).De nombreux échanges ont encore eu lieu avant que l'avis de l'HAS favorable ne paraisse .A ce jour le dossier n'est pas encore complet du fait de la nécessité de fournir de nouveaux documents .

Il aura donc fallu 4 ans pour que notre projet soit validé malgré il est vrai une forte (pour ne pas dire plus) opposition du syndicat des praticiens libéraux .

Au CH de St brieuc ,il est réalisé en moyenne 800 Fibroscans /an .La moitié d'entre eux sont réalisés par un médecin en consultation externe .L'autre moitié ,c'est-à-dire pour les malades hospitalisés ,est réalisée par une IDE (4 IDE ont été formées) .Le résultat de l'examen est validé et interprété le jours même par un médecin .Les controles de qualité montrent que les résultats des examens par des IDE sont aussi fiables que ceux réalisés par les médecins .

Nous regrettons que la procédure soit si lourde pour un protocole aussi simple et nous avons plusieurs fois failli abandonner .

Actuellement un dossier a été déposé par l'hôpital de LANNION (avec lequel nous travaillons) et elles interesse plusieurs collègues de CHG .

En Gastroenterologie la délégation de tâche pourrait être développée en endoscopie .

*Avec la participation des Dr AZIZ,ZAVADIL,BOUTROUX et QUENTIN

26 - Traiter l'hépatite C chez des usagers de drogue en grande précarité : l'expérience de l'équipe mobile hépatites de Perpignan

Rémy André-Jean (1,2,3), Wenger H (1), Bouchkira H (1), Roth Y (1,2), Senezergues A (3), Amouroux C (1), Dahmuoni S (1,3), Khemissa F (1), Kouaouci M (1) Heran B (1). (1) Equipe Mobile Hépatites, (2) Service d'Hépatogastroentérologie, (3) UCSA Centre Hospitalier de Perpignan

L'hépatite C est plus fréquente chez les usagers de drogues et chez les personnes en situation de précarité et l'accès aux soins est souvent difficile en raison de l'accumulation de facteurs sociaux, psychiatriques et addictifs. Les recommandations de l'expertise collective INSERM de 2010 sur la réduction des risques infectieux préconisaient la prise en charge tout en 1 sur un seul site et en dehors de l'hôpital. L'équipe mobile hépatites du Centre Hospitalier de Perpignan a été mise en place en juillet 2013 sur des crédits MERRI avec une pleine activité depuis septembre 2013 ; elle propose sur site à 31 structures partenaires (UCSA, PASS, CAARUD CSAPA CHRS ACT etc..) tout ou partie des 6 prestations suivantes: tests de dépistage et d'orientation diagnostique (TROD) VIH et VHC, évaluation indirecte de la fibrose hépatique par FIBROSCAN, formation des équipes et information des usagers, séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, consultations médicales avancées. Sur l'année 2013 (4 mois) et 2014 (3 mois), 271 personnes ont été prises en charge ; 207

TROD ont été réalisés dont 14 positifs (5.1%) , 154 FIBROSCAN sur site ont été faits avec un score moyen de

8.4 KPa. Se sont ajoutés aux nouveaux patients dépistés 44 patients déjà connus VHC qui sont revenus vers le parcours de soins ; 15 patients ont été traités en 2013 et 13 en 2014 ; 4 patients sont déjà guéris et 23 sont en cours de bilan ou en attente de traitement ; 42 séances individuelles d'ETP ont été réalisées en 2013 et 38 en 2014 ; les patients étrangers (suivis à la PASS) avaient besoin de 2 fois plus de séances d'ETP que les patients suivis en CSPA et en UCSA. Cette évaluation intermédiaire démontre un bénéfice pour la prise en charge des patients précaires et/ou usagers de drogue sur leurs lieux de vie et de suivi médico-social dans le cadre d'une expérience unique et innovante assurant un continuum du dépistage au traitement augmentant le nombre de personnes dépistées, prises en charge et traitées, en étroite collaboration avec les intervenants médico-sociaux des structures partenaires.

27 - Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité : Expérience aux Resto du cœur.

