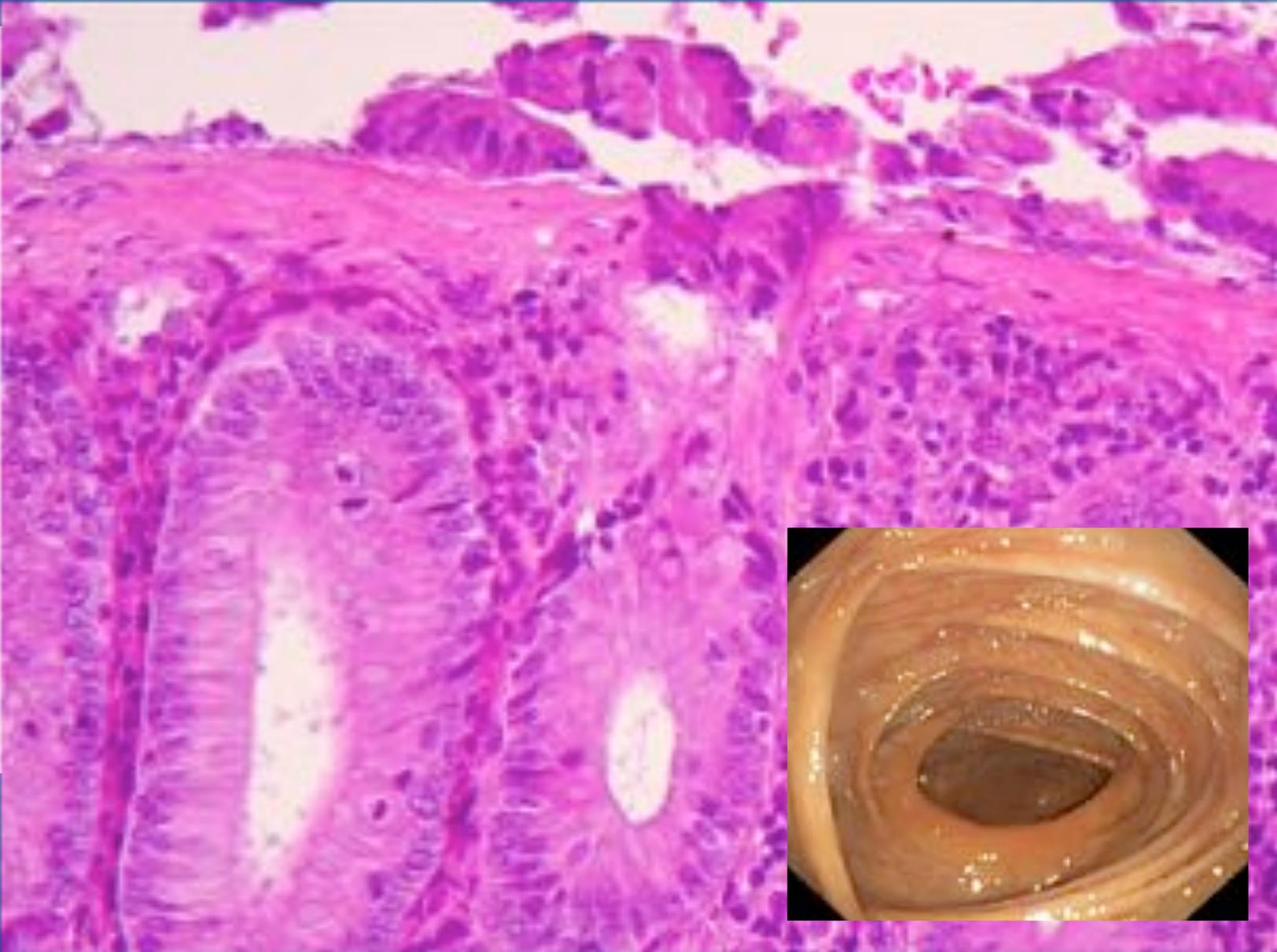


**COLMI****Observatoire Colites microscopique  
1ère série prospective**

A lire :

- ✓ L'ANGH aux JFHOD
- ✓ L'ANGH vous représente
- ✓ Nos protocoles et observatoires
- ✓ S'inscrire et participer au Congrès
- ✓ Pourquoi nous rejoindre

Crédit photographique  
Service de Pathologie CH Lagny Marne la  
Vallée

**n°11  
Mars  
2013**

# Les Instances

## 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)

## Secrétaire Général

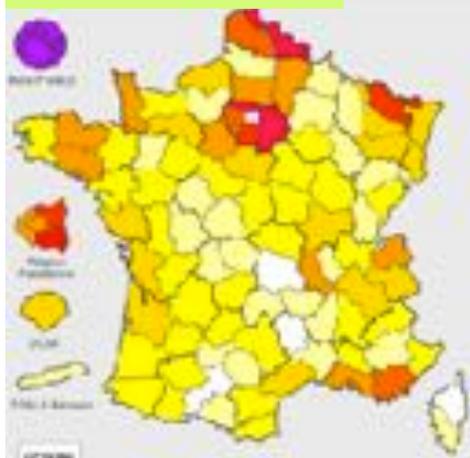
Dr A.J REMY (Perpignan)

## Secrétaire Général Adjoint

Dr S NAHON (Montfermeil)

## Trésorier

## LA France des adhérents



## 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)

\* nouveau membre 2012

## Conseil d'administration :

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 A. COURILLON MALLET (Villeneuve St Georges)

Dr B. DENIS (Colmar)

Dr J. DENIS (Corbeil)

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 B. NALET (Montélimar)

Dr O. NOUEL (Saint-Brieuc)

Dr A. PARIENTE (Pau)

Dr A. PAUWELS ( Gonesse)

Dr J.L. PAYEN (Montauban)

Dr M. PICON (Aix en Provence)

Dr A.J. REMY (Perpignan)

Dr C. RENOUE (Hyères)

Dr I. ROSA (Créteil)

Dr R.L. VITTE (Poissy)

Directeur Publication Dr Bruno Lesgourgues

Rédacteur en chef : Dr Stéphane Nahon

Comité de rédaction Dr Hervé Hagège

Dr Stéphane Nahon Dr Christophe Renou

Maquette : Dr Bruno Lesgourgues

Dépôt légal Mars 2013

Magazine publié avec le soutien  
institutionnel des laboratoires

*Double état de choc !  
Et pourtant l'ANGH reste un vivier de médecins  
impliqués et motivés !*



La loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a bouleversé le financement d'un grand nombre de sociétés savantes ou d'associations de médecins. Dans ce contexte et celui de la crise française et européenne, la gestion des associations comme la nôtre devient délicate. Par ailleurs le départ en retraite d'un bon nombre de médecins hospitaliers de la discipline devient tangible, alors que la relève n'est pas prête, au moins dans les centres les moins bien dotés.

### **Choc financier, choc démographique comment les surmonter ?**

- Choc financier : nous avons aménagé nos statuts , optimisé les coûts et la gestion.
- Choc démographique : les jeunes gastroentérologues arrivent, la période de « vaches maigres » d'internes va s'éloigner. Il va falloir être patient et survivre quelques paires d'années avant leur arrivée en tant qu'assistants (partagé c'est dans l'air) ou Médecins des Hôpitaux. C'est à ceux qui restent aux commandes de les encourager à participer à nos travaux et à nos réunions, pour leur montrer les grandes potentialités du travail dans nos Hôpitaux, autre chose que le «Auto Boulot Gastro » que certains ressentent ou clament !.

L'ANGH à cet égard permet à chacun de s'exprimer, de partager et de goûter à la convivialité originale de cette association (voir le billet de Jean Henrion)

Nos travaux scientifiques sont très riches cette année : trois communications orales dont une en séance plénière, un poster aux JFHOD, quatre articles dans des revues internationales, une première enquête flash épidémiologique d'Hépatologie qui fera date dans la connaissance de la cirrhose. N'oublions pas le premier Videodigest dans un centre hospitalier général à Avignon fin 2012.

Les études APPROVIE, IL28B, CHOC, traitement préemptif sont en cours. En 2013 HepatoHebdo a fait des émules avec MICI\_Hebdo, une suite aux études des hémorragies digestives hautes se profile et bien d'autres projets. Outre notre engagement pour une recherche clinique de qualité, le dernier conseil d'administration a voulu donner une orientation forte vers la politique qualité /sécurité des soins (Lire notre implication dans la FSMAD et le CFA) ainsi qu'une entraide sur les sujets plus professionnels de notre quotidien (partage sur les EPP, les problématiques de garde ou de seuil d'activité) L'ANGH est active, elle vous représente, elle défend vos intérêts et souhaite vous accueillir à notre prochain congrès 2013 à Montélimar les 20 et 21 septembre.

N'oubliez pas de vous mettre à jour de vos cotisations, c'est important pour notre représentativité.

