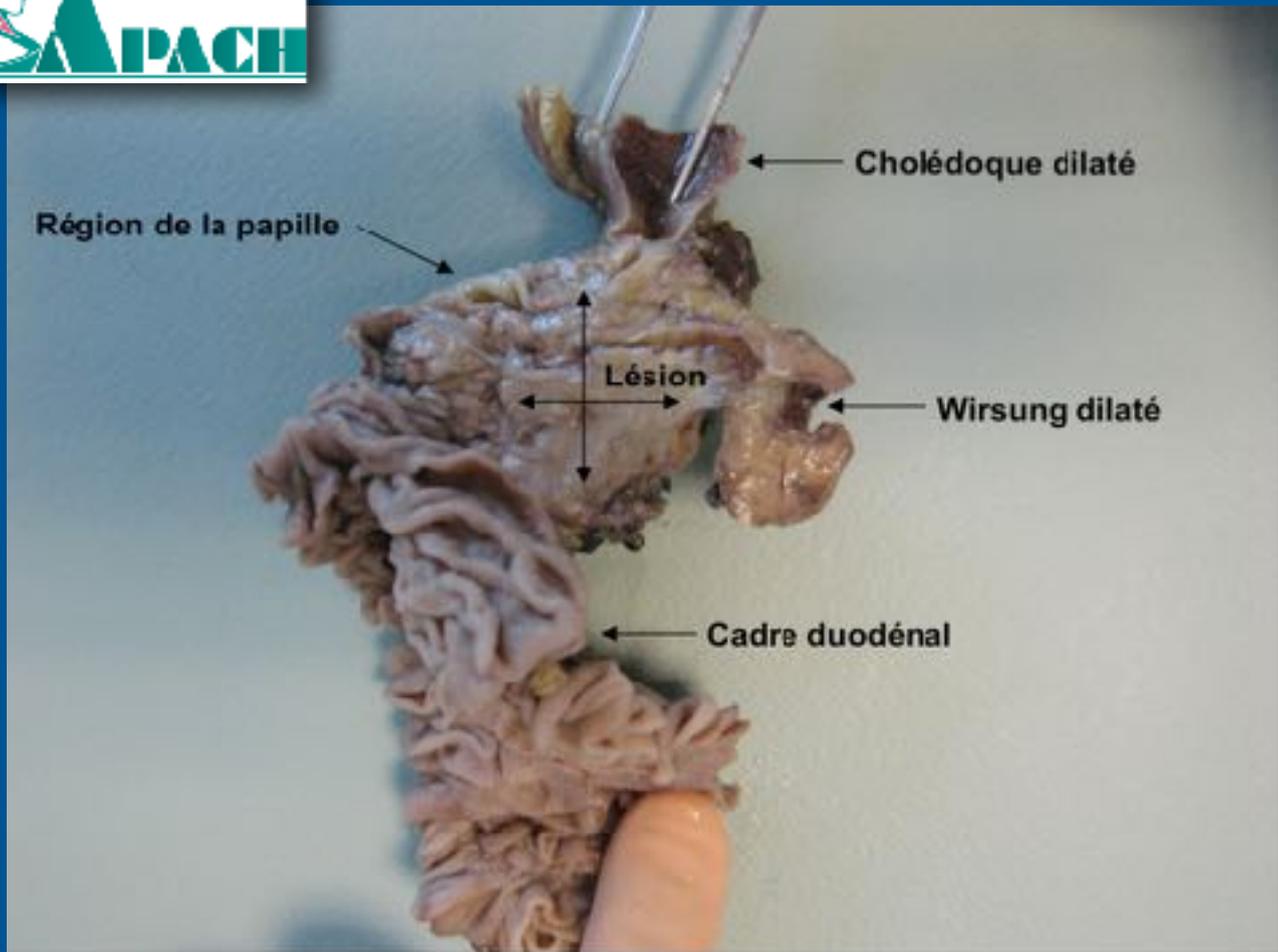


Observatoire Adénocarcinome du PANcréas en Centre Hospitalier



Pièce de DPC pour adénocarcinome pancréatique de 3.5 cm

A lire aussi :

- ✓ Reportage Congrès Montélimar 2013
- ✓ MICI Hebdo la saga !
- ✓ Nos protocoles et observatoires
- ✓ L'ANGH aux JFHOD 2014
- ✓ Congrès 2014 Béziers
- ✓ S'inscrire à l'ANGH

Crédit photographique
CH de Vendée Pièce opératoire de DPC
d'un adénocarcinome pancréatique de
3,5cm

10 ans de communications aux congrès de l'ANGH en base de données

<http://www.angh.org>

Comment utiliser un Flash code : <http://www.flashcode.fr/>

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 : Agnès Pélaquier, Public domain
 Wikimedia Commons
 Dépôt légal Janvier 2014 N° ISSN 1964-8278



Editorial

ANGH combien de divisions <i>AJ Rémy Perpignan</i>	5
---	---

Congrès Montélimar 2013

Les points forts des communications gastroentérologiques du 21ème congrès de l'ANGH <i>par Dr Vincent Quentin (St Brieuc)</i>	6
---	---

Montélimar le off ! <i>par Dr Vincent Quentin (St Brieuc)</i>	7
--	---

Nos protocoles et nos observatoires

MICI HEBDO : de l'idée à la publication..... <i>par Stéphane Nahon (Montfermeil)</i>	8
---	---

APACH..... (Adénocarcinome PANcréatique en Centre Hospitalier) <i>par Roger Faroux La Roche-sur-Yon</i>	9
---	---

Observatoire national des patients traités par Baclofène pour Alcool-DEpendance OBADE <i>par Camille Barrault (Créteil)</i>	12
---	----

Cohorte de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (AgHBs) PIBAC..... <i>par Xavier Causse (Orléans)</i>	13
--	----

ETUDE RETROSPECTIVE LPANGH (low phospholipid-associated cholestasis and cholelithiasis in ANGH community) <i>par Magali PICON-COSTE (Aix en Provence)</i>	15
---	----

La participation aux protocoles -> les utiliser pour évaluer vos pratiques professionnelles <i>par JP Dupuychaffray (Angoulême)</i>	16
---	----

MARS Bleu

Mars bleu 2014 : Mois de mobilisation contre le cancer colorectal..... <i>par le Christophe Locher (Meaux)</i>	17
---	----

Témoignage Mars bleu 2014 Mois de mobilisation contre le cancer colorectal..... <i>par Cécile Poupardin (Montfermeil)</i>	18
---	----

Brèves JFHOD	19
---------------------------	----

Congrès Béziers	21
------------------------------	----

Bulletin d'adhésion

Les Instances

Association Nationale
des hépato-Gastroentérologues
des Hôpitaux généraux
de France



Association régie par la loi de 1901

Site Internet <http://www.angh.org>

Président

Dr B LESGOURGUES (Montfermeil)

Vice-Président

Dr JF CADRANEL (Creil)

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 HAGEGE (Créteil)

Conseil scientifique

Président Christophe Renou Hyères

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)

Secrétaire Général Adjoint

Dr S NAHON (Montfermeil)

Trésorier

Dr I ROSA (Créteil)

Conseil d'administration :

Dr R. AROTCARENA (Pau)

Dr J.P. ARPURT (Avignon)

Dr A. BLANCHI (Le Mans)

Dr C. BORIES (Beauvais)

Dr B. BOUR (LE Mans)

Dr J.F. CADRANEL (Creil)

Dr B CONDAT (Bry sur Marne)

Dr A. COURILLON MALLET (Villeneuve St Georges)

Dr B. DENIS (Colmar)

Dr J.P. DUPUYCHAFFRAY (Angoulême)

Dr R. FAROUX (La Roche sur Yon)

Dr A. FLEURY (Neuilly Sur Seine)

Dr D. GRASSET (Vannes)

Dr H. HAGEGE (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)

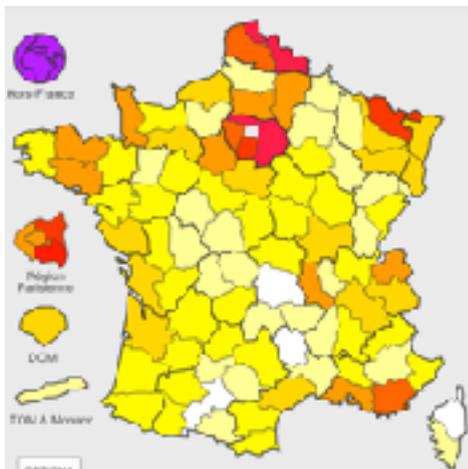
Dr A.J. REMY (Perpignan)

Dr C. RENO (Hyères)

Dr I. ROSA (Créteil)

Dr R.L. VITTE (Poissy)

LA France des adhérents





Angh combien de Divisions ?