B Bour 1, F Souala 2, H Hagège 3 G d'Abrigeon 4, L Bettan 5 I Flechard 6, M Manceau 7, M Bœuf 8. 1- CH Le Mans, 2- CHU Rennes, 3- CHIC Créteil 4-CH Montélimar, 5- CH Villeneuve Saint Georges, 6- CDAG, CH Le Mans, 7- Resto du Cœur Le Mans, 8- Roche.

Les resto du cœur apportent assistance aux personnes démunies. La prévalence de l'infection par les virus B (HBV) et C (HCV) est particulièrement élevée chez les personnes en situation de précarité. Seul 1 patient sur 2 infecté par le VHB ou le VHC se sait porteur de l'infection. Le but de l'étude a été d'évaluer et comparer (CDAG, CSAPA, donneurs de sang, PASS) la prévalence des infections virales B, C, HIV dans cette population.

Matériels et Méthodes : De décembre 2013 à mars 2014 un dépistage VHB, VHC et le VIH a été proposé aux bénéficiaires de centres de distribution des Restos du Cœur des villes du Mans, Rennes, Montélimar, Villeneuve saint Georges. Le recrutement s'effectuait par voie d'affichage dans le centre et par contact direct entre bénévoles et bénéficiaires. La semaine précédant le dépistage, les bénévoles du centre étaient formés par les médecins dépisteurs aux facteurs de risque et aux conséquences de ces infections permettant leur meilleure implication dans la motivation au dépistage proposé. Le dépistage était assuré dans le centre en une seule après-midi de distribution par une consultation médicale détectant les facteurs de risques et par la réalisation (Infirmière du CDAG) d'une sérologie pour marqueurs des VHB, VHC et HIV. Le jour du dépistage un représentant SOS Hépatites assurait une action d'information sur les risques de transmission. Le médecin donnait et commentait individuellement les résultats dans le centre de distribution 15 jours plus tard. Pour les personnes dépistées positives un complément de bilan était immédiatement prélevé; dans le même temps une consultation hospitalière était organisée.

Résultats: Parmi 6200 bénéficiaires des centres, 834 personnes (236 femmes (61%)) d'âge moyen de 42±13.5 ans ont accepté le dépistage et 43% d'entre elles étaient nées hors de France (75% Afrique subsaharienne, 15% Europe centrale, 10% Asie). Aucune des personnes dépistées n'avaient de symptômes. Des facteurs de risques étaient retrouvés dans 25% des cas (70% sanguins, 30% sexuels). Il existait une méconnaissance du statut vaccinal B dans 6%. Dans 89.7% des cas les résultats ont été donnés lors de la consultation de restitution. Les sérologies VHB, VHC, et VIH étaient positives respectivement dans 4.2%, 3.7% et 0.8% des cas. Les patients dépistés positifs ont eu une prise en charge hospitalière pour bilan et traitement dans 79.5% des cas. Une positivité de l'Ac anti-HbS était retrouvée seule ou associée à la présence d'Ac anti-HbC dans 27.3% et 11% des cas. Dix personnes (2.5%) avaient un Ac anti-HbC isolé. Trois patients étaient infectés par le VIH. Trois personnes étaient co-infectées VHB-VHC

Le tableau compare la prévalence de la positivité des infections virales testées selon le la population ciblée Don du sang CDAG Resto du cœur PASS CSAPA

Tableau 1-1

	Don du sang		CDA G		Resto du cœur		PASS		CSAP A	
	Testé	Positif	Testé	Positif	Testé	Positif	Testé	Positif	Testé	Positif
VIH	3004863	0.0013 %	11466	0.2%	834	0.8%	567	1.5%	84	1.2%
VHC	3004863	0.0039 %	2095	0.5%	834	3.7%	567	4 %	84	4 %
VHB	3004863	0.0004 %	-	-		4.2%	567	6.7%	-	-

Conclusion: Notre étude confirme que la prévalence du VHC est élevée chez les personnes en situation de précarité. Les resto du cœur, au même titre que les PASS ou les centres d'addictologie représentent un lieu privilégié d'incitation au dépistage des infections liées au VHB, VHC et HIV dans cette population.

28 - Conférence : « Traitement médicamenteux de l'addiction à l'alcool ».