Bien amicalement à tous  
ANGHment vôtre

Bruno Lesgourgues  
Président de l'ANGH  
mars 2013

# Vos représentants dans les sociétés savantes



	Bernard Denis (Colmar) Roger Faroux (La Roche sur Yon) Hervé Hagège (Vice-Président) Jean-Louis Payen (Montauban) Trésorier
	Arnaud Pauwels (Gonesse)
	David Bernardini (Toulon)
	Denis Grasset (Vannes) Secrétaire Isabelle Rosa (Créteil)
	Hervé Hagège (Créteil) Bruno Lesgourgues (Montfermeil)
CNP HGE	Hervé Hagège (Créteil) Président
	Roger Faroux (La Roche sur Yon)
	Stéphane Nahon (Montfermeil)
	Isabelle Rosa (Créteil)
Club Hypertension Portale	Christophe Pilette (Le Mans)
CEFA	Jean-Pierre Dupuychaffray (Angoulême) André-Jean Rémy (Perpignan)
	Association nationale de Télémedecine Olivier Nouel
	Associaton africaine francophone de formation continue en HGE  Olivier Nouel Secrétaire général adjoint

**Bon à savoir !**

Tout membre de l'association en règle de ses cotisations peut être désigné représentant par le conseil d'administration en regard de sa spécificité d'exercice et/ou de son expérience professionnelle.

Participer à ces représentations c'est vivre l'actualité de la profession en relation avec les meilleurs experts de la profession.

La durée des mandats de deux ou trois ans permet une répartition des postes et un renouvellement des responsabilités.

# 10 ans d'études



## EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HEPATITE B EN FRANCE : RESULTATS D'UN OBSERVATOIRE NATIONAL 2001 JFHOD 2003

JF Cadranel, B Lesgourgues, P Lahmek, (X Causse, G Bellaïche, L Bettan, T Fontanges, A Medini, J Henrion, M Chousterman, B Condat, C Eugène, P Hervio, P Periac, H Moindrot, D Grasset, O Nouel, (1 J Denis, Et L'ANGH

## Résultats définitifs de l'étude de l'ANGH incluant plus de 3000 patients ayant une hémorragie digestive haute communautaire JFHOD2008

H. Hagège, R. Faroux, I. Rosa Hezode, B. Bour, J. Latrive, A. Remy, C. Becker, P. Gower, J. Arpurt, J. Henrion, J. Denis, R. Vitte, G. Bellaïche, A. Pauwels, J. Seyrig, A. Pariente, L. Groupe Hdh de l'Angh

1/4/2001 au 30/5/2002 1166 patients AgHBs positifs suivis dans 58 centres

Obs VHB  
Observatoire  
Virus B

Du 1er mars 2005 au 28 février 2006, dans 53 centres de l'ANGH, 3194 patients

HDH

968 patients d 1er mai 2008 au 31 octobre 2009 102 centres

CHANGH

## Etude longitudinale descriptive de la prise en charge des CHC en France : CHANGH. Résultats préliminaires JFHO 2010

I. Rosa, J. Denis, P. Renard, B. Lesgourgues, A.-S. Dobrin, C. Becker, R. Faroux, X. Causse, E. Diaz, G. Ledréau, B. Marks, J. Henrion, F. Zerouala, T. Decaens, R. Baderr, O. Danne, A.-J. Remy, B. Nalet, T. Morin, C. Renou, H. Hagège  
Groupe d'Étude Changh-ANGH

1967 patients du 01/01/2007 au 31/12/2007. 102 centres

HDB

## Hémorragies digestives basses aiguës : résultats préliminaires d'une étude de l'ANGH sur plus de 1000 malades JFHOD 2008

B. Bour, C. Pilette, B. Lesgourgues, O. Nouel, F. Heluwaert, J. Henrion, R. Faroux, G. Macaigne, C. Naouri, D. Bernardini, G. Bellaïche, E. Pariente, H. Hagège

1er janvier 2010 au 31/12/2010 dans 13 pays africains francophones 2680 inclusions

Collaboration  
ANGH AAFFCHGE  
OHDHAF

1015 patients entre janvier 2009 et janvier 2010 dans 31 centres hospitaliers de l'ANGH

ONU

## Causes actuelles des ulcères gastroduodénaux en France : ni Helicobacter pylori ni AINS-aspirine chez un malade sur cinq JFHOD 2011

C. Charpignon, A. Courillon-Mallet, B. Lesgourgues, S. Nahon, A. Pelaquier, G. Gatineau-Saillant, C. Guez, H. Hamon, T. Morin, I. Rosa Hezode, B. Bour, M. Pierre-Nicolas, N. Abdelli, G. Macaigne

## Observatoire hémorragies digestives hautes en Afrique francophone (OHDHAF). Résultats préliminaires d'une étude prospective multicentrique réalisée dans 13 pays JFHOD 2011

M.-H. Nakmouche, K. Benhayoun, A.-R. Sombié, F. Fali, R. Ntagirabiri, C. Assi, M. Ali Mahamat, J. Sehonou, K. Layaida, F. Haddad, F. Bossali, C. Tzeuton, P. Couzigou, V. Lamy, O. Nouel, B. Lesgourgues, H. Hagège

356 patients entre septembre 2010 et juin 2012 dans 26 centres hospitaliers de l'ANGH

Colmi

**Colite microscopique (CM) ou trouble fonctionnel intestinal (TFI) avec diarrhée : étude prospective multicentrique de l'ANGH (COLMI).**  
Macaïgne (1), C Locher (2), B Lesgourgues (3), L Costes (4), MP Nicolas (5), A Courillon-Mallet (6), JM Ghilain (7), GBellaïche (8), S De Montigny Lehnardt (9), G Barjonet (10), RL Vitte (11)

2201 patients 5 jours Juin 2012 dans 42 centres hospitaliers de l'ANGH

Hépat  
Hebdo

## HepatoHebdo 2012. Une semaine d'hépatologie dans les hôpitaux généraux.

### Première enquête épidémiologique prospective de la cirrhose en France.

Condat B (Bry sur Marne), Remy AJ (Perpignan), Jouannaud V (Montfermeil), Lahmek P (Limeil Brevannes) Lesgourgues B (ANGH) et un groupe d'investigateurs de l'ANGH

Plénière

## Colite microscopique (CM) ou trouble fonctionnel intestinal (TFI) avec diarrhée : étude prospective multicentrique de l'ANGH (COLMI).



G Macaigne (1), C Locher (2), B Lesgourgues (3), L Costes (4), MP Nicolas (5), A Courillon-Mallet (6), JM Ghilain (7), G Bellaïche (8), S De Montigny Lehnardt (9), G Barjonet (10), RL Vitte (11), R Faroux (12), B Lambaré (13), A Fleury (14), F Skinazi (15), A Pariente (16), P Lahmek (17), S Nahon (3). Lagny-Marne-la-Vallée (1), Meaux (2), Montfermeil (3), Créteil (4), Montauban (5), Villeneuve Saint-Georges (6), Jolimont (7), Aulnay sous bois (8), Aubagne (9), Coulommiers (10), Poissy (11), La Roche sur Yon (12), Evry (13), Neuilly sur seine (14), Saint-Denis (15), Pau (16), Limeil Brévannes (17).

**Les buts** de ce travail prospectif et multicentrique étaient de décrire les caractéristiques d'une cohorte de malades ayant une CM [lymphocytaire (CL) ou collagène (CC)] et de les comparer à des malades ayant un TFI avec diarrhée.

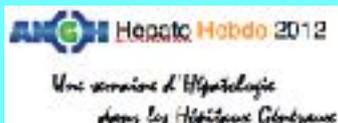
**Malades et méthodes :** Entre septembre 2010 et juin 2012, les malades présentant les critères d'inclusion suivants ont été inclus prospectivement par 26 centres ANGH : transit fait d'au moins 3 selles quotidiennes avec modification de leur consistance, durée des troubles supérieure à 3 semaines et coloscopie normale ou quasi normale. Chaque malade a eu une coloscopie avec biopsies iléales et coliques étagées et éventuellement une gastroscopie avec biopsies gastriques et duodénales. Le diagnostic de CL était défini par un taux de lymphocytes intra-épithéliaux supérieur à 20% et celui de CC par un épaississement collagène de la membrane basale épithéliale supérieur à 10µm. Nous avons comparé les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques, histologiques et étiologiques des malades avec CM (CC et CL) et ceux ayant un TFI avec diarrhée.

**Résultats :** parmi les 356 malades inclus, 102 avaient une CM (64 CL et 38 CC), 231 un TFI avec diarrhée (groupe contrôle) et 23 une autre maladie organique. Les 2 groupes de CC et CL étaient comparables pour l'ensemble des caractéristiques étudiées. La sensibilité diagnostique des biopsies était maximale au niveau du colon transverse, respectivement de 94% et de 97% pour les CC et CL, et minimale au niveau du rectum, respectivement 87% et 62% pour les CC et CL. Un facteur médicamenteux était associé dans 43% des cas et une maladie auto-immune dans 32% des cas.