L'exercice salarié est l'exercice majoritaire des nouveaux diplômés et ceci quelle que soit leur spécialité ; l'autre phénomène est la féminisation progressive de la profession même si on ne compte que deux femmes parmi la trentaine de conseillers nationaux de l'ordre des médecins...

L'ANGH est une force à la fois par le nombre adhérents directs, même s'il n'y en a jamais assez, mais aussi par le nombre de patients inclus dans les études cliniques !

Un résumé des études 2013 fait partie de ce numéro ainsi qu'un aperçu des études suivantes:

Apache a débuté en octobre, quantification antigène HBs ouvrira 2014 et Obade les suivra en mars. A Montelimar le Conseil d'Administration a entériné la nomination des référents par pathologie : à charge à chacun des heureux nommés de faire vivre leur groupe. Il leur faudra le constituer pour être force de proposition à l'ensemble de ANGH et augmenter notre visibilité en dehors: partenaires universitaires et libéraux, industrie pharmaceutique voire groupes de travail ministériels !

2014 sera également l'année du passage de témoin de notre président : le choix en sera fait lors du conseil d'administration de janvier pour une application en septembre à Béziers. Celui ou celle qui prendra la tête de notre association devra relever l'ensemble de ces défis:

- ✓ maintenir voire augmenter le nombre d'adhérents
- ✓ assurer la transition générationnelle
- ✓ augmenter la visibilité extérieure de notre association,
- ✓ maintenir la recherche clinique à son niveau actuel.

En pratique s'inscrire dans la continuité de notre président actuel !

Dr André-Jean Rémy

**Secrétaire Général
Rédacteur en Chef**



Les points forts des communications gastroentérologiques du 21ème congrès de l'ANGH

par Dr Vincent Quentin (St Brieuc)



Deux communications ancillaires ont été réalisées à partir de la cohorte de patients de l'étude des hémorragies digestives basses de 2007 :

l'une sur les saignements diverticulaires (Nahon et al. Montfermeil), l'autre sur ceux secondaires aux angiodysplasies (Nahon et al. Montfermeil). Concernant les saignements diverticulaires, le facteur prédictif de récurrence était un taux d'hémoglobine initial inférieur à 7g/dl. Les facteurs de risque de mortalité étaient l'âge supérieur à 80 ans et le taux d'hémoglobine inférieur 7g/dl. A 5 ans il y avait un taux de récurrences de 50% et 13% de récurrences mortelles. Concernant les angiodysplasies il y avait environ 40% de récurrences tardives et 19% de mortalité.

La qualité de la coloscopie est un sujet d'actualité, deux études ont été présentées sur ce thème.

L'équipe du CH de Montauban s'est attaché à comparer 4 préparations laxatives utilisées en ambulatoire : Klean prep, Citra fleet, Colo kit et Pico prep (Payen et al.). Cette étude confirme que la préparation classique par PEG donne de meilleurs résultats de propreté (Boston supérieur ou égal à 7 dans 75% des cas vs environ 50% pour les 3 autres) et qu'il n'existe pas de différence significative entre les 3 autres.

Les manœuvres utilisent une base de données spécifique qui a permis une analyse rétrospective sur 5 ans de l'évaluation des pratiques et de la qualité des coloscopies (Tissot et al.). Deux éléments ont été considérés comme une avancée notable pour la qualité de la préparation : la prise fractionnée du PEG et la pompe de lavage.

En Seine et Marne **le dépistage du cancer colorectal** est effectif depuis 6 ans ce qui permet de comparer les résultats des 2 campagnes successives (Kaumanis, Locher et al.). Par rapport à l'analyse nationale de l'InVS, il est noté quelques particularités locales comme l'augmentation du taux de test positif à la 2^e campagne (peut être en lien avec une différence inter laboratoire), l'augmentation du taux de détection des adénomes avancés chez les hommes et l'absence de différence de détection des cancers droits.

Après le succès de Vidéo Digest le centre d'Avignon nous présentait son expérience en endoscopie interventionnelle avec une série de 30 patients ayant bénéficié d'une **kystogastrostomie par voie écho-endoscopique** (Arpurt et al.). Il en ressort des taux de succès technique et de complication superposables aux données de la littérature. Une intéressante discussion s'est engagée avec le Dr Boustière dont il ressort que l'on pourrait garder le drainage conventionnel par queue de cochon dans les cas classiques et par les prothèses de type « diablo » lorsqu'une nécrosectomie se discute.

Deux cas cliniques particulièrement intéressants :

- l'un nous montrant que **la transplantation fécale** (ou « transplantation de microbiote intestinal ») était reproductible et efficace dans le traitement des colites à clostridium difficile sévères ou récidivantes en alternative à une chirurgie radicale (Aziz et al. St Brieuc) ;
- l'autre qu'une anémie par carence martiale peut révéler un diverticule de Meckel compliqué d'une tumeur endocrine (Hommel et al. Aix en Provence).

Le volume de **prescription des IPP** est important, mais qu'en est-il de leur pertinence ? L'étude réalisée au CH de Marne la Vallée permet d'avoir quelques éléments de réponse (Macaigne et al.). Sur une journée, l'ensemble des prescriptions chez les patients en hospitalisation traditionnelle a été analysé. Seules 30% des indications correspondaient à celles de l'AMM. Au total seules 42% des prescriptions étaient conformes pour l'indication, la posologie et la voie d'administration.

La seule **communication proctologique** de ce congrès est perpignanaise et nous rappelle que la prévalence des infections HPV chez les patients VIH est élevée (33%) et rend indispensable l'examen systématique annuel ainsi qu'une étroite collaboration avec nos collègues de maladies infectieuses, comme le souligne les récentes recommandations de l'INCA (Remy et al.).

Enfin nos collègues du CH de Cholet nous ont présenté l'intérêt d'identifier des lits de soins palliatifs au sein d'un service d'hépatogastroentérologie (Kaassis et al.). La création de l'unité a été à l'origine de l'obtention d'un poste infirmier et aide-soignant dédiés, de l'amélioration de la prise en charge des patients et de leur famille ainsi que par la valorisation financière des séjours.

Au total, un cru très instructif !

Congrès Montélimar 2013

Montélimar le off !

par Dr Vincent Quentin (St Brieuc)



Notre envoyé spécial à Montélimar nous a rapporté, outre des paquets de nougats, quelques infos croustillantes et/ou émouvantes ...

Ainsi on s'aperçoit qu'Olivier Nouel s'y connaît en chant de marins pour animer un trajet nocturne en bus. Mais qui était donc ce Roger dont il chantait les louanges ? Certains murmurent qu'il s'agit d'un single malt ...

Toujours dans l'animation touristique on note que Bernard Nalet aurait fait une excellente carrière de guide pour les visiteurs faisant une

pause sur la Nationale 7 !

Il semble qu'il y ait eu quand même quelques sessions de travail studieuses. Cependant un esprit farceur s'est fait un devoir de piéger de nombreux diaporamas ... Curieusement les présentations de Montfermeil ne l'ont pas été !



On reste circonspect sur la qualité des soins de suivi de grossesse au CH Sud Francilien puisqu'à la lecture de la page 11 du programme des communications on s'aperçoit que Jacques Denis réalise des échographies fœtales. Pourvu que l'HAS ne s'empare pas de ce document !