P Perney (Nîmes)

Résumé. Le soin alcoolique doit systématiquement comporter une aide non médicamenteuse qui correspond généralement à un soin inspiré des thérapies cognitivo-comportementales, de l'entretien motivationnel, et des thérapies systémiques. En plus de ces soins, des traitements médicamenteux peuvent être associés.

Actuellement, 3 médicaments ont l'AMM. L'acamposate semble avoir plusieurs modes d'action dont un rôle de modulateur de l'excitation glutamatergique. Ainsi que montré dans de nombreuses études et métaanalyses, ce traitement est efficace dans le maintien de l'abstinence chez des malades ayant stoppé leur consommation d'alcool et désirant rester abstinent.

La naltrexone est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ qui permet une diminution des consommations excessives d'alcool et du nombre de jours de consommation. Son efficacité a été aussi largement démontrée dans de nombreuses études.

Le disulfiram qui est la plus ancienne molécule disponible est un traitement antabuse qui est responsable de nombreux effets négatifs (nausées, vomissements, céphalées, vertiges, flushes) en cas d'absorption d'alcool. L'efficacité thérapeutique du disulfiram semble démontrée si ce médicament est proposé en prescription supervisée (c'est à dire assistée par une infirmière ou un tiers).

Le baclofène est un agoniste GABAB dont les premières études remontent à 2000 et dont l'indication reste encore incomplètement définie (abstinence ou réduction de consommation). Plusieurs études ont montré une efficacité significative sur l'abstinence. Actuellement deux travaux en cours en France et dont les résultats pourraient permettre de demander une AMM. Une prescription est possible dans le cadre d'une RTU.

Le Nalmefene est un médicament qui est un antagoniste des récepteurs opiacés μ et agoniste partiel des récepteurs κ . Ce traitement, qui a comme indication la réduction de la consommation des malades alcoolodépendants qui ne désirent pas l'abstinence, vient d'obtenir une AMM et devrait être disponible en France avant octobre 2014.

Enfin, un nouveau traitement vient d'être évalué dans une étude européenne, l'oxybate de sodium. Cette molécule, utilisée depuis une vingtaine d'année en Italie et en Autriche a pour indication le maintien de l'abstinence chez des malades alcoolodépendants.



Les gardes d'endoscopie dans les hôpitaux généraux

JP Arpurt B Lesgourgues

L'ANGH est partenaire du CREGG pour le symposium des JFHOD.

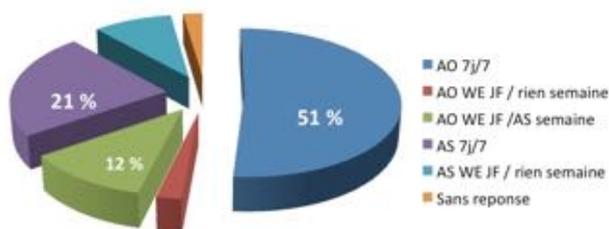
En 2014 le sujet ANGH était les urgences et l'endoscopie dans nos hôpitaux.

Nous remercions tous nos collègues et amis qui ont répondu à l'appel de l'enquête préparatoire.

Quelques réponses :

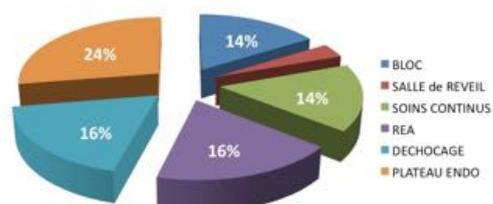


TYPE D'ASTREINTE

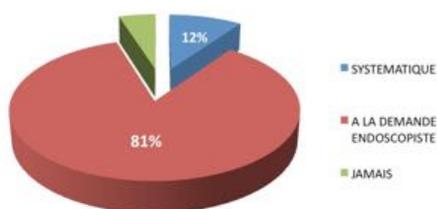


LIEUX D'EXAMENS

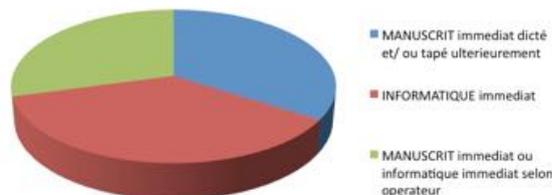
(Fréquence 4 – 5)