En analyse univariée, il existait une différence significative entre les groupes CM et TFI pour les caractéristiques suivantes : 1) l'âge moyen (61,2 ans vs 47,1% ; p=0,005), 2) la présence de selles nocturnes (38,4% vs 24,5%, OR 1,9 ; IC95% [1,2-3,2]), 3) une perte de poids (45% vs 29%, OR 2 ; IC95% [1,2-3,2]), 4) une hypokaliémie (22% vs 7% ; OR 3,6 ; IC95% [1,7-8]), 5) l'absence de douleurs abdominales (27% vs 44% ; OR 2,1 ; IC95% [1,3-3,4]), 6) l'association à une maladie auto-immune (33% vs 10% ; OR 4,6 ; IC95% = [2,5-8,3]) et 7) l'introduction d'un médicament au cours des 3 mois précédant (43% vs 24% ; OR 2,6 ; IC95% [1,5 ; 4]). En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de CM étaient l'âge > 50 ans (OR 3,1 ; IC 95% [1,6-5,9]), la présence de selles nocturnes (OR 2 ; IC 95% [1,1-3,9]), la perte de poids (OR 2,5 ; IC 95% [1,3-4,7]), l'absence de douleurs abdominales (OR 0,5 ; IC 95% [0,3-1]), l'introduction de nouveaux médicaments (OR 2 ; IC 95% [1,1-3,8]) et une maladie auto-immune (OR 5,5 ; IC 95% [2,5-12]).

**Conclusion :** En cas de diarrhée chronique à coloscopie normale, les facteurs prédictifs de CM sont l'âge > 50 ans, l'existence de selles nocturnes, d'une perte de poids, l'absence de douleurs abdominales, l'introduction de nouveaux médicaments et le contexte auto-immun. Les caractéristiques des CC et CL sont très proches. Un facteur médicamenteux et une maladie auto-immune sont fréquemment associés aux CM. La sensibilité diagnostique des biopsies coliques était maximale au niveau du colon transverse et minimale au niveau du rectum.

Oral



## HepatoHebdo 2012. Une semaine d'hépatologie dans les hôpitaux généraux.

### Première enquête épidémiologique prospective de la cirrhose en France.

B. Condat (1), A.-J. Remy (2), V. Jouannaud (3), P. Lahmek (4), E.-A. Pariente (5), I. Dadamessi (6), I. Rosa Hezode (7), K. Elriz (8), H. Labadie (9), J.-J. Raabe (10), R.-L. Vitte (11), X. Causse (12), G. Macaigne (13), J.-F. Cadranel (14), M. Picon (15), Y. Le Bricquier (16), B. Bour (17), H. Blondon (18), A. Marks (19), L. Lamare (20), F. Bourhis (21), R. Arotcarena (5), L. Bettan (22), D. Pricope (23), B. Lesgourgues (3) et 19 autres centres investigateurs de l'ANGH (1) Bry Sur Marne; (2) Perpignan; (3) Montfermeil; (4) Limeil-Brevannes; (5) Pau; (6) Saint-Quentin; (7) Créteil; (8) Evry Corbeil; (9) Saint Denis; (10) Metz; (11) Poissy; (12) Orléans; (13) Lagny-sur-Marne; (14) Creil; (15) Aix-en-Provence; (16) Beziers; (17) Le Mans; (18) Pontoise; (19) Valenciennes; (20) Lorient; (21) Chambéry; (22) Villeneuve-Saint-Georges; (23) Compiègne.

L'enquête HepatoHebdo vise à connaître les pathologies hépatiques traitées à l'ANGH.

**Méthode :** pour tous les patients atteints de maladie hépatique et biliaire, vus dans les services participants entre le 4 Juin et le 8 Juin 2012, nous avons recueilli le diagnostic et quelques données supplémentaires, sur une feuille de tableur pré-remplie. Les données anonymisées ont été centralisées par mail (Accord CNIL/CCTIRS).

**Résultats :** 42 centres ont participé avec un nombre moyen de 52 patients (4-115) soit 2201 patients. Les maladies hépatiques représentent 29%±13 pour 18 centres, 32% ± 15 dans 15 centres. Parmi les hospitalisations (n=530), les proportions des affections hépatiques sont : maladies alcooliques du foie n=346 (65%), hépatites virales chroniques n= 66 (12%), NASH et stéatose n=44 (8%), lithiase biliaire n= 44 (8%), hépatites aiguës n=15 (3%), autres n=10 (2%). 60% des patients ont une cirrhose et 15% une tumeur primitive. En consultation (n=1405) : hépatites virales chroniques n=621 (44%), maladies alcooliques du foie n=368 (26%), NASH et stéatose n=184 (13%), surcharges en fer n=122 (13%), maladies auto-immunes du foie n= 67 (5%), autres n=67 (5%). Il y a globalement 28% de cirrhoses et 4% de tumeurs primitives. 944 cirrhoses ont été analysées : sex ratio 2,5/1, Alcool n= 702 (74 %), VHC n=195 (21%), NASH n=145 (15 %), VHB n= 61 (6 %). Les complications de la cirrhose sont l'ascite n=305 (35%), les VO ≥ 2 n=184 (32%), le CHC n=113 (13%), l'encéphalopathie n=90 (10%), l'infection n=59 (7%), les hémorragies n=66 (7%), l'infection n=59 (7%). Les complications hors CHC concernent majoritairement les cirrhoses alcooliques. L'incidence de la cirrhose estimée sur 42 centres, 6 à 7000 cas/an est très supérieure aux chiffres nationaux anciens connus 11 000 cas/an. Les hépatites chroniques B (267 cas) et C (491 cas) sont respectivement au stade F4 dans 22 et 44% des cas. Les traitements sont : les analogues (VHB) 93%, les trithérapies (VHC) 68%. Les NASH (n=263) sont au stade F4 dans 45% des cas. Le carcinome hépato-cellulaire (n=129) est sur cirrhose (n=116). Les ponctions d'ascite sont compensées par l'albumine dans 98% des cas. L'élastométrie est disponible dans 62% des centres.

**Conclusion :** les maladies du foie représentent 1/3 de notre activité. L'incidence de la cirrhose en France, majoritairement alcoolique, est sous estimée. Le besoin en transplantation hépatique est aussi largement sous-estimé. La trithérapie pour le VHC s'est rapidement imposée et les analogues supplantent largement l'interféron pour le VHB.

Oral

## Impact des médecines complémentaires sur la qualité de vie des patients ayant une maladie inflammatoire de l'intestin: résultats de l'enquête SUMMAC

S. Nahon (1), P. Lahmek (2), A. Olympie (3), A. Buisson (3), C. Poupardin (1), B. Lesgourgues (1), V. Abitbol (3) (1) Montfermeil; (2) Limeil-Brevannes; (3) Paris.

**Introduction :** les médecines complémentaires (MCOM) sont largement utilisées au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Cependant, leur impact sur la qualité de vie n'a guère été évalué.

**Patients et Méthodes :** de Décembre 2011 à Mars 2012, nous avons conduit une enquête sur l'utilisation des MCOM auprès des patients atteints de MICI par l'intermédiaire du site Internet de l'Association François Aupetit (AFA) (enquête SUMMAC pour « Sur l'Utilisation dans les Mici des Médecines dites Associées ou Complémentaires » ). Les patients appartenant ou non à l'association et utilisant ou non ces médecines étaient invités à répondre à un questionnaire créé à l'aide du logiciel LimeSurvey. Le questionnaire était composé de quatre parties: 1) données sociodémographiques de la MICI, 2) traitements de la MICI, 3) type de MCOM [a) naturopathie, b) thérapies physiques et/ou relaxation, c) médecines traditionnelles et homéopathie, d) produits diététiques et e) méditation et approche spirituelle], 4) données socio-économiques et le questionnaire de qualité de vie SIBDQ. Enfin, le patient notait sur une échelle de 0 à 100 l'impact de la MCOM sur les symptômes de sa MICI et sur sa qualité de vie.

**Résultats :** 767 (82.3%) patients ont répondu à toutes les questions du questionnaire. 503 (65.6%) utilisaient une MCOM, 172 (22.4 %) n'en avaient jamais utilisée et 92 (12%) en avaient utilisée. Les MCOM étaient basées sur la naturopathie dans 15.2% des cas, sur les thérapies physiques et/ou de relaxation dans 25.1% des cas, sur les médecines traditionnelles ou l'homéopathie dans 19.6% des cas, sur des produits diététiques dans 30.7% des cas et sur la méditation ou une approche spirituelle dans 9.1% des cas. Les utilisateurs de MCOM (comparativement aux non-utilisateurs) : avaient plus souvent une maladie de Crohn (OR = 1.52, p = 0.02), étaient en rémission clinique (OR = 1.42, p = 0.06), étaient membres de l'AFA (OR = 1.95, p = 0.0001), avaient un niveau d'étude supérieur (OR = 1.51, p = 0.02), arrêtaient plus fréquemment leur traitement (OR = 9.3, p < 0.0001) et avaient un score SIBDQ > 50 (OR = 1.64, p = 0.01). Les résultats concernant l'amélioration des symptômes de la MICI et de la qualité de vie par la MCOM sont présentés dans le tableau 1. Le gastroentérologue était informé par son patient de l'utilisation d'une MCOM dans 46% des cas.