Outre le prix du meilleur cas clinique, notre jeune collègue briochin s'est vu remettre par un Bernard Nalet hilare une bouteille de « vin de merde » pour couronner sa présentation sur la transplantation fécale. La grande classe ... Nous vous tiendrons au courant du résultat de la dégustation qui, on l'espère, ne sera pas un blind-test versus le microbiote.

Enfin, au rayon potins nous avons appris lors de la dernière conférence, d'un haut niveau culturel par ailleurs, que Denis Labayle pourrait presque être considéré comme étant à l'origine du phénomène «Intouchables».

Le point d'orgue émotionnel de ce congrès a été la petite « cérémonie » en l'honneur du local de l'étape, Bernard Nalet, menée sous la houlette d'Isabelle Rosa avec un diaporama contenant quelques pépites !!

Notre petit reporter attend avec impatience de pouvoir se rendre à Béziers pour recueillir d'autres passionnantes informations.



Denis Labayle, Isabelle Rosa Bernard Nalet





MICI HEBDO : de l'idée à la publication

par Stéphane Nahon (Montfermeil)



L'idée de **MICI HEBDO** est venue naturellement après le succès d'HEPATO HEBDO : en juin 2012 les informations de plus de 2000 patients ayant une hépatopathie chronique suivis dans les CHG .

Réaliser la même enquête au cours des MICI était ambitieux étant donné la fréquence moindre de cette maladie dans nos CHG.

Afin de mener à bien ce projet, nous avons des impératifs et des contraintes. Il fallait :

- utiliser un outil de saisie simple pour notamment être le plus exhaustif possible.
- être conforme à la réglementation,
- financer le projet
- fédérer un nombre maximum de centres.

Ainsi le choix s'est porté sur le logiciel d'enquête en ligne LimeSurvey issu du « monde libre » que nous avons déjà utilisé, de manipulation aisée, déjà installé sur notre serveur web et que nous connaissons bien.

Tout observatoire, protocole d'étude nécessite des formalités administratives complexes. Il nous avait été recommandé de déposer le projet auprès du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) d'une part et d'autre part de la CNIL.

Pour le CCTIRS, nous nous sommes largement inspirés d'HEPATO HEBDO et avons soumis début avril dans l'hypothèse de débiter l'enquête en juin. La réponse n'est parvenue que vers le 25 mai, nous demandant de retravailler le texte, car les experts pensaient (à tort), que nous avions la prétention de réaliser une enquête épidémiologique. Après avoir mieux précisé nos buts, la réponse du CCTIRS à la mi-juillet était « ce type d'enquête ne justifie pas un passage auprès du CCTIRS »...

Ainsi, si ce type d'enquête doit être renouvelé, notamment en oncologie, nous saurons qu'une soumission au CCTIRS n'est pas nécessaire !

Par la suite, ce dossier a été déposé sans difficulté auprès de la CNIL.

Parallèlement, nous avons souhaité un soutien de l'industrie En dehors de la nécessité de convaincre un partenaire, il faut surmonter la bureaucratie prenante là aussi avec une rédaction du projet en anglais d'une part et la soumission d'un questionnaire anglophone en ligne d'autre part.

C'est ainsi que nous avons dû reporter l'étude au 02 septembre. Grâce au soutien et à la complicité de Bruno LESGOURGUES, nous avons réussi à motiver les troupes, c'était une gageure en ce retour de vacances estivales. En effet, vous avez été «inondés» de mails précisant le début de l'étude ainsi que des relances au cours de l'enquête.

Quoi qu'il en soit, MICI HEBDO a été un succès. En effet, 57 centres se sont mobilisés, et les données de 1083 patients ont été saisies. Limesurvey nous a fourni rapidement les premières statistiques descriptives et grâce à l'aide toujours précieuse et indéfectible de Pierre LAHMEK, les premiers résultats de statistiques analytiques ont pu être établis en vue d'un résumé pour les JFHOD mais également pour la DDW. Le travail est accepté en communication orale aux JFHOD 2014.

Je ressors de cette « aventure » à la fois la nécessité d'une ténacité sans faille, et un professionnalisme de notre Association. Une étroite collaboration entre le Conseil Scientifique et le Conseil d'Administration est fondamentale. La préparation, la mise en place et le suivi d'une étude supposent une véritable stratégie de communication.

Notre association est toujours vivante, et sait en cas de besoin se mobiliser. La complexité relative de mise en oeuvre ne doit pas décourager les initiatives : une « cellule de rédaction de protocoles » pourrait être utile afin d'aider les collègues.



APACH (Adénocarcinome PANcréatique en Centre Hospitalier)

Dr Roger Faroux La Roche-sur-Yon



« La prise en charge thérapeutique a bénéficié de progrès indéniables récents »

Les tumeurs malignes du pancréas exocrine sont essentiellement représentées par les adénocarcinomes canaux. Avec environ 8000 cas par an en France, l'adénocarcinome du pancréas est la cinquième cause de décès par cancer dans les pays occidentaux. C'est derrière le cancer colorectal le deuxième cancer digestif. Le pronostic reste très défavorable avec un ratio incidence mortalité proche de 1 et une survie à 5 ans < 5%

L'adénocarcinome pancréatique est en augmentation sur les dernières décennies. Parmi les facteurs environnementaux, le tabac est le seul dont l'effet promoteur est clairement admis. Le risque relatif est de 1,7 chez les fumeurs actifs et de 1,2 chez les anciens fumeurs. Diabète et surcharge pondérale sont des facteurs faiblement associés avec un risque relatif peu différent de 1. Une méta analyse récente ne retrouve pas d'association entre la consommation de glucose, de sucrose, l'index glycémique et le cancer du pancréas exocrine. La consommation excessive d'alcool n'induit un sur-risque que pour les consommations très élevées.

La prise en charge thérapeutique a bénéficié de progrès indéniables récents : La chirurgie d'exérèse, seule capable d'offrir une chance de guérison a vu sa faisabilité augmenter, y compris en dehors des centres experts. La mortalité de la DPC est de 10% environ et de 2% en centre expert. La morbidité de cette intervention reste cependant lourde en particulier chez le sujet âgé ou altéré.

CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE

La gemcitabine en traitement adjuvant pendant 6 mois permet de faire passer la survie à 5 ans de 10% à 21 % par rapport à l'absence de traitement. A 10ans la survie passe de 7,7% à 12,2%. Chez les patients ayant bénéficié d'une résection R0, ce traitement adjuvant est le standard actuel. L'utilisation du 5FU reste une option.

CHIMIOThERAPIE PALLIATIVE ;

Depuis 1997 et une étude phase III démontrant une faible mais significative amélioration de la survie globale des cancers pancréatiques métastatiques (5,6 vs 4,4 moi, p=0.002) traités par Gemcitabine par rapport au placebo, celle-ci était le standard thérapeutique des formes métastatiques. La publication en 2011 par une équipe française de l'efficacité d'une association d'Irinotécan, d'oxaliplatine et de FU (FOLFIRINOX) a permis de faire passer chez des patients en bon état général la survie de 6,8 à 11,1 mois avec un taux de réponse de 31,6% contre 9,4% pour la gemcitabine .

Ce schéma FOLFIRINOX est actuellement l'option principale de première ligne métastatique chez les patients non ictériques et en bon état général.

NOUVEAU

Médecine individualisée en cancérologie : actualités et perspectives

Programme **unic**



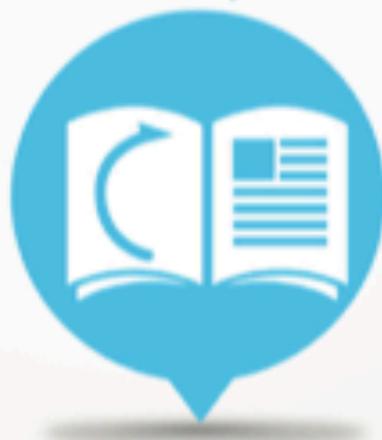
PARCE QUE CHAQUE PATIENT EST DIFFÉRENT
Programme d'Engagement pour le Traitement Individualisé du Cancer

Élaboré par un **groupe d'experts pluridisciplinaires spécialisés en oncologie**.
Décliné sous forme de nombreux événements autour de **thématiques d'actualités**.