EXAMEN SOUS AG



REDACTION DU COMPTE RENDU



ENDOSCOPIE EN ASTREINTE

SEMAINE		WE et JOURS FERIÉS	
Calcul	Résultat	Calcul	Résultat
Décompte	29	Décompte	34
Moyenne	35	Moyenne	58
Médiane	19	Médiane	38
APRES MINUIT			
Moyenne	10		
Mediane	4,5		

Retrouvez l'ensemble des diapositives sur internet

http://www.anghweb.net/urgences_jfhod.pdf



Paroles aux associations Association France Côlon

Cancer colorectal : lancement d'une grande enquête nationale sur le vécu et les attentes des malades



Comment les malades sont-ils pris en charge ? Comment vivent-ils leur traitement ? Réussissent-ils à intégrer les essais cliniques ? Arrivent-ils à reprendre une vie sociale et professionnelle normale après l'hospitalisation ? Pour répondre au mieux aux besoins des malades et de leur famille, l'Association France Côlon, unique association de patients atteints d'un cancer colorectal en France, lance, début mai grâce au soutien de la Fondation Roche, une grande enquête nationale sur le vécu et les attentes des malades. « *Nous avons à cœur d'apporter des solutions concrètes aux difficultés que rencontrent les malades et leur famille dans leur vie quotidienne et pour les aider, nous devons connaître parfaitement leurs besoins* » déclare Jean-Louis Bertou, fondateur de l'Association France Côlon. Cette enquête sera diffusée dans les services de gastroentérologie et sur le site www.association-france-colon.fr pour recueillir un maximum de témoignages de patients.

En France, 42 152 nouveaux cas de cancer colorectal ont été estimés en 2012. Il se situe, tous sexes confondus, au troisième rang des cancers les plus fréquents.



Une enquête nationale pour mieux comprendre et soutenir les malades atteints de cancer colorectal

« *Après mon intervention chirurgicale au rectum, j'ai suivi une hormonothérapie qui n'a pas été sans effets secondaires, ce que j'ignorais complètement. Cela a duré pendant près d'un an. A ma sortie de l'hôpital, j'ai également rencontré des difficultés dans mon parcours de soins à cause du manque de coordination entre les professionnels de santé* » témoigne Dominique Perriot, ancien malade atteint d'un cancer colorectal.

Consciente de ces difficultés, l'Association France Côlon lance une grande enquête nationale -de mai à décembre - auprès des patients atteints de cancer colorectal. Elle sera diffusée dans tous les services de gastroentérologie pour toucher les malades hospitalisés et sera accessible en ligne sur le site de l'association, facebook, twitter et scoop.it, pour sensibiliser les patients revenus chez eux.

« *Cette enquête porte à la fois sur le dépistage, le diagnostic, le vécu des traitements mais aussi sur l'impact du cancer colorectal sur tous les aspects de la vie quotidienne du malade à savoir le bien-être physique, le bien-être psychique, le travail, la vie amoureuse, etc.* » explique Stéphane Korsia-Meffre, gastrologue - Dire la médecine.

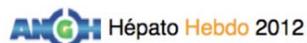
« *Les résultats de l'enquête vont nous permettre de mieux connaître les difficultés auxquelles sont confrontés les malades dans leur vie quotidienne et d'élaborer de nouveaux projets sur les 2-3 ans à venir auein de notre association pour répondre à leurs attentes* » annonce Jean-Louis Bertou. « *Par cette enquête, nous souhaitons également sensibiliser les autorités de tutelle aux besoins des malades et les faire réagir.* »



Informations sur les travaux de l'ANGH

Les études terminées

Hépato Hebdo



Une semaine d'Hépatologie
dans les Hôpitaux Généralistes

L'enquête HepatoHebdo a inclus 944 patients atteints de cirrhoses vus sur une semaine dans 42 centres de l'ANGH. Le message principal tiré de cette enquête est que la cirrhose, et notamment la cirrhose alcoolique, reste un problème majeur de santé publique en France malgré la diminution de la consommation moyenne d'alcool. De nombreux autres messages utiles ont été tirés de cette enquête. L'article est écrit et finalisé, il va être très rapidement soumis à J Hepatol. Nous remercions encore une fois

tous les centres qui ont participé.