**Conclusion :** cette étude confirme la large utilisation des MCOM au cours des MICI. Les utilisateurs de MCOM semblent avoir une meilleure qualité de vie et ont tendance à arrêter plus fréquemment leur traitement. Tous les types de MCOM améliorent à la fois les symptômes de la MICI et la qualité de vie exceptée pour les approches spirituelles. Il paraît utile d'aborder ce thème avec nos patients afin notamment de les encourager à poursuivre leur traitement.

Poster

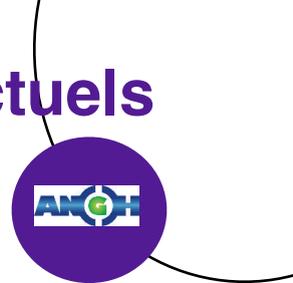
## Porteurs inactifs du VHB et immunotolérants : enquête de pratique.

Xavier Causse (1), Jean-François Cadranel (1), Pascal Potier (1), Jacques Denis (1), Christophe Renou (1), Bertrand Hanslik (2), Patrick Delasalle (2), pour le CREGG (2) et l'ANGH (1)

**Méthode :** une enquête simple, de 11 questions à choix multiples, a été proposée en 2011 aux 680 membres de l'ANGH et/ou du CREGG pour évaluer leur adhésion aux recommandations 2009 de l'EASL concernant les porteurs inactifs et les immunotolérants.

**Résultats :** 215 des 216 réponses étaient exploitables (taux de participation 32 %). La majorité (62 %) des praticiens avaient une activité mixte hépatologique et gastroentérologique, alors que 44 % exerçaient depuis plus de 20 ans. Soixante et onze pour cent étaient des hommes et 65 % avaient plus de 45 ans. Le nombre annuel de consultations du service ou du cabinet était < 2000 dans 37 % des cas, entre 2 et 3000 dans 24 % des cas. La file active personnelle de patients Ag HBs positifs de nos confrères était < 20 dans 58 % des cas, entre 20 et 50 dans 24 % des cas. Les critères diagnostiques de porteur inactif de l'Ag HBs étaient reconnus par 184 confrères (86 %) pour les transaminases (constamment normales) et par 166 (77 %) pour la charge virale (constamment inférieure à 2000 UI/ml). Par contre, le critère de positivité de l'Ag HBe pour le diagnostic du statut d'immunotolérance était méconnu par près de la moitié des praticiens (105 soit 49.5 %). 78 % des praticiens répondaient à la question sur la surveillance biologique des patients porteurs inactifs et immunotolérants. 165 (97 %) des 168 médecins répondants jugeaient utile la réalisation d'un bilan biologique associant dosage de l'alpha-foeto-protéine et de la charge virale de façon semestrielle (n = 58, 35 %) ou annuelle (n = 105, 63 %). La question sur la surveillance échographique des patients porteurs inactifs et immunotolérants était suivie de réponse chez 187 médecins (87 %). 16 d'entre eux (9 %) estimaient cette surveillance non nécessaire, 31 (17 %) réalisaient une échographie semestrielle, 140 (75 %) une surveillance annuelle et 2 (1 %) une surveillance semestrielle ou annuelle. 40 (19 %) confrères ne traitaient jamais les immunotolérants, 175 (81 %) traitaient au cas par cas : 157 (73 %) prescrivaient un traitement préemptif avant immunosuppression ou chimiothérapie, 116 (54 %) traitaient la femme enceinte avec virémie > 7 log d'UI/ml durant le 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse, 105 (49 %) traitaient les professionnels de santé pouvant contaminer leurs patients, 66 (31 %) traitaient devant un projet de PMA.

**Conclusion :** les recommandations de l'EASL publiées en 2009 semblent bien assimilées pour la définition du porteur inactif mais plus mal comprises pour celle de l'immunotolérant. Si la surveillance échographique et biologique de ces patients semble couramment pratiquée, la dispersion des réponses reflète l'absence de recommandation claire pour ces populations particulières



## En cours : 6 études labellisées ANGH

### ❖ Protocole CHANGH (Carcinome hépatocellulaire ANGH) **labellisé ANGH, inclusions terminées, poursuite suivi des malades inclus**

Coordonnateur : Isabelle Rosa Créteil [isabelle.rosa@chicreteil.fr](mailto:isabelle.rosa@chicreteil.fr)

Les inclusions dans le protocole CHANGH sont terminées depuis octobre 2009. 1287 malades, 1207 sont exploitables. Le suivi à 1 an est également terminé. Poursuite du suivi à 2 ans, 3 ans, 4 ans et 5 ans pour le faible nombre de patients encore vivants Cette étude a donné lieu à des communications orales aux JFHOD et plusieurs posters aux congrès d'hépatologie internationaux. L'article original est en cours d'écriture.

### ❖ IL28B (I. Rosa) **labellisé ANGH**



Promoteur : ANGH

Groupe de travail : I. Rosa, X. Causse, J.L. Payen, L. Bettan

Financement par Laboratoires Roche

Pourront être inclus malades ayant réalisés le dosage IL28B en dehors de l'observatoire

CRF papier début des inclusions Mars 2013 [isabelle.rosa@ch-creteil.fr](mailto:isabelle.rosa@ch-creteil.fr) ,

### ❖ APPROVIE **labellisé ANGH**



Utilisation des anti-protéases dans la vraie vie

Groupe de travail : J.F. Cadranel, A. Pariente, A.J. Rémy, J. Denis, I. Rosa, X.

Causse, H. Hagège

CRF électronique

Responsable de l'étude : Alex Pariente [alexandre.pariante@ch-pau.fr](mailto:alexandre.pariante@ch-pau.fr)

compatible avec étude IL28B

Début des inclusions : Octobre 2012 Février 2013 250 inclusions

### ❖ **Enquête traitement pré-emptif** (X. Causse, J.L. Payen) **labellisé ANGH**

Coordonnateur Jean Louis Payen [jeanlouis.payen@sfr.fr](mailto:jeanlouis.payen@sfr.fr)

**Protocole utilisable DPC/EPP**

Objectifs

1) évaluer par une enquête validée par le CS de l'ANGH les pratiques des confrères oncologues, dermatologues et rhumatologues concernant la recherche des marqueurs du VHB lors de l'initiation de traitements immunodépresseurs.

2) En cas de déficit dans ces pratiques proposer une formation à partir d'un support validé par le CS de l'ANGH.

3) Ré-évaluer par une nouvelle enquête les pratiques six mois après la formation.

### ❖ **Hépatite E et femme enceinte** **labellisé ANGH**

C. Renou, G. Macaigne, C. Locher, J.F. Cadranel

Rationnel : aucun cas d'hépatite fulminante en Europe (mais séro-prévalence 5-20%).

Question : absence de contact ou hépatite asymptomatique

Evaluer le taux de séro-conversion VHE au cours de la grossesse

Simple : dosage IgG et IgM + questionnaire simplifié, début grossesse et post-accouchement immédiat

4 centres à ce jour : Meaux, Lagny, Hyères, Creil-Senlis

# Les protocoles actuels

## ❖ Amylose et fibroscan **labellisé ANGH**

J.F. Cadranel

Etude initiale (Creil, Villeneuve-Saint-Georges, Toulouse, Amiens, Limoges, Saint-Denis)

Malades avec ou sans PBH

Envoyer observations J.F. Cadranel ([jfrancois.cadranel@ch-creil.fr](mailto:jfrancois.cadranel@ch-creil.fr))



## ❖ TIPMP (P. Lévy – ANGH) **centres ANGH partenaires avec membres de l'ANGH au conseil scientifique Protocole ANGH partenaire**

Enquête épidémiologique prospective des TIPMP localisées aux canaux secondaires (sérothèque)

Groupe de travail : V. Rebours, P. Lévy, A. Couvelard, M.P. Vuillierme, L. Buscail, B. Dupas, L. Palazzo, B. Napoléon, R.L. Vitte, A. Pelaquier

début 2013 34 inclusions dont 12 ANGH

## ❖ Observatoire CHOC **Protocole ANGH partenaire**

Arnaud Pauwels (Gonesse) [arnaud.pauwels@ch-gonesse.fr](mailto:arnaud.pauwels@ch-gonesse.fr)

But : préciser la fréquence et la prise en charge actuelle des hémorragies graves (Child B saignement actif et Child C) susceptibles d'un TIPS en urgence

CHTP-ANGH Groupe de travail : D. Thabut (CHTP), A.Pauwels (ANGH) Durée inclusion 1 ans, nombre de malades 600 CRF papier en 2013 22 centres actifs 163 cahiers récupérés



A retenir :

❖ **Protocole labellisé ANGH**: protocole conçu entièrement par l'ANGH

❖ **Protocole ANGH partenaire** : protocole où l'ANGH est associée à la conception

❖ **Protocole ANGH Relayeur** : protocole dont l'ANGH assure seulement la promotion