Des Webconférences
diffusées en direct
dans une dizaine
de villes en France



Des brochures
scientifiques



Des vidéos
d'experts



Retrouvez toutes les actualités du programme **UNIC** et leur contenu sur le site
www.convergence-edition.com

Comité Scientifique : Pr Frédérique Panault-Llorca Pathologiste / Pr Jean-Philippe Spano Oncologue / Pr Stéphane Benoist Chirurgien digestif
Dr Astrid Lévêque Oncologue / Dr Romain Coriat Oncologue / Dr Gérard Milano Pharmacologue et Biologiste /

Un événement
organisé par



Avec le soutien
institutionnel de



Merck Serono

Les Centres Hospitaliers, même s'ils réfèrent une partie de ces tumeurs en centre expert, sont souvent au premier plan de la prise en charge initiale et gèrent totalement les patients métastatiques.

Sur le mode des observatoires qui ont fait la réputation de l'ANGH (hémorragies digestives hautes et basses, CHANGH, Colmi, ONU, etc..) il nous a semblé important de mener un observatoire identique sur le cancer du pancréas

Critères d'inclusion : patients

- Domiciliés en France
- Ayant un adénocarcinome du pancréas prouvé histologiquement ou cytologiquement
- Vus pour la première fois

cadre d'essais thérapeutiques
Estimer la survie globale à 5 ans.

Objectif principal : Décrire les caractéristiques de l'AP au moment du diagnostic en France et faire un état des lieux des pratiques de diagnostic et de prise en charge.

Objectifs secondaires :

- Evaluer la qualité de la prise en charge par rapport aux recommandations
- Evaluer l'utilisation en pratiques des chimiothérapies adjuvantes et métastatiques récemment publiées
- Evaluer la proportion de patients traités dans le

APACH en pratique :

L'observatoire APACH est ouvert depuis octobre 2013. Il est encore largement possible de s'engager et d'inclure des patients.



S'inscrire sur le site internet dédié de l'ANGH en renvoyant une feuille d'engagement

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



Vous recevez en retour les modalités de connection sur le site de l'étude ainsi qu'un didacticiel, sous forme de diaporama vous guidant pas à pas pour le remplissage des données sur l'e-CRF.

L'e-CRF a été conçu pour être simple à utiliser même s'il peut paraître assez long, vous pouvez à tout moment, reprendre et compléter vos données sur chaque dossier

En cas de difficultés, vous pouvez contacter notre équipe de recherche clinique et en particulier l'ARC dédiée à cette étude Lucie AUZANNEAU (lucie.auzanneau@chd-vendee.fr) ou l'investigateur principal (roger.faroux@chd-vendee.fr) et une adresse simple de centralisation apach@anghweb.net

Observatoire national des patients traités par Baclofène pour Alcool-Dépendance

OBABE



par Camille Barrault (Créteil)



Le baclofène (BAC) est un agoniste du récepteur de GABA-B, d'élimination rénale, utilisé depuis plus de 30 ans en neurologie pour traiter les contractures spastiques. Plusieurs études précliniques et cliniques ont suggéré son efficacité dans le traitement de l'alcool-dépendance à faible dose y compris chez les patients cirrhotiques (1) ou à forte dose (2). Depuis juin 2012, l'utilisation du baclofène dans cette indication, hors AMM et au cas par cas, est autorisée par l'ANSM (3) et

l'European Association for the Study of the Liver recommande la poursuite des études (4).

Les résultats d'une étude rétrospective (5) dans 2 CHG de Creil et Créteil sur l'utilisation du baclofène chez des patients alcool-dépendants avec ou sans cirrhose renforcent ces données en terme d'efficacité (4) avec une tolérance excellente.

Deux protocoles hospitaliers de recherche clinique concernant l'efficacité et la tolérance du baclofène dans cette indication sont actuellement en cours (Bacloville et Alpadir). Les résultats de ces études ne seront pas disponibles avant 2014-2015. Par ailleurs, une demande de recommandation temporaire d'utilisation a été déposée auprès de l'ANSM avec un avis favorable (6) mais pas d'acceptation à l'heure actuelle. En pratique courante, il semble que ce traitement soit actuellement déjà utilisé par de nombreux médecins sans que les modalités de prescription soient clairement définies. Certains praticiens prescrivent ce médicament à des patients cirrhotiques, d'autre non. Les posologies utilisées ne semblent pas homogènes. Le but de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques actuelles en hépato-gastroentérologie.

L'objectif principal de cette étude observationnelle est d'évaluer les modalités de prescription (population traitée, posologie utilisée) du baclofène dans l'indication de l'alcool-dépendance dans les services d'hépatogastroentérologie d'hôpitaux généraux affiliés à l'ANGH. Cette étude sera subdivisée en 2 parties : l'une rétrospective à partir de juin 2012, date de l'autorisation de l'utilisation au cas par cas par l'ANSM, l'autre prospective à partir d'avril 2014.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation, chez les patients traités par baclofène pour alcoolodépendance, de l'évolution de la consommation déclarée d'alcool, des marqueurs biologiques de la consommation excessive d'alcool ainsi que l'évolution de la fonction hépato-cellulaire chez les patients cirrhotiques. L'évolution de la consommation de tabac et la tolérance du traitement font partie des objectifs secondaires.

En pratique, tout patient majeur d'un service d'hépatogastroentérologie l'ANGH -hospitalisé ou non-recevant un traitement par baclofène pour alcool-dépendance peut être inclus. Si le traitement a été débuté entre juin 2012 et mars 2014 inclusion dans le sous groupe « rétrospectif », après avril 2014, dans le sous groupe « prospectif ». Une note d'information devra être affichée dans le service et en consultation. Seront exclus les patients s'opposant à leur participation à l'étude. Les médecins investigateurs s'engagent à inclure tous les patients traités par baclofène ayant été informés de l'étude et ne s'y étant pas opposé.

Cette étude est un observatoire visant à collecter les données démographiques, sociales, cliniques : addictologiques et hépatogastroentérologiques (concernant une éventuelle maladie alcoolique du foie ou une pancréatite alcoolique) et biologiques des patients traités par baclofène pour alcool-dépendance.

Le médecin investigateur remplira la fiche de données cliniques non identifiante via un CRF électronique sécurisé. La coordination sera assurée par le Centre de Recherche Clinique du CHIC. Les résultats disponibles seront régulièrement communiqués aux investigateurs participants.

3. RÉFÉRENCES

- (1) Addolorato G. et al. Lancet 2007;370:1915-22 .(2) Rigal L. et al. Alcohol alcohol 2012;47:439-42
- (3) Utilisation du baclofène dans le traitement de l'alcool-dépendance : actualisation et point d'information. AFSSAPS 24/04/2012
- EASL Clinical Practical Guidelines: Management of Alcoholic Liver Disease. J Hepatol 2012; 57:399-42
- Barrault C. et al. J Hepatol 2013;58:S212-517
- ANSM - commission d'évaluation initiale du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé - 2013

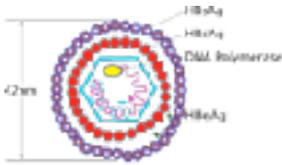
Investigateurs coordinateurs :

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

Lancement 2ème
trimestre 2014

Illustration: Paul Cézanne
Public domain Wikimedia
Commons
The Barnes Foundation
Merion, Pennsylvania



Cohorte de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (AgHBs)

X Causse, P Potier, SN Si Ahmed, T Fontanges, JF Cadranel, C Renou, AM Roque-Afonso, S Jacquot, I Rosa, J Henrion

L'objectif principal de cette étude de cohorte est de mesurer l'incidence de survenue d'évènements hépatologiques défavorables dans une population de patients présumés « porteurs inactifs ». Les évènements hépatologiques défavorables étudiés sont les suivants :

- diagnostic d'hépatite chronique définie par une virémie > 20000 UI/ml ou une ALT > LSN en l'absence de facteur confondant évident ;
- diagnostic de cirrhose ;
- diagnostic de CHC.