Bertrand Condat

Mici Hebdo



Deux semaines MICI
dans les Hôpitaux Généralistes

L'enquête MICIHebdo a permis d'inclure 1087 patients par plus de 50 centres en 2 semaines. Les résultats ont été présentés aux JFHOD et à la DDW. Nous avons observé une épidémiologie des MICI superposable à celle observée par le registre EPIMAD. Nous avons également noté que le délai d'instauration des immunosuppresseurs et des anti-TNF diminué significativement avec l'année de diagnostic de la MICI. Ces résultats sont en cours de rédaction.

Aprovvie 1 a démarré le 15 octobre 2012 et s'est terminé le 16 octobre 2013

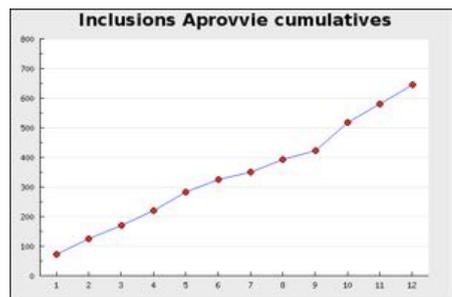


APROVVIE

Anti-Protéases dans la Vie

Rémy AJ, Nalet B, Henrion J, Lesgourgues B, Arotcarena R, Pariente A, pour un groupe d'investigateurs de l'ANGH (Etude Aprovvie).

Télaprevir, dysfonction rénale et anémie. AFEF, Lille 2013 (communication affichée).



Pariente A, Langlet P, Lesgourgues B, Le Guillou B, Labadie H, Billet G, Bour B, Crombe V, Costentin L, Deltenre P, Wartel F, Bettan L, Lison H, Zerouala F, Schnee M, Hagège H.

La mesure de la virémie à S2 est-elle utile au cours du traitement de l'hépatite chronique C par une trithérapie incluant une anti-protéase ? Evaluation dans la cohorte APROVVIE-ANGH.

JFHOD Paris, 21 mars 2014 (Communication affichée).

Rémy A-J, Lesgourgues B, Arpurt J-P, Causse X, Denis J, Rosa-Hezode I, Raabe J-J, Pauwels A, Macaigne G, Hervio P, Pilette C, C. Renou V, Henrion J, Payen J-L, Nalet B, Arotcarena R, Weiss A-M, Montigny-Lenhardt S de, Bianchi A, Bourhis F, Pileire G, Faroux R, Jouannaud V, Hagège H, Pariente A.



Trithérapie avec antiprotéases dans l'hépatite chronique C de génotype 1. Résultats préliminaires d'efficacité et de tolérance initiales de la cohorte APROVIE ANGH.

JFHOD Paris, 21 mars 2014, Communication orale.

Pariente A, Rémy AJ, Lesgourgues B, Hagège H, for the ANGH

Risk factors for severe anaemia during telaprevir-based triple therapy : is acquired renal dysfunction the missing link ?

Liver Intern 2014 (lettre, accepté pour publication)

Renal dysfunction associated with telaprevir-containing triple therapy for chronic hepatitis C : is early prediction possible ?

Eur J Gastroenterol Hepatol 2014 (accepté pour publication).

Protocole CHOC

Soumission AFEF 2014

Impact des traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires sur la morbi-mortalité des hémorragies de l'hypertension portale sur cirrhose

Pauwels A. (1) ; Carbonell N. (2) ; Le Bricquoir Y. (3) ; Coelho J. (4) ; Causse X. (5) ; Cervoni JP. (6) ; Cadranel JF. (7) ; Archambeaud I. (8) ; Remy AJ. (9) ;

Ehrhard F. (10) ; Elriz K. (11) ; Bureau C. (12) ; Pofelski J. (13) ; Rostain F. (14) ; Macaigne G. (15) ; Vergniol J. (16) ; Lamare L. (17) ; Pelletier AL. (18) ;

Vitte RL. (19) ; Guillygomarc'h A. (20) ; Payen JL. (21) ; Thabut D. (22) ; Club Français pour l'Etude de l'Hypertension Portale; Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH)