ANGH partenaire de la journée du 26 mars 2013





## BASIC STUDIES

### A French national survey on the use of antibiotic prophylaxis in cirrhotic patients

Thierry Thevenot<sup>1</sup>, Thibault Degand<sup>1</sup>, Natacha Grelat<sup>1</sup>, Laure Elkrief<sup>2</sup>, Camille Christol<sup>3</sup>, Richard Moreau<sup>2</sup>, Jean Henrion<sup>4</sup>, Jean-François Cadranel<sup>5</sup>, Frances Sheppard<sup>6</sup>, Christophe Bureau<sup>3</sup>, Vincent di Martino<sup>1</sup>, Arnaud Pauwels<sup>7</sup> on behalf of the Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux généraux (National Association of General Hospital Hepatogastroenterologists)

#### ORIGINAL ARTICLE

### Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: A prospective multicenter observational study in 1140 patients

Jean-David Zeitoun<sup>a,\*</sup>, Isabelle Rosa-Hézode<sup>b</sup>, Ariane Chryssostalis<sup>c</sup>, Bernard Nalet<sup>d</sup>, Bruno Bour<sup>e</sup>, Jean-Pierre Arpurt<sup>f</sup>, Jacques Denis<sup>g</sup>, Stéphane Nahon<sup>h</sup>, Alexandre Pariente<sup>i</sup>, Hervé Hagège<sup>b</sup>, the Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH

<sup>a</sup> Department of gastroenterology, Henri-Mondor-hospital, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre, 94010 Créteil, France  
<sup>b</sup> Department of gastroenterology, centre hospitalier intercommunal, 94000 Créteil, France  
<sup>c</sup> Department of gastroenterology, Cochin Hospital, 75014 Paris, France  
<sup>d</sup> Department of gastroenterology, centre hospitalier, 26216 Montélimar, France  
<sup>e</sup> Department of hepatogastroenterology, Le Mans Hospital, 72000 Le Mans, France  
<sup>f</sup> Department of gastroenterology, Avignon Hospital, 84000 Avignon, France  
<sup>g</sup> Department of hepatogastroenterology, centre hospitalier Sud-Francilien, 91014 Evry, France  
<sup>h</sup> Gastroenterology Unit, Le-Raincy hospital, 93370 Montfermeil, France  
<sup>i</sup> Department of hepatogastroenterology, Pau hospital, 64000 Pau, France

Available online 3 February 2012



## Research Article



### A survey of patterns of practice and perception of NAFLD in a large sample of practicing gastroenterologists in France<sup>☆</sup>

Vlad Ratziu<sup>1,\*</sup>, Jean-François Cadranel<sup>2</sup>, Lawrence Serfaty<sup>3</sup>, Jacques Denis<sup>4</sup>, Christophe Renou<sup>5</sup>, Patrick Delassalle<sup>6</sup>, Carole Bernhardt<sup>1</sup>, Gabriel Perlemuter<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Université Pierre et Marie Curie, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière, INSERM UMR\_S 938, France;  
<sup>2</sup>Centre Hospitalier de Creil, France; <sup>3</sup>Hôpital Saint-Antoine, Paris, France; <sup>4</sup>Centre Hospitalier de Corbeil Essonne, France;  
<sup>5</sup>Centre Hospitalier de Hyeres, France; <sup>6</sup>Grasse, France; <sup>7</sup>Hôpital Antoine Béchère, Clamart, France

## Endoscopy

### Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study

#### Authors

S. Nahon<sup>1</sup>, H. Hagège<sup>2</sup>, J. P. Latrive<sup>3</sup>, I. Rosa<sup>2</sup>, B. Nalet<sup>4</sup>, B. Bour<sup>5</sup>, R. Faroux<sup>6</sup>, P. Gower<sup>7</sup>, J. P. Arpurt<sup>8</sup>, J. Denis<sup>9</sup>, J. Henrion<sup>10</sup>, A. J. Rémy<sup>11</sup>, A. Pariente<sup>12</sup> and the Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH

#### Institutions

Institutions are listed at the end of article. Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hopitaux Généraux see **Appendix e1** (available online) for the complete list of investigators

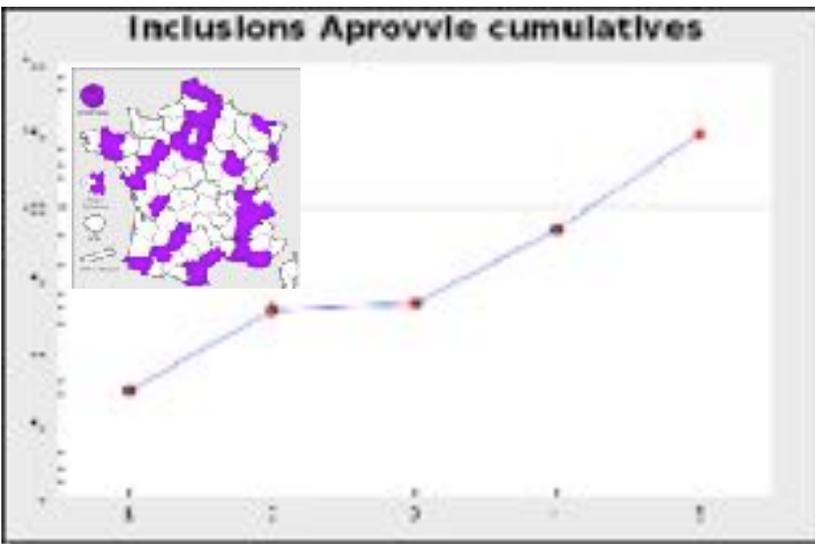


## Etat Aprovie au 1er mars 2013 Alex Pariente (Pau)

Depuis le 10 Octobre 2012, 59 médecins de 45 centres ont inclus 252 malades (167 rétrospectifs, 85 prospectifs). Champion incontesté du 1<sup>er</sup> quadrimestre : Perpignan !

Cent soixante-cinq hommes, 87 femmes, âgés de 18 à 78 ans (52 en moyenne), infectés par un virus de génotype 1a (99), 1b (109), 44 de génotype 1 non précisé.

Naïfs :93, Non-répondeurs 102 dont 36 nuls, 7 échappeurs, 57 rechuteurs.



Environ 2/3 des malades  $\geq$ F3.

Coinfection VIH 4, 1 AgHBs+

Comorbidité chez 110 malades , 13 alcool , 1 toxicomane actif, 35 substitués

Génotype IL28B déterminé chez 56 malades

Documentation remise à 189 malades, éducation organisée chez 12.

Antiprotéase : Télaprevir 193, Boceprevir 59.

Lead-in phase 48 dont 7 avec le télaprevir.

### Résultats partiels :

Négativisation de la virémie à S4 102/142 (72%), à S8 101/110 (92%), à S12 102/109 (93%), à S24 83/86 (96%), eVR

62/86 (72%).

**Effets secondaires de grade >2** chez 28 malades (anémie sévère , asthénie majeure , peau , et autres peu fréquents).

Erythropoietine chez 46 malades, transfusions chez 14.

Ça commence donc bien. Soutenez l'effort. On va commencer à vous «embêter» avec des petites questions directement par mail. N'hésitez pas à en poser sur la console de l'étude (ça profite à tous les investigateurs).

+++ Il a été récemment suggéré que le télaprevir pouvait altérer la fonction rénale et provoquer ainsi des anémies sévères par surdosage en ribavirine ; c'est pourquoi on a demandé aux prescripteurs de télaprevir un petit effort supplémentaire (poids, créat et Hb essentiellement à S4,8,12). On va les relancer pour essayer d'avoir les données pour fin mars 2013 et soumettre quelque chose à l'afef.



## HépatoHebdo une enquête épidémiologique éclair pour un résultat choc !

L'Hépatologie est bien vivante et représente à peu près 35% de notre activité .  
Cette enquête met en évidence une prévalence de la maladie cirrhotique sous estimée jusqu'alors.  
C'est un riche terrain d'études cliniques pour l'ANGH

Les résultats de l'enquête ont été communiqués

- à nos 20 èmes Journées de Bastia
- au XXVII congrès portugais de la NGHD
- aux JFHOD 2013 à Paris



Nous remercions infiniment les centres suivants qui ont participé et pour ceux qui n'ont pas pu ou ne nous connaissent pas joignez-vous à nos travaux



**Merci à tous !**

### Villes HépatoHebdo 2012

Aix en provence - Dr Picon -  
Angouleme Cedex 9 - Dr Dupuychaffray -  
Arles Cedex - Dr Boulay -  
Aubagne - Dr De Montigny -  
Beziers - Dr Le Bricquoir -  
Bry Sur Marne - Dr Condat -  
Chalons En Champagne - Dr Abdelli -  
Chambery Cedex - Dr Bourhis -  
Chartres - Dr Herber -  
Compiègne - Dr Pricope -  
Creil - Dr Cadranel -  
Creteil - Dr Rosa -  
Dourdan - Dr Turner -  
Dunkerque - Dr Paupard -  
Evry Corbeil Sud Francilien - Dr Elriz -  
Gonesse - Dr Pauwels -  
Hyerès - Dr Renou -  
Lagny Sur Marne - Dr Macaigne -  
Lannion Cedex - Dr Wohlschies -  
Laon - Dr Piperaud -  
Le Mans - Dr Bour -  
Lens - Dr Davion -