L'incidence cumulative de ces évènements sera étudiée par analyse de courbe de Kaplan-Meier et un test de LogRank sera utilisé pour apprécier la significativité des différences.

Les objectifs secondaires de cette étude de cohorte sont les suivants :

- identifier les critères pronostiques indépendants de survenue d'évènements hépatologiques défavorables, critères permettant d'identifier au sein de la population des patients présumés « porteurs inactifs » un sous-groupe de patients à risque nécessitant un rythme de surveillance biologique et échographique plus soutenu ;
- comparer l'efficacité diagnostique des seuils de virémie de 2000 et de 20000 UI/ml pour prédire l'absence de survenue d'un évènement hépatique défavorable à 5 ans ;
- évaluer l'efficacité diagnostique de la quantification de l'Ag HBs à l'inclusion pour prédire l'absence de survenue d'un évènement hépatique défavorable à 5 ans ;
- évaluer l'efficacité diagnostique de la courbe de décroissance annuelle de l'Ag HBs pour prédire la séroconversion anti-HBs ;
- mesurer la corrélation entre le génotype du VHB et le taux d'Ag HBs quantitatif mesuré dans cet échantillon présumé représentatif des patients suivis en France ;
- évaluer l'impact des comorbidités (consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, syndrome métabolique, diabète) sur la progression de la fibrose hépatique et sur la survenue d'un évènement hépatique défavorable.

Les patients qui, pour un motif ou l'autre, seraient amenés à débiter un traitement immuno-suppresseur, seront exclus de l'étude à partir de l'initiation de ce traitement. Cette date de début et le motif seront recueillis.

Critères d'inclusion

- Ag HBs + depuis plus d'1 an.
- Ag HBe -, anticorps anti-HBe +
- ADN-VHB < 20000 UI/ml sur toutes les mesures effectuées au cours de l'année écoulée (PCR ultrasensible avec un seuil de détection ≤ 20 UI/ml), au minimum 2 mesures dans l'année écoulée.
- Transaminases AST et ALT < LSN sur toutes les mesures effectuées au cours de l'année écoulée (à 3 reprises au minimum).
- Age ≥ 18 ans et ≤ 70 ans
- On pratiquera donc l'inclusion consécutive de tous les patients reçus (consultation, hospitalisation) et diagnostiqués selon ces critères dans chaque centre participant.

Critères d'exclusion

- Anticorps anti-VHC +
- Anticorps anti-VHD +
- Anticorps anti-VIH +
- Hémochromatose génétique
- Cirrhose à la biopsie hépatique ou par des méthodes non invasives (Fibromètre*, Fibroscan*, Fibrotest*, Hépascore ...)
- Traitement anti-viral B antérieur ou en cours.
- CHC ou signe d'hypertension portale (HTP) à l'échographie
- Patient non compliant dont le suivi durant 5 ans semble incertain.

Merci aux centres intéressés et certains de pouvoir inclure plus de 10 patients en 1 an de me le faire savoir xavier.causse@chr-orleans.fr, début prévisible au printemps 2014.

Lancement 2ème trimestre 2014



AUJOURD'HUI

NOUVEAU
DOSAGE

DELURSAN®

Comprimé pelliculé sécable
Acide ursodésoxycholique

C'est aussi **500mg**



DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : DELURSAN® 250mg, comprimé pelliculé, DELURSAN® 500mg, comprimé pelliculé sécable. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE* :** DELURSAN 250 mg : Acide ursodésoxycholique : 250 mg pour un comprimé pelliculé. DELURSAN 500 mg : Acide ursodésoxycholique : 500 mg pour un comprimé pelliculé sécable. **DONNÉES CLINIQUES / Indications thérapeutiques :** Cirrhose biliaire primitive, Cholangite sclérosante primitive, Cholestase chronique de la mucoviscidose, Cholestase intrahépatique familiale progressive de type II, Cholestase gravidique symptomatique, Lithiase biliaire du syndrome (PAC (Low Phospholipid Associated Cholelithiasis)), Lithiase biliaire cholestérique symptomatique : au sein d'une vésicule non scléro-atrophique, à paroi normale, symptomatique, chez les patients présentant une contre-indication à la chirurgie. **Posologie et Mode d'Administration :** Voie orale. **Cholestase Cirrhose biliaire primitive :** 13 à 15 mg/kg/jour. Cholangite sclérosante primitive : 15 à 20 mg/kg/jour. Ne pas dépasser la posologie de 20 mg/kg/jour. **Cholestase chronique de la mucoviscidose :** 20 à 30 mg/kg/jour. **Cholestases génétiques :** 20 à 30 mg/kg/jour. La posologie initiale est de l'ordre de 13 à 15 mg/kg/jour. Il est recommandé d'augmenter progressivement la dose par palier pour obtenir la posologie optimale après 4 et 8 semaines de traitement sans dépasser la posologie de 20 mg/kg/jour dans la cholangite sclérosante primitive. **Voie orale. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi, Cholestase gravidique symptomatique :** 10 à 20 mg/kg/jour en traitement continu jusqu'à l'accouchement. La posologie quotidienne maximale dans la cholestase gravidique ne doit pas dépasser 1000 mg/jour, répartie en 2 prises matin et soir, au moment des repas. **Lithiase biliaire cholestérique :** La posologie recommandée est de l'ordre de 5 à 10 mg/kg/jour en fonction du poids du patient. Il est recommandé de prendre le traitement soit en une prise le soir, soit en deux prises matin et soir. **Contre-indications :** Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants : cholécyste aiguë, angiocholite, obstruction des voies biliaires, vésicule scléro-atrophique, hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi *** **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions *** Grossesse et allaitement* **Effets indésirables* Surdosage* PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES : Propriétés pharmacodynamiques* Classe pharmacothérapeutique :** Acide biliaire (A - appareil digestif et métabolisme). Code ATC : A05AA02. **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES* DONNÉES PHARMACOLOGIQUES* PRESCRIPTION / DELIVRANCE / MISE EN CHARGE :** DELURSAN 250 mg, comprimé pelliculé AMM n°34009 323 416 4 1 : boîte de 20 comprimés pelliculés sous plaquette thermoformée (PVC/aluminium) - Prix : 10,86 € Remboursée Sec. Soc. 65% - Collect. Liste I. DELURSAN 500mg, comprimé pelliculé sécable AMM n°34009 219 312 1 1 : 60 comprimés pelliculés sécables sous plaquette thermoformée (PVC/aluminium) - Prix : 58,70 € Remboursée Sec. Soc. 65% - Collect. Liste I. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** APTALIS PHARMA SAS Route de BO 78550 Houdan TEL : 01 30 48 19 00 FAX : 01 30 59 65 47 EMAIL : aptalis-france@aptalisharma.com **DATE DE RÉVISION :** DELURSAN 250 mg : Juillet 2012 DELURSAN 500 mg : Juin 2012 *Pour une information complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'ANSM. Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la C.N.I.L. En application des dispositions des articles 34 et suivants de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du Pharmacien Responsable de notre Laboratoire.

APTALIS



ETUDE RETROSPECTIVE LPANGH (low phospholipid-associated cholestasis and cholelithiasis in ANGH community)

par Dr PICON-COSTE Magali Pr ERLINGER Serge Dr HOMMEL Séverine



Cette enquête consiste à recenser au sein des CHG qui y participent les patients présentant un syndrome LPAC, qu'ils soient positifs ou pas pour la recherche de la mutation génétique.

Les maladies biliaires liées aux mutations du gène MDR3/ABCB4 (*multidrug resistance class III/ adénosine triphosphate-binding cassette, subfamily member 4*) ont été décrites la première fois en 1996 (1). La protéine encodée est responsable du transport membranaire des phospholipides dans la bile.