(1) Centre Hospitalier de Gonesse, Gonesse ; (2) Service d'Hépatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris ; (3) service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier de Béziers, Béziers ; (4) Service d'Hépatologie, Hôpital Jean Verdier, Bondy ; (5) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier régional La Source, Orléans ; (6) Hépatologie, CHU Minjoz, Besançon ; (7) Pr associé au CMHP - Hépatogastroentérologie et Diabétologie, Centre hospitalier H Laennec, Creil ; (8) Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Nantes - hôpital Saint-Jacques, Nantes Cedex 1 ; (9) Hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier de Perpignan, Perpignan ; (10) Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex ; (11) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-essonne ; (12) Service d'hépatogastroentérologie, Hopital Purpan CHU Toulouse, Toulouse ; (13) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier d'Annecy, Annecy ; (14) Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Dijon, Dijon ; (15) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier de Marne la Vallée, Marne-la-vallée ; (16) Hépatologie, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac ; (17) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier de Lorient, Lorient ; (18) Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Bichat, Paris ; (19) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier de Poissy, Poissy ; (20) Service des Maladies du Foie, Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou, Rennes ; (21) Pôle médico-chirurgical, Hôpital de Montauban, Montauban ; (22) Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier La Pitié Salpêtrière, Paris

Soumission AASLD

Impact of anticoagulant and antiaggregant therapy on portal hypertension-related upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis. Results from a prospective multicentric observational study

D. Thabut (1), Y. Le Bricquoir (2), N. Carbonell (1), X. Causse (3), J. Coelho (1), J.F. Cadranel (4), J.-P. Cervoni (5), A.J. Rémy (6), I. Archambeaud (7),

K. Elriz (8), F. Ehrhard (9), J. Pofelski (10), C. Bureau (11), B. Bour (12), F. Rostain (13), F. Dewaele (14), J. Vergniol (15), J.A. Seyrig (16), A.-L. Pelletier (1), F. Zerouala (17), A. Guillygomarc'h (18), A. Pauwels (19), Club Français pour l'Etude de l'Hypertension Portale (CFHTP), Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH)

(1) Paris ; (2) Béziers ; (3) Orléans ; (4) Creil ; (5) Besançon ; (6) Perpignan ; (7) Nantes ; (8) Corbeil-Essonnes ; (9) Reims ; (10) Annecy ; (11) Toulouse ; (12) Le Mans ; (13) Dijon ; (14) La Roche-sur-Yon ; (15) Pessac ; (16) Pontivy ; (17) Meaux ; (18) Rennes ; (19) Gonesse.

VHE grossesse

C. Renou, C. Locher

314 échantillons début de grossesse et 118 échantillon de fin de grossesse

Séro-prévalence IgG en début grossesse (Wantai) = 7,7 % total ; 3,6 % nord et 29,3% sud (p<0,001), gradient nord-sud confirmé en France dans la population étudiée

Facteurs liés à la positivité des IgG en début grossesse : âge
 Pas de cas de séro-conversion IgG au cours de la grossesse
 Acceptée en poster à l'AFEF et à l'ASSLD
 Publié dans : Virol J. 2014 Apr 9;11(1):6

Les études en cours

☑ APACH informations juillet 2014



Coordonnateur |
Dr. Roger Faroux
 Hépatite-Gastroentérologie
 CHU Vendée
 02 51 44 21 63
roger.faroux@chu-vendee.fr

368 patients inclus
 Le rythme d'inclusion est bon
 maintenant il faut mettre l'accent sur
 la saisie des données !

Résumé Général

- Début des inclusions : le 18/10/2013
- Nombre d'inclus actuel : 368
- Nombre de centres : 43 centres actifs sur 62 inscrits
- Rythme d'inclusion : en moy. 36 inclus /mois actuellement contre 42 attendus

Info <http://www.anghweb.net/apach>

☑ Aprovevie 2

Lancement Aprovevie 2 le 4 juillet 2014. Info -> http://www.anghweb.net/observatoire_aprovie



Grâce à l'investissement sans faille sur un an d'octobre 2012 à octobre 2013 l'ANGH avec son observatoire Aprovevie d'utilisation des antiprotéases de 1ère génération dans la vraie vie, a montré une fois de plus sa capacité à se mobiliser et obtenir une belle série de traitements. 649 dossiers ont été exploités et publiés :

http://www.anghweb.net/observatoire_aprovie/aprovie/Les_travaux.html

L'équipe Aprovevie a décidé de ne pas en rester là : les nouveaux anti-viraux font plus que pointer leur nez. Le recensement sur les centres Aprovevie 1 montre fin juin 2014 qu'au moins 220 traitements ont été mis en route et 175 de plus sont escomptés dans l'année.