Lorient - Dr Lamarre -  
Macon Cedex - Dr Naouri -  
Metz Ch Sa - Dr Reville -  
Metz Chr - Dr Raabe -  
Montauban Cedex - Dr Payen -  
Montelimar - Dr Nalet -  
Montfermeil - Dr Jouannaud -  
Orl\_ans - Dr Causse -  
Pau - Dr Arotcarena -  
Perpignan - Dr Remy -  
Poissy St Germain PSG - Dr Vitte -  
Pontoise - Dr Blondon -  
Pringy Annecy - Dr Heluwaert -  
Saint Denis - Dr Labadie -  
Saint Quentin - Dr Dadamessi -  
Sarreguemines - Dr Ardizzone -  
Troyes - Dr Blaison -  
Valenciennes Cedex - Dr Marks -  
Vannes - Dr Billet -  
Villeneuve Saint Georges - Dr Bettan -



Observatoire des MICI dans les centres hospitaliers généraux une semaine donnée

Stéphane Nahon, Pierre Lahmek, Thierry Paupard (Dunkerque), Laurent Costes (Créteil), Medhi Kaassis (Cholet), Frédéric Heluwaert (Annecy), Valérie Bischeler (Vannes), Baya Coulibaly (Avignon), Guillaume Medinger (La Roche sur Yon), Joëlle Bonnet (Bry sur Marne), Eric Fort (Orléans), Bruno Mesnard (Tourcoing), Christophe Renou, Bruno Lesgourgues

## Pourquoi ?

- Pas de données concernant le profil des patients MICI suivis dans les CHG
- Données attendues par industrie et sociétés savantes et GETAID
- Succès Hepato-Hebdo 2012

## Comment ?

- Une semaine début Juin
- Médecins relais (membres ANGH/GETAID + gastro intéressés par MICI)
- Questionnaire à remplir pour chaque MICI vue dans un centre ANGH (hospi tradi, hospi de jour, ambulatoire, consultation)
- Questionnaire élaboré grâce à un logiciel d'enquête en ligne (Lime Survey)
- Temps par malade 2-4 min

## Calendrier ?

- Semaine de recueil du 3 au 9 Juin 2013
- Présentation au congrès de Montélimar
- Soumission aux JFHOD 2014
- En fonction des résultats au moins une lettre



# La Constipation en pratique médicale

## L'essentiel des recommandations et conseils nutritionnels

### Une pathologie fréquente et surtout féminine

En effet, la constipation concerne environ 10% de la population<sup>1</sup> et plus particulièrement les femmes et les personnes âgées. Elle est souvent vue comme une «bénigne» gêne reflétant un sentiment d'inconfort avec bien physique que mental<sup>2,3</sup>.

### Pour le diagnostic, connaître les critères de Rome III

Existence d'au moins deux des critères suivants pendant au moins 3 mois depuis les 3 derniers mois :

- effort d'évacuation ;
- selles dures ;
- sensation d'évacuation incomplète ;
- sensation de blocage ou d'obstruction au rectum ;
- nécessité de manœuvres manuelles facilitatrices ;
- moins de 3 défécations par semaine.

### Éliminer une cause organique, avant de recourir à une constipation fonctionnelle

En priorité chez l'adulte, penser à l'existence d'un polype ou d'un cancer colocolique. Mais penser aussi à l'hypothyroïdie, et à la constipation chronique médicamenteuse qui sont des causes fréquentes de constipation.

Avant de prescrire un laxatif, se donner toutes les chances de lever la constipation par des conseils nutritionnels et d'hygiène de vie. Ils sont souvent suffisants :

#### • Les fibres

Elles augmentent la fréquence des selles et améliorent leur consistance<sup>4,5</sup>. Elles sont surtout à privilégier en cas de constipation dans le cadre d'un syndrome du côlon irritable. Privilégier les légumes, les fruits (dont les pruneaux), les céréales complètes, les légumes secs (sauf en cas de syndrome du côlon irritable), éventuellement le son de blé.

#### • Évoquer l'importance de l'hydratation et du bon choix de l'eau

L'hydratation doit être optimale car des selles bien hydratées occupent plus de volume dans le côlon et stimulent les fibres péristaltiques<sup>6</sup>. Il est fréquent de constater un état de constipation chez un adulte qui boit trop peu (moins de 1 litre d'eau par jour). Dans tous les cas, il est important de rappeler la nécessité de boire environ 1 à 1,5 litre d'eau par jour (à 8 heures) et de privilégier une eau dite «active» comme HÉPAR<sup>®</sup>. À boire, avant, pendant et après les repas, en commençant dès le matin au petit déjeuner.

#### • Recommander la pratique régulière d'une activité physique

La pratique régulière de la marche peut aider à régulariser un transit lent, tout comme la pratique de massages abdominaux dans le sens de la circulation du transit. C'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Une journée pour un meilleur transit, avec 4 à 6 verres d'eau tout au long de la journée, avant, pendant et après les repas...

**En petit déjeuner** : thé ou café, un yaourt, pain complet, la salade ou aux cinq céréales, une clémentine.  
**En déjeuner** : une salade de choucroute et tomates, des croûtes de pain complet, un fromage, pain complet, pruneaux.  
**Une petite sieste** dans l'après-midi : 1 verre de trois clémentines.  
**En dîner** : quinoa, riz, jambon ou des lentilles, yaourt nature de fruits.

#### Adresses

1. Nagai H et al. Epidemiology of constipation in Osaka and Okazaki: a population survey. *Int J Gastroenterol* 2002, 33-35.

2. Haldar R et al. The impact of constipation on quality of life: results of a national survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2007, 24: 607-613. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2656.2007.12441.x>

3. Jorgensen T et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2004, 127: 1488-91.

4. Thomson T et al. The health-related quality of life and burden of constipation. *Pharmacotherapy* 2006, 26: 243-50.

5. Fitch T et al. Recommendations pour la pratique clinique : constipation chronique chez l'adulte. *Aliment Pharmacol Ther* 2007, 27: 13-22.

6. Cheng L et al. Mechanisms of constipation: does person and effect of fiber depend with gender. *J Am Coll Nutr* 1995, 4: 464-7.

#### Site web

Service relation clients de pharmacologie  
[www.hepar.com](http://www.hepar.com)

Web Site International (Pharmacie)  
[www.internationalhepar.com](http://www.internationalhepar.com)



# Hémorragies digestives hautes



**Stéphane Nahon -Montfermeil -**

## Une aventure..

Au début des années 2000 l'aventure commence. L'idée de Jean-Paul Latrive et d'Hervé Hagège de fédérer les centres de l'ANGH à travers un projet à la fois intéressant et mobilisateur a vu le jour en 2005. Ce bel observatoire concernant 53 centres à travers la France a permis d'inclure près de 3300 patients, un «must» en France dans le domaine des hémorragies digestives hautes. Après une brillante communication en plénière aux Francophones en 2006, le premier article est paru en 2008. L'article princeps quant à lui a fini par voir le jour en 2012 dans la revue *Endoscopy*. Tous les investigateurs ont été associés aux publications des articles originaux.



## Des bénéfiques...

Cet observatoire a permis de faire encore mieux connaître l'ANGH et de faire reconnaître sa compétence dans l'élaboration d'observatoires nationaux. Les hémorragies digestives ont été mieux encadrées dans nos centres respectifs. A l'hôpital de Montfermeil, nous n'étions guère familiers avec la classification de Forrest et le score Rockall avant l'observatoire: désormais ces données figurent systématiquement dans nos comptes rendus d'endoscopie. Nous avons toutefois encore matière à nous améliorer. Dans la publication dans l'article princeps il apparaît que nous pouvions progresser notamment en terme de traitement endoscopique.

## Et une suite...

Nous avons pour ambition de nous mobiliser en **2015** pour faire réévaluer nos pratiques notamment pour montrer très probablement une amélioration de nos pratiques. Cet observatoire sera conçu pour servir également d'EPP à l'échelon de chaque hôpital.

Enfin, avec Bruno Lesgourgues nous avons pour projet de créer sur le site de l'ANGH un **portail sur les hémorragies** où seront disponibles les scores, les classifications, les publications, et de l'imagerie des hémorragies digestives hautes et basses.