Lorsqu'elle est mutée, ce transport est défectueux, la bile devient sursaturée en cholestérol, donc très lithogène. Les diverses mutations possibles de ce gène, mono ou bi-allélique sont responsables de six maladies

Maladies de la mutation du gène MDR3/ ABCB4

- LPAC syndrome
- PFIC3 : progressive familial intrahepatic cholestasis
- Cholestase gravidique
- Cirrhose biliaire idiopathique de l'adulte (sans auto-anticorps anti-mitochondrie)
- Cholestase néo-natale transitoire
- Cholestases médicamenteuses

Notre étude porte sur la première de ces maladies, le LPAC syndrome, dont les premières publications remontent à 2001 (3).

LE LPAC SYNDROME : Il s'agit d'une maladie rare, dont la prévalence n'est pas connue, qui est caractérisée par l'association de mutations de *ABCB4* et une baisse de la concentration en phospholipide dans la bile, d'où les symptômes qui en découlent. **Au moins deux symptômes** sont nécessaires pour évoquer ce diagnostic et demander la confirmation génétique :

Symptômes biliaires avant 40 ans (coliques hépatiques, angiocholite ou pancréatite aiguë)
Récurrents après une cholécystectomie
Signes échographiques : foyers échogènes intra-hépatiques (calculs ou boue biliaire)
Histoire de lithiase biliaire chez plusieurs

membres du premier degré dans la famille
Antécédent de cholestase gravidique.

Surveillance sous traitement par acide Ursodésoxycholique (AUDC) :

- ➔ Les symptômes cliniques s'améliorent rapidement sous acide Ursodésoxycholique, traitement ayant eu une AMM dans cette indication en 2012.
 - ➔ Les améliorations radiologiques sont plus lentes, plus difficiles à évaluer, mais ont été décrites dans de petites séries, notamment lors de formes sévères ayant nécessité un traitement endoscopique (8).
- Le fait que la régression des symptômes soit rapide (voire l'absence de crise biliaire sous AUDC), avant même la disparition des calculs, suggère que ce sont les cristaux de cholestérol (qui disparaissent rapidement de la bile) et/ou les lésions inflammatoires biliaires qui en sont responsables.*

Plus d'information et inscription :
écrire à Magali Picon à l'adresse mail :
mdr3@anghweb.net

Lancement 1er trimestre 2014

La participation aux protocoles -> les utiliser pour évaluer vos pratiques professionnelles.

par JP Dupuychaffray (Angoulême)



L'investissement dans la recherche clinique est l'une des principales activités de l'ANGH, donnant lieu chaque année à des communications et des publications de qualité. L'incitation des praticiens à participer en nombre aux protocoles permet de conduire des études dont l'intérêt scientifique n'est plus à démontrer.

A l'inverse, la participation aux protocoles permet à chaque praticien un retour sur investissement en termes d'amélioration de ses connaissances et de sa pratique. Demain, cet investissement pourrait être formalisé et éligible au titre du Développement Professionnel Continu (DPC).



CEFA HGE

Collège Evaluation Formation Accréditation en Hépatite-Gastro-Entérologie

Parmi les méthodes de DPC définies par la HAS figure le dispositif de « recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Mais cette démarche, pour valoir DPC, doit obéir à plusieurs critères.

1. La démarche doit être mise en œuvre par un organisme de DPC (ODPC) évalué et enregistré auprès de l'organisme gestionnaire.
 - Ce pré requis est validé par l'ODPC qui regroupe toutes les composantes de notre spécialité : le Collège Evaluation Formation Accréditation en Hépatite Gastro Entérologie (CEFA HGE).
 - Pour l'instant, le dispositif de recherche clinique ne figure pas dans le porte feuille d'actions du CEFA, la fiche méthode de la HAS n'étant pas totalement finalisée.

2. La démarche doit remplir plusieurs conditions propres au DPC:
 - des indicateurs mesurant l'amélioration de la qualité ou de la sécurité des soins sont calculés et transmis par médecin engagé
 - le sujet de la recherche fait l'objet d'un temps de formation utilisant une bibliographie tirée de revues indexées
 - le travail de recherche doit avoir été l'objet d'une communication selon des critères édictés par la HAS
 - le travail de recherche doit avoir conduit le médecin engagé à définir un programme personnel de suivi des actions d'amélioration ou de modifications de pratique qu'il entend adopter suite à sa recherche
 - le médecin engagé doit décrire son implication dans le programme de DPC par un bilan annuel d'activité et doit assurer la traçabilité de ses actions

La simple énumération de ces critères suffit à montrer le chemin à parcourir pour qu'une démarche scientifique reconnue puisse être valorisée dans le cadre contraint du DPC, cadre qui en réalité présente peu d'intérêt pour le praticien qui s'engage dans des protocoles avec d'autres motivations.

Il vaut mieux en rester à l'une des devises de l'ANGH « **participer aux protocoles, c'est améliorer la connaissance en améliorant nos pratiques** », le praticien ne sera pas déçu.



Fédération spécialités médicales

<http://www.specialitesmedicales.org/>



Mars bleu 2014 : Mois de mobilisation contre le cancer colorectal

par le Dr Christophe Locher (Meaux)



Le cancer colorectal (CCR) est rare avant 50 ans, mais sa fréquence augmente ensuite rapidement.

Le CCR est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme (21 500 cas), après celui de la prostate et du poumon et le deuxième chez la femme (19 000 cas) après celui du sein. Pourtant, dépisté à temps, il se guérit dans 9 cas sur 10. Un paradoxe qui nécessite de réaffirmer l'importance du dépistage, l'une des armes les plus efficaces contre ce cancer.

« l'importance du dépistage, l'une des armes les plus efficaces contre ce cancer.»

Le cancer colorectal fait depuis 2009 l'objet d'un programme de dépistage organisé qui vise à réduire la mortalité. Face à ce cancer, le dépistage constitue l'un des moyens d'agir les plus efficaces. Ce dispositif permet de diminuer la mortalité par cancer colorectal de 15 à 20% comme cela vient d'être encore confirmé dans des études publiées en Septembre 2013 (Long-term mortality after screening for colorectal cancer. Shaikat Aasma et al. The New England journal of medicine 2013 Sep; 369(12):

1106-14)

Tous les deux ans, les personnes concernées par le programme de dépistage du cancer colorectal reçoivent une invitation à consulter leur médecin traitant, envoyée par la structure de gestion de leur département. Lors de la consultation, le médecin oriente son patient en fonction de son niveau de risque de cancer colorectal et propose le test aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans, sans symptôme apparent ni antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal.

Ce test de recherche de sang occulte dans les selles est entièrement pris en charge par l'Assurance maladie et doit être réalisé par le patient à son domicile. Si ce test est positif, le médecin traitant oriente dans un second temps le patient vers un gastroentérologue pour la réalisation d'une coloscopie.

Vers les tests immunologiques : le test utilisé en 2013 demeure le test au gaïac. Il sera remplacé en 2014 par le test immunologique qui repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps. Son déploiement progressif a été décidé suite à l'avis favorable de la Haute Autorité de santé et au rapport de l'INCa précisant les modalités de migration vers ce test immunologique. La mise en oeuvre de ce déploiement est en cours et nécessite de nombreux ajustements notamment organisationnels.

Dans l'attente de la mise à disposition des tests immunologiques, le test actuel au gaïac reste un test ayant démontré son efficacité et est le test à proposer dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal.



Inscrivez vous sur le site <http://www.prevention-cancer.fr>





Témoignage Mars bleu 2014 Mois de mobilisation contre le cancer colorectal

par le Dr Cécile Poupardin (Montfermeil)



Depuis 5 ans les choses s'organisent pour Mars Bleu au GHI Le Raincy-Montfermeil :
Le dernier mardi du mois est réservé une année à l'avance : en 2014 ce sera le 25 mars !