Notre eCRF simple et efficace a été adapté à ces nouvelles molécules et est prêt à recevoir vos cas traités rétrospectivement depuis le 01/01/2014 ou prospectivement à partir de maintenant.

Les modifications sont minimales : elles portent sur une meilleure caractérisation des cirrhoses et l'évaluation de l'asthénie.

Les effets indésirables graves, comme dans Aprovevie 1 font l'objet d'une attention toute particulière. Ces données futures intéressent outre nos partenaires industriels, l'AFEF pour publier l'impact de ces nouveaux traitements en France en 2014. Notre force de frappe est donc bien réelle.

Pour les centres déjà inscrits et qui ont inclus, c'est simple même login même mot de passe au travail, pas de réinscription.

Pour les autres il faut s'inscrire : http://www.anghweb.net/observatoire_aprovie/aprovie/Inscriptions.html

Vous n'avez que quelques observations elles nous intéressent : à l'ANGH les petits ruisseaux font de grandes rivières !

Rejoignez-nous.

Nous tâcherons d'aider les centres en difficulté de saisie dans la mesure de nos moyens.

Merci d'avance de votre participation à la saison 2 de l'aventure Aproxvie

Tous les détails sur :

http://www.anghweb.net/observatoire_aproxvie/aproxvie/Accueil.html

N'hésitez pas à nous interroger

Alex Pariente Hervé Hagège André Jean Rémy Bruno Lesgourgues Jean-Pierre Arpurt
au 13 août



Les études en projet

PIBAC

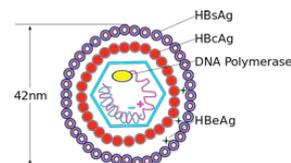
L'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (AgHBs) PIBAC (Porteurs Inactifs du B Angh Cregg) a reçu le 27 mai 2014 un avis favorable du CPP de Tours.

Elle est désormais soumise au CCTIRS, en attendant la CNIL.

Si ces avis sont favorables, le lancement est prévu au congrès de Béziers.

Il s'agit de recruter en 1 an 1000 porteurs inactifs de l'AgHBs et de les surveiller 5 ans avec recueil des éléments habituels de surveillance, génotypage du VHB à l'inclusion et quantification annuelle de l'AgHBs (centralisés à Paul Brousse via Biomnis ou Cerba).

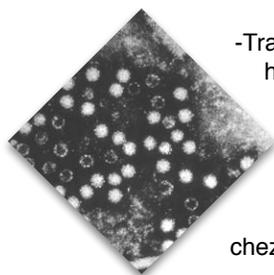
Merci aux centres intéressés qui ne seraient pas encore manifestés de me contacter et de le CV de l'investigateur principal du centre xavier.causse@chr-orleans.fr



m'envoyer

Etude de la prévalence et des conséquences de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite E chez les malades présentant une décompensation aiguë d'une cirrhose alcoolique

- Prévalence et conséquences du VHE non connus dans ce contexte



-Travail préliminaire réalisé à Paul-Brousse dans une population de 84 malades hospitalisés pour une hépatite alcoolique grave (Haim-Boukobza S et al., Liver int 2014) : hépatite aiguë E associée chez 3 malades (3,6%), pas d'influence négative de l'infection virale sur le pronostic (mais faible effectif pour comparaison)

-Critères cliniques nécessaires pour inclusion : association des critères 1 et 2

1-Maladie alcoolique hépatique chronique au stade de cirrhose (consommation d'alcool ≥ 40 g/j chez l'homme et ≥ 30 g/j chez la femme)

2-Décompensation aiguë sous la forme (Moreau et al., Gastroenterology 2013) :