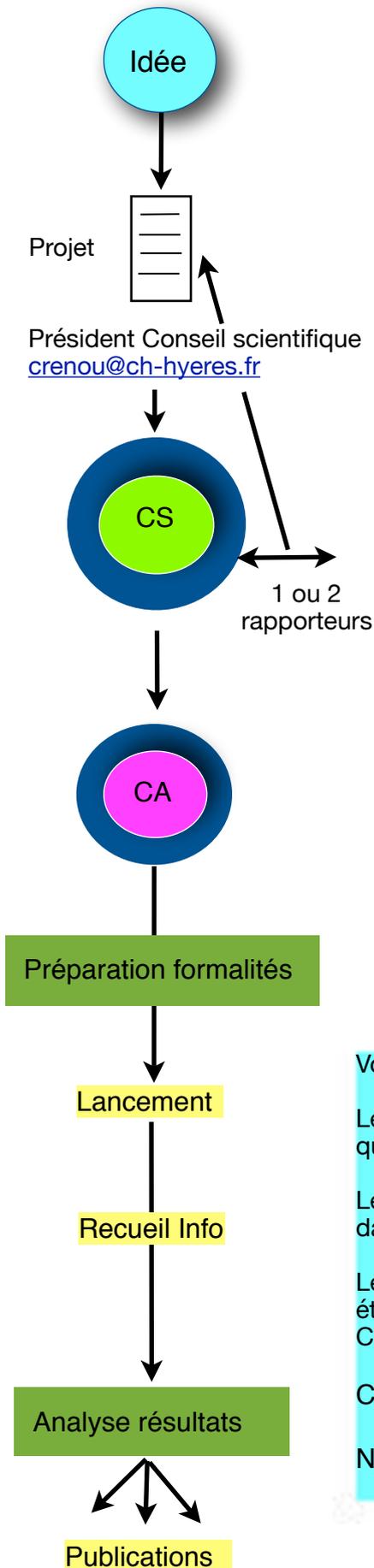
Voici les différentes publications que nous avons réalisées grâce à vous tous.

## Biblio

- 1: Pariente A, Nahon S; The Groupe des hémorragies digestives hautes de l' ANGH. Letter: peptic ulcer bleeding and liver cirrhosis - different diseases and different prognosis, too? **Aliment Pharmacol Ther.** 2013 Feb;**37(3):368-369.**
- 2: Nahon S, Hagège H, Latrive JP, Rosa I, Nalet B, Bour B, Faroux R, Gower P, Arpurt JP, Denis J, Henrion J, Rémy AJ, Pariente A; Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. **Endoscopy.** 2012 Nov;**44(11):998-1008.**
- 3: Zeitoun JD, Rosa-Hézode I, Chrystostalis A, Nalet B, Bour B, Arpurt JP, Denis J, Nahon S, Pariente A, Hagège H; Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: a prospective multicenter observational study in 1140 patients. **Clin Res Hepatol Gastroenterol.** 2012 Jun;**36(3):227-34.**
- 4: Nahon S, Pariente A, Faroux R, Rémy AJ, Nouel O; Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux. Prognosis of upper gastrointestinal bleeding in the oldest-old patients: a post hoc analysis of a prospective study. *J Am Geriatr Soc.* 2010 May;**58(5):989-90.**
- 5: Nahon S, Pariente A, Nalet B, Hagège H, Latrive JP; group of investigators of the ANGH (Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). Causes of mortality related to peptic ulcer bleeding in a prospective cohort of 965 French patients: a plea for primary prevention. **Am J Gastroenterol.** 2010 Aug;**105(8):1902-3.**
- 6: Nahon S, Pariente A, Pauwels A, Boruchowicz A; Group of Investigators of the ANGH (Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). Influence of weekend versus weekday admissions on the prognosis of upper gastrointestinal bleeding caused by portal hypertension: post hoc analysis of a prospective study. **J Clin Gastroenterol.** 2010 Mar;**44(3):228-9.**
- 7: Nahon S, Pariente A, Latrive JP; Group of Investigators of the Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH). Weekend admission does not influence the mortality of upper gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcers: results of a French prospective study of the association nationale des gastroentérologues des hôpitaux généraux group. **Clin Gastroenterol Hepatol.** 2009 Aug;**7(8):911.**
- 8: Nahon S, Nouel O, Hagège H, Cassan P, Pariente A, Combes R, Kerjean A, Doumet S, Cocq-Vezilier P, Tielman G, Paupard T, Janicki E, Bernardini D, Antoni M, Haioun J, Pillon D, Bretagnolle P; Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'Association Nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux Généraux. Favorable prognosis of upper-gastrointestinal bleeding in 1041 older patients: results of a prospective multicenter study. **Clin Gastroenterol Hepatol.** 2008 Aug;**6(8):886-92.**

# Soumettre une idée d'étude

## PROMOTEUR



Voici l'organigramme de soumission d'une idée d'étude à l'ANGH.

Le conseil scientifique agit comme un conseil technique du CA et du Président qui décident de la priorisation de la mise en oeuvre.

Le renouvellement régulier du CS est la garantie de l'indépendance des choix dans le temps.

Les membres du CS sont une aide à la conception, la mise en oeuvre d'une étude pour passer les étapes incontournables, mais fastidieuses, par exemple du CCTIRS et de la CNIL.

Ci dessus un exemple des données de suivi d'une étude.

N'hésitez-pas lancez-vous !

Christophe Renou Bruno Lesgourgues

# Le DPC à l'ANGH

Jean-Pierre Dupuychaffray - Angoulême -



## CEPPHGE

Collège évaluation pratiques professionnelles en HGE

## Création imminente du CEFA-HGE

La mise en place en 2013 du Développement Professionnel Continu (DPC) oblige chaque spécialité médicale à s'organiser. L'Hépatogastroentérologie va conduire cette démarche dans l'unité, sous forme de deux structures dédiées au DPC. L'une est déjà opérationnelle, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie (CNP-HGE) qui va conduire la réflexion sur les modalités retenues pour la validation du DPC dans la spécialité.

L'autre est en cours de finalisation, le Collège Evaluation Formation Accréditation en Hépatogastroentérologie (CEFA-HGE) qui sera le véritable opérateur de DPC pour la spécialité. Il est issu de l'union de l'EA-HGE et du CEPPHGE, et comprendra des représentants désignés par chaque composante de la FSMAD.

**Le CEFA-HGE, en tant qu'Organisme de DPC (ODPC), proposera des programmes de DPC et délivrera les attestations de validation de DPC pour tous les hépatogastroentérologues inscrits au collège.**

Nos deux représentants

Jean-Pierre Dupuychaffray Angoulême  
André-Jean Rémy Perpignan

### Lexique pratique

DPC	Développement Professionnel Continu	Démarche qualité des professionnels de santé
FMC	Formation Médicale Continue	Ancien dispositif de formation des médecins mis en place par les ordonnances Juppé en 1995
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles	Ancien dispositif d'analyse et d'évaluation des pratiques médicales piloté par la HAS à partir de 2006
CSI	Commission Scientifique Indépendante	Instance indépendante d'évaluation des opérateurs
ODPC	Organisme de DPC	Opérateurs de programmes de DPC
OGDPC	Organisme Gestionnaire du DPC	Gestionnaire et financeur du dispositif
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé	Structure associative à gestion paritaire qui collecte les contributions financières des entreprises qui relèvent de son champ d'application dans le cadre du financement de la formation professionnelle continue des salariés des entreprises de droit. (source Wikipédia)
ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier	OPCA de la fonction publique hospitalière, agréée par le Ministère de la Santé. Elle collecte et gère les fonds consacrés à la formation d'environ 900 000 agents.
CNP	Conseil National Professionnel	Structures regroupant l'ensemble des composantes d'une spécialité médicale
FSM	Fédération des Spécialités Médicales	Fédération des CNP, structure transversale et subsidiaire réunissant les CNP de toutes les spécialités adhérentes de la FSM
HAS	Haute Autorité de Santé	Organisme public indépendant d'expertise scientifique, rôle méthodologique dans le dispositif de DPC
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	Enregistre les attestations de validation des programmes de DPC des médecins et décide des mesures à prendre en cas de non respect de l'obligation
	Orientations Prioritaires Nationales	Priorités de santé publique arrêtées par le Ministre de la Santé pour définir les programmes de DPC
ARS	Agences Régionales de Santé	Pourront proposer des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec leur projet régional de santé

<http://www.angh.org>

### Les documents

Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins

HAS Méthodes et modalités de DPC

FSM L'abc du DPC ou « Comment réussir sa démarche qualité ? »





Jeudi 8 novembre 2012 7h du matin.

L'équipe médicale et paramédicale au complet, est déjà sur "le pont" pour attaquer cette journée bien particulière, la retransmission en direct de VIDEODIGEST 2012. Les derniers réglages et contrôles sur les sites ( bloc ambulatoire endoscopie, service d'hospitalisation, salle de conférence, camion régie...) se déroulent:



- ☑ 21 patients, informés, recrutés depuis 3 semaines maximum,
- ☑ 12 "Papes" de l'endoscopie digestive, un membre ANGH (S Bellon, PH) en tenue de bloc,
- ☑ 2 médecins "loyaux" (JP Arpurt et Ch Boustiere) mettent leur casque en liaison directe avec le camion régie,
- ☑ 2 PH (S Bramli et B Coulibaly) et 4 attachés du service font défiler les diapos de chaque cas sur l'écran du PC central,
- ☑ 3 anesthésistes et 3 IADE vérifient leur check-list,
- ☑ le cadre d'endoscopie digestive contrôle l'ouverture des 3 salles d'endoscopie et vérifie les boîtes de petit matériel,
- ☑ 6 IDE d'endoscopie (2 par salle) installent les endoscopes et le petit matériel,
- ☑ 2 IDE d'endoscopie bronchique et 1 AS en salle de lavage (40 endoscopes... 3 firmes d'endoscopes ... 12 firmes petit matériel)

- ☑ 5 caméramen en salle, les techniciens régie en embuscade, prêts à intervenir à tout moment
- ☑ les représentants des firmes industrielles sont affectés en salle en fonction du matériel à utiliser
- ☑ 3 préposés au brancardage ont huilé les roues des brancards

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

Puis tout va très vite et les examens s'enchaînent sans grandes difficultés, même si le programme est un peu décalé, car **pour la première fois, est réalisée en direct une dissection sous muqueuse de l'œsophage de 8 cm quasi circulaire** qui va durer 4H. A 18h30, les experts partent pour Paris et je reste pour réaliser, hors faisceau, une polypectomie du caecum chez le dernier patient.