« Cette expérience enrichissante permet de faire remplir plus de 300 questionnaires chaque année et de sensibiliser un public plus large au dépistage du CCR, leur donnant ainsi accès simplement aux professionnels »

Toutes les équipes concernées participent, les infirmiers, aides soignants et même ASH sont présents, il suffit d'être motivé et volontaire. Les cadres des services de gastro, endoscopie, chirurgie, oncologies informés adaptent les plannings pour permettre à ceux qui le souhaitent de participer une heure, deux heures ou une demi journée ...

Depuis quelques années le programme est bien rodé : sur un stand monté dans le hall de l'hôpital, rendu bien visible et identifiable par le service communication, nous distribuons le questionnaire de dépistage proposé par le CREEG :

- Soit les personnes ont un ou plusieurs facteur(s) de risque identifié(s) et elles sont reçues individuellement par un médecin (gastro-entérologue ou interne de médecine générale validant ainsi une trace d'apprentissage) pour rediscuter ensemble en toute confidentialité de l'indication de coloscopie.
- Soit les personnes n'ont pas de facteur de risque et une information sur l'hémocult II leur est délivrée par le CDC93 (Centre de Dépistage des Cancer du 93) qui se joint à nous pour cette journée en particulier pour les personnes de 50 à 75 ans.

Le stand nous permet également de présenter quelques planches anatomiques simples et de projeter en alternance 2 films : un film du CDC93 sur l'intérêt du test Hemocult et le film de la SFED sur la coloscopie.

Nous respectons la date proposée par le CREEG afin de bénéficier du « battage » médiatique autour de Mars Bleu et de l'information spécifique faite par les libéraux.

L'annonce est relayée par le service communication par voie d'affichage (affiches commandées via l'ERI sur le site de l'INCA) dans tout l'établissement et la presse locale.

L'expérience se renouvelle et s'enrichit chaque année : le CDC93 est venu former les infirmiers AS et ASH intéressés avant le jour J permettant ainsi de sensibiliser le personnel. Cette année nous espérons même qu'ils pourront venir former les internes de médecine générale de l'établissement au dépistage du CCR.

Cette expérience enrichissante permet de faire remplir plus de 300 questionnaires chaque année et de sensibiliser un public plus large au dépistage du CCR, leur donnant ainsi accès simplement aux professionnels.

Alors n'hésitez pas à vous lancer ! C'est une belle journée qui permet de partager d'autres temps avec le personnel paramédical, de créer une dynamique différente dans les équipes et l'hôpital.



UEGW Berlin 15 octobre 2012
Bruno Lesgourgues présente les résultats de l'observatoire Colite microscopique COLMI



Départ à la retraite d'Olivier Nouel St Brieuc le 13 décembre 2013

par Bruno Bour (Le Mans)

Il sera partout !



Olivier Nouel a été dignement fêté le 13 décembre 2013 par ses amis Briochins, Vincent Quentin a dirigé l'office de la retraite en main de maître et n'a pas manqué de convier quelques uns des membres d'une autre bande d'amis, ceux de l'ANGH, Autour d'un repas pas très frugal et arrosé (temps breton il se doit) Bernard Nalet, Isabelle Rosa, Alex Pariente et votre serviteur y étaient....

Après le temps des discours et des cadeaux celui des chants et des émotions voilà venu le temps des projets pour cet ami qui a marqué de son empreinte indélébile notre bonne ANGH : Golf -le sport, pas la voiture (en apprentissage dans un premier temps), voyages, virées en mer mais aussi consultations avancées, télé-médecine, gastro-entérologie dans les frimas des terre-neuvas.

Camarade solide clairvoyant au grand cœur -parfois malgré les apparences- il reste pour l'ANGH celui qui nous pousse à être partout,

Lui continue sa route en la diversifiant : Alors bon vent Olivier



Voir le mot du Président <http://www.angh.org> onglet Edito



Conseil d'administration et conseil scientifique

Réunion le 25 Janvier Hotel Ibis Gare de Lyon

JFHOD Visitez notre Stand village des associations



Assemblée générale le

jeudi 20 mars JFHOD 18 h

Préparez vos communications pour Béziers :
étude ANGH, étude locales, expériences professionnelles, quizz belles images et faites participer les jeunes de vos équipes

Date fin d'envoi 15 mai 2014



Oral Plénière

Observatoire des hémorragies de l'hypertension portale sur cirrhose en France (EtudeCHOC) : une prise en charge très homogène, un accès au TIPS trop limité.

D. Thabut (1), A.-J. Remy (2), N. Carbonell (1), J.-F. Cadranel (3), J.Coelho (1),X. Causse (4), J.-P. Cervoni (5), I. Dadamessi (6), I. Archambeaud (7), K.Aziz (8),F. Ehrhard (9), K. Elriz (10), C. Bureau (11), G. Bellaiche (12), F.Rostain (13),J. Pofelski (14), J. Vergniol (15), L. Lamare (16), A.-L. Pelletier (1), Y.Le Bricquir (17),A. Guillygomarc'H (18), A. Pauwels (19), Club Français Pour l'Etude de l'HTP (1), Association Nationale des Hépatite-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux(2)(1) Paris; (2) Perpignan; (3) Creil; (4) Orléans; (5) Besançon; (6)Saint-Quentin; (7) Nantes;(8) Saint-Brieuc; (9) Reims; (10) Corbeil-Essonnes; (11) Toulouse; (12)Aulnay-sous-Bois;(13) Dijon; (14) Annecy; (15) Pessac; (16) Lorient; (17) Béziers; (18)Rennes; (19) Gonesse.

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

A.J. Remy (1), B. Lesgourgues (2), J.-P. Arpurt (3), X. Causse (4), J. Denis (5), I. Rosa Hezode (6), J.-J. Raabe (7), A. Pauwels (8), G. Macaigne (9), P. Hervio (10), C. Pilette (11), C. Renou (12), J. Henrion (13), J.-L. Payen (14), B. Nalet (15), R. Arotcarena (16), A.-M. Weiss (17), S. de Montigny-Lenhardt (18), A. Bianchi (11), F. Bourhis (19), G. Pileire (20), R. Faroux (21), V. Jouannaud (2), H. Hagège (6), A. Pariente (16) (1) Perpignan; (2) Montfermeil; (3) Avignon; (4) Orléans; (5) Corbeil-Essonnes; (6) Créteil; (7) Metz; (8) Gonesse; (9) Lagny-sur-Marne; (10) Pontoise; (11) Le Mans; (12) Hyères; (13) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE; (14) Montauban; (15) Montélimar; (16) Pau; (17) Colmar; (18) Aubagne; (19) Chambéry; (20) Gourdon; (21) La Roche-sur-Yon.

Poster

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

A.Pariente (1), P. Langlet (2), B. Lesgourgues (3), J.-J. Le Guillou (4), H. Labadie (5),G. Billet (6), B. Bour (7), V. Crombe (8), L. Costentin (9), P. Deltentre (10), F. Wartel (11), L. Bettan (12), H. Lison (13), F. Zerouala (14), M. Schnee (15), H. Hagège (16) (1) Pau; (2) Bruxelles, BELGIQUE; (3) Montfermeil; (4) Metz; (5) Saint-Denis; (6) Vannes; (7) Le Mans; (8) Roubaix; (9) Poissy; (10) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE; (11) Lille; (12) Villeneuve-Saint-Georges; (13) Creil; (14) Meaux; (15) La Roche Sur Yon; (16) Créteil.

Oral **Facteurs prédictifs de la récurrence hémorragique et de mortalité au long cours au cours de la diverticulose hémorragique**

D.Lorenzo (1), P. Lahmek (2), C. Gallois (1), B. Lesgourgues (3), C. Champion (3),R. Faroux (4), B. Bour (5), A.-J. Remy (6), T. Morin (7), C. Naouri (8), E.-A. Pariente (9), M. Picon (10), E. Poncin (11), G. Macaigne (12), J.-A. Seyrig (13), D. Bernardini (14),G. Bellaiche (15), D. Grasset (16), J. Henrion (17), S. Nahon (3) (1) Paris; (2) Limeil-Brévannes; (3) Montfermeil; (4) La Roche-sur-Yon; (5) Le Mans; (6) Perpignan; (7) Tarbes; (8) Mâcon; (9) Pau; (10) Aix-en-Provence; (11) Dax; (12) Lagny-sur- Marne; (13) Pontivy; (14) Toulon; (15) Aulnay-sous-Bois; (16) Vannes; (17) Haine-Saint- Paul, BELGIQUE.