-d'une ascite apparue en moins de 2 semaines, de grade 2 (traitement par diurétiques) ou 3 (traitement

par PA)



- et/ou d'une encéphalopathie hépatique
- et/ou d'une hémorragie digestive
- et/ou infection bactérienne (ILA, septicémie, cellulite, infection pulmonaire, infection urinaire)
- et/ou d'un ictère (bilirubine totale ≥ 35 micromoles/l)

- Justification du nombre de sujets : 300 patients en 6 à 12 mois pour détecter une différence minimale de 32%, entre 53% de survie chez les patients avec hépatite E et 85% de survie sans hépatite E
- Acceptation de l'étude par le CPP, la CNIL et le CCTIRS
- eCRF
- Lancement à Béziers
- Contact : Christophe Renou (crenou@ch-hyeres.fr)

Pylori Hebdo



Promoteur : Anne Courillon-Mallet (Villeneuve-Saint-georges)
anne.Courillon-Mallet@chiv.fr
S Nahon, F Heluwaert, B Lesgourgues

Du 17 Novembre au 7 Décembre 2014

3 semaines d'enquête ANGH

sur le traitement d'éradication de *H.pylori* et sur le devenir des biopsies gastriques Hp+

Enquête auprès de chaque médecin gastroentérologue volontaire travaillant dans un centre ANGH

Un questionnaire à remplir en ligne :

- Quelques renseignements à ne remplir qu'une fois
- Une fiche par patient à qui vous avez prescrit un traitement d'éradication de *H.pylori* pendant les 3 semaines
- Une fiche pour chaque résultat histo de bx gastrique **Hp+** reçu pendant les 3 semaines de l'enquête

Toutes les informations pratiques détaillées seront disponibles à Béziers puis sur le site internet.
http://www.anghweb.net/pylori_hebdo/

Observatoire national des patients traités par Baclofène pour Alcool-DEpendance Investigateurs coordinateurs :

Dr Camille Barrault

Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie et Service d'Hépatogastroentérologie

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil,

E-mail: camille.barrault@chicreteil.fr

Dr Jean-Francois Cadranel

Service d'Hépatogastroentérologie

Centre Hospitalier Laennec - 60100 Creil

TE-mail : jfrancois.cadranel@ch-creil.fr

Centre de Recherche Clinique du CHI Créteil

Dr Camille Jung

40 avenue de Verdun - 94010 Créteil

Tel : 01.57.02.22.68 / Fax : 01.45.17.51.56 E-mail : camille.jung@chicreteil.fr





Une association loi 1901 telle que l'ANGH a besoin d'un grand nombre d'adhérents en règle de leur cotisation.

Cette cotisation vous permet d'entrer sur la partie adhérent du site internet et de bénéficier ainsi de divers documents en téléchargement comme les diaporamas du congrès. Vous pourrez aussi bénéficier d'une participation de l'ANGH aux frais de déplacement pour vous rendre au congrès.

Merci d'avance de votre implication effective dans la vie de l'association

ANGHment vôtre.

**Docteur Isabelle Rosa
Trésorière ANGH**

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

à régler par chèque à l'ordre de l'**A.N.G.H**

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

Chèque à adresser à Madame la trésorière :

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

Dès réception de votre règlement, un reçu vous sera adressé

Civilité : Mademoiselle /Madame/Monsieur

NOM :

Prénom :

Hôpital :

Fonction :

email :

Adieux
émus...
A l'année
prochaine

20...



2016
Dunkerque



2015
Orléans



2014
Béziers





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



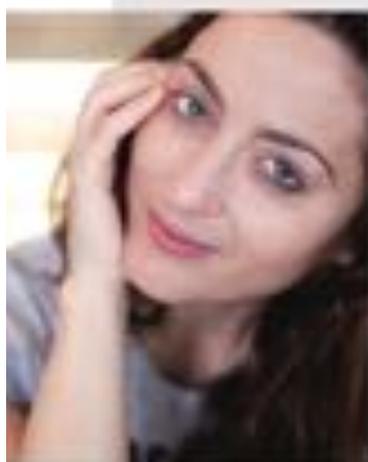
Et si...

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



Et si...

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



Et si...

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

Et si...

demain se construisait dès aujourd'hui ?