**En fait, l'aventure commence en fin 2010 où la SFED retient le projet d'Avignon pour l'organisation de Vidéodigest 2012.** En mars 2011, lors des JFHOD, le CA de l'ANGH, par un vote, valide notre candidature en tant que centre représentant l'ANGH.

Début février 2012... début de la préparation, des réunions sont organisées toutes les 6 semaines jusqu'à fin juillet, puis toutes les 2 semaines de septembre à fin octobre. Chaque responsable de service concerné participe à ces réunions et suit un carnet de route. Il s'agit des services : endoscopie, bloc ambulatoire, hospitalisation, radiologie, chirurgie digestive, technique (emplacement camion de retransmission, cablages, renforcement courant EDF), lutte contre les infections nosocomiales, informatique, communication, entretien et nettoyage, stérilisation, laboratoire ....

La veille, le 7 novembre 2012, le matin sont présentés, pour validation, les cas aux experts, l'après midi le choix des endoscopes et du petit matériel en présence des industriels, des experts et des IDE d'endoscopie qui vont préparer le matériel. A 17H visites des experts auprès des patients pour se présenter et expliquer le geste endoscopique .... Durant toute cette journée, tous les techniciens et personnels travaillent à l'installation technique et du matériel à l'intérieur du bloc. Le soir les IDE d'endoscopie n'en finissent pas d'installer les salles et de vérifier leur contenu....

**L'implication et la collaboration de tous les intervenants hospitaliers ou extérieurs ont été le ciment de la réussite de cette journée.** L'adage gravé dans le marbre par O Nouel a été respecté : l'ANGH est partout !!!



Association Nationale  
des hépato-Gastroentérologues  
des Hôpitaux généraux  
de France

# 21èmes Journées nationales 20-21 septembre 2013



Inscription  
GS Consult  
06.70.74.47.16  
[congres@anghweb.net](mailto:congres@anghweb.net)

# XXIème Congrès National Montelimar 20- 21 septembre 2012



Les conférences se tiendront à l'IFSI  
de Montélimar



## Pré-Programme

### **Vendredi 20 septembre 2012**

- A partir de 9H00 : Accueil des participants au IFSI
- 12H00-14H00 : Déjeuner IFSI
- 14H00-14H10 : Début du congrès par l'allocution présidentielle
- 14H10-18H00 : Communications et conférences avec pause à 16h30
- 18H00-19H00 : Assemblée Générale de l'ANGH
- 20H00 : Dîner

### **Samedi 21 septembre 2012**

- 08H30 à 12H30 : Protocoles, communications, conférences et cas cliniques avec pause à 10h30
- 13H00 : Déjeuner de clôture

### **Conférencess**

- Le virus B : «ça bouge». Vincent Leroy (Grenoble)
- Actualités sur la génétique du cancer colorectal. JC Saurin (Lyon)
- Les recommandations de contrôles de polypes 2004 sont-elles obsolètes ?. Christian Boustière (Marseille)

**Avec le soutien  
intitutionnel de nos partenaires**



# 20ème congrès de l'ANGH

## 20 et 21 septembre 2013 MONTÉLIMAR



Bulletin d'inscription à renvoyer **IMPERATIVEMENT** avant le 15 JUIN 2013  
AVEC LE REGLEMENT des droits d'inscription.

M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse de confirmation : \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Congressiste  Membre du CA  Conférencier

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Accompagné de M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Ville de départ : \_\_\_\_\_

Arrivée Montélimar le : \_\_\_\_\_ Départ de Montélimar le : \_\_\_\_\_

### Transport

Le remboursement des frais d'acheminement se fera dans les limites d'un forfait maximum :

1. de 200 € A/R pour les franciliens.
2. de 250€ A/R pour les autres lieux de résidence  
( tarif kilométrique de 0,40 €/ km) pour tout adhérent en règle de sa cotisation ( 35 €).

### Participation

déjeuner du 20 septembre  dîner du 20 septembre  déjeuner du 21 septembre

### Règlement des droits d'inscription et forfait hébergement :

- ✓ 100 €  pour **une personne seule, une nuit** : comprend déjeuner et diner du 20/09, nuit du 20/09 au 21/09 chambre simple avec PDJ , déjeuner du 21/09.
- ✓ 150 €  pour **une personne seule, deux nuits** : comprend déjeuner et diner du 20/09, nuit du 20/09 au 21/09 chambre simple avec PDJ , déjeuner du 21/09, nuit du 21 au 22/09 chambre simple avec PDJ.
- ✓ 200 €  pour **une personne avec accompagnant(e) une nuit** : comprend déjeuner et diner du 20/09, nuit du 20/09 au 21/09 chambre simple avec PDJ , déjeuner du 21/09.
- ✓ 250 €  pour **une personne avec accompagnant(e) deux nuits** : comprend déjeuner et diner du 20/09, nuit du 20/09 au 21/09 chambre simple avec PDJ , déjeuner du 21/09, nuit du 21 au 22/09 chambre simple avec PDJ.

La cotisation ANGH est à régler par **chèque séparé** à l'ordre de l'ANGH et à envoyer à: Dr Isabelle Rosa CHIC Créteil Service de Gastroentérologie 40, avenue de Verdun 94010 Créteil Cedex

**Bulletin d'inscription** à renvoyer **IMPERATIVEMENT** avant le 15 Juin 2013 **AVEC LE REGLEMENT** des droits d'inscription à SG Consult 12 rue de Sarda 26200 Montélimar - Tel 06.70.74.47.16 / email [congres@anghweb.net](mailto:congres@anghweb.net) - (règlement par Chèque libellé à l'ordre « ANGH Congrès Montélimar»)



# “7 bonnes raisons de s’inscrire à l’ANGH et de participer à son congrès”.

Jean Henrion Jolimont (Belgique) 



## Joyeuse

L’ANGH, c’est gai! Les anciens diraient : “*l’ANGH, c’est rien que du bonheur*”. L’ANGH est de fait une **association joyeuse**. J’en conviens, dire d’une société savante qu’elle est joyeuse, c’est inhabituel, mais c’est la vérité. Nos retrouvailles sont toujours très joyeuses et participer au congrès, mais aussi à l’activité du conseil d’administration ou du conseil scientifique, ce sont de purs moments de bonheur partagés.

Le plaisir de participer à la vie de notre association repose beaucoup sur l’amitié. L’ANGH est une **association affectueuse**. J’en conviens à nouveau, il n’est pas habituel de qualifier une société savante d’affectueuse. On dirait plutôt que c’est une société conviviale, mais à vrai dire, la plupart des sociétés savantes sont conviviales. Les liens qui unissent un grand nombre des membres sont fondés bien plus sur l’amitié que sur la convivialité. Retrouver les amis de l’ANGH, c’est toujours une grande émotion.

## Affectueuse

## Dynamique

La joie et l’amitié ne sont pas un obstacle au sérieux: l’ANGH est une **société dynamique**. Elle a cette volonté de pleinement représenter ses membres et d’être présente partout, que ce soit au sein d’autres associations scientifiques (SNFGE et AFEF) ou encore dans les associations professionnelles importantes pour notre spécialité. Comme aiment rappeler les anciens: “*l’ANGH est partout*”. L’organisation soignée de nos réunions administratives et scientifiques, de même que les réalisations impressionnantes que furent nos observatoires nationaux des hémorragies digestives hautes et basses ainsi que l’observatoire des hépatocarcinomes sont les témoins du sérieux et du dynamisme de notre association.

L’efficacité de l’ANGH et ses belles réalisations sont aussi le fruit d’un fonctionnement bien huilé : c’est une **association organisée**. Le fonctionnement de l’ANGH repose sur un Conseil d’Administration élargi et sur un Conseil Scientifique qui se veut dynamique, innovant et capable de se renouveler régulièrement. La vitrine de ce bon fonctionnement, c’est notre congrès annuel toujours superbement organisé et motivant. Derrière cette vitrine, il y a méthodiquement, deux réunions annuelles du Conseil d’Administration (fin janvier et durant le congrès), trois réunions du Conseil Scientifique (fin janvier, début juin et durant le congrès) et deux assemblées générales (durant le congrès et au JFHOD).

## Organisée

## Enthousiasmante

Pour faire tourner un bon moteur, il faut aussi du carburant. Ce carburant, c’est l’enthousiasme. De fait, l’ANGH est une **association enthousiasmante**. En 1998, à mon premier congrès je fus impressionné par cet enthousiasme et cette volonté de réaliser ensemble des projets de recherche clinique. Je ne connaissais pas (.. et ne