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

Oral

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.

Poster

Facteurs prédictifs de récurrence hémorragique et de mortalité au long cours des hémorragies sur angiodysplasies coliques

C. Gallois (1), D. Lorenzo (1), E. Cuillerier (2), R. Faroux (3), B. Bour (4), A.-J. Remy (5), T. Morin (6), C. Naouri (7), E.-A. Pariente (8), D. Bernardini (9), G. Bellaiche (10),J. Henrion (11), B. Lesgourgues (12), S. Nahon (12)(1) Paris; (2) Dreux; (3) La Roche-sur-Yon; (4) Le Mans; (5) Perpignan; (6) Tarbes; (7) Mâcon; (8) Pau; (9) Toulon; (10) Aulnay-sous-Bois; (11) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE; (12) Montfermeil.

Et des travaux exploratoires individuels de membres de l'ANGH

Oral

Amélioration de la fonction hépatique à 9 mois chez les cirrhotiques traités par baclofène pour alcoolo-dépendance: résultats de l'observatoire «Baclocir»

C. Barrault (1), H. Lison (2), F. Roudot-Thoraval (1), E. Sarlon (2), V. Béhar (1), M. Medmoun (2), I. Rosa Hezode (1), M. Cordonnier (2), D. Belloula (2), A. Garioud (2), G. Pulwermacher (2), H. Hagège (1), J.-F. Cadranel (2)- (1) Créteil; (2) Creil.

Oral

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), M. Bakkar (8), G. Le Folgoc (9), J.-B. Nousbaum (10), I. Rosa Hezode (11), V. Jouannaud (12), T.-M. Antonini (13), J. Denis (14), E. Sarlon (1), I. Ollivier-Hourmand (2), V. Di Martino (4), C. Silvain (5), J.-D. Grange (7), X. Causse (8), M. Bourlière (9), B. Lesgourgues (12), C. Bureau (3), M.-T. Dao (2),(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.



Envoi des communications :

<http://www.angh.org/envoi/resume-communication-congres.html>

Inscriptions à partir du 20 mars pourquoi pas sur le stand aux
JFHOD !



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 :

email :

Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux de France
Siège Social : CHI LE RAINCY MONTFERMEIL
10 Avenue du Général Leclerc - 93370 MONTFERMEIL
Tél 01 41 70 81 21 - FAX 01 41 70 81 94
<http://www.angh.org/>



 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB

Aidez vos patients ...
... à redécouvrir leur monde

• **MALADIE DE CROHN CHEZ L'ADULTE**

Active, modérée à sévère, réfractaire⁽¹⁾
Active, fistulisée, réfractaire⁽²⁾

• **RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE CHEZ L'ADULTE**

Active, modérée à sévère, réfractaire⁽¹⁾

• **MALADIE DE CROHN PÉDIATRIQUE (6 À 17 ANS)**

Active, sévère, réfractaire⁽³⁾
étudié uniquement en association avec un traitement
conventionnel immunosuppresseur

• **RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE PÉDIATRIQUE
(6 À 17 ANS)**

Active, sévère, réfractaire⁽⁴⁾

(1) Chez les patients adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur, ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré.

(2) Chez les patients adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement conventionnel approprié et bien conduit (comprenant antibiotiques, drainage et thérapie nutritionnelle appropriée).

(3) Chez les patients adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel comprenant les corticoïdes et la 5-MP (ou l'azathioprine AZA), ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué.

(4) Chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention, ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués. Remicade a été étudié uniquement en association avec un traitement conventionnel immunosuppresseur.

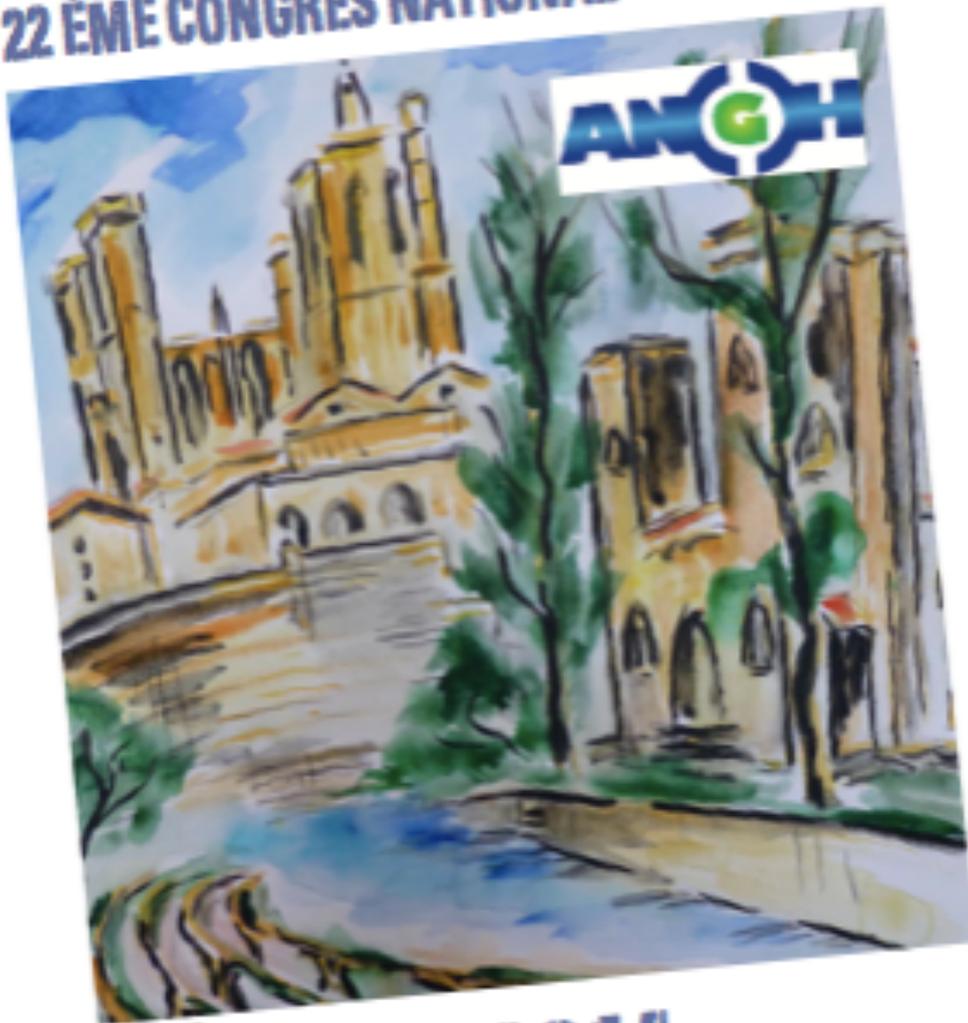
(5) Chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans, qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel comprenant les corticoïdes et la 5-MP ou l'AZA, ou chez lesquels un traitement est mal toléré ou contre-indiqué.

- Rechercher une tuberculose active ou latente chez tous les patients avant le début du traitement. Surveillance attentive au regard des infections y compris la tuberculose avant, pendant et après le traitement.
- Contre-indiqué en cas de tuberculose ou d'autres infections sévères telles que sepsis, abcès et infections opportunistes, d'insuffisance cardiaque modérée ou sévère.

Avant de prescrire, pour des informations complètes, consulter le RCP disponible sur le site www.ansm.santefr.fr ou sur notre site www.msd-france.com

 **MSD**

22 ÈME CONGRES NATIONAL



BÉZIERS 2014

12-13 SEPTEMBRE • PALAIS DES CONGRÈS

RÉSERVATIONS

congres@anghweb.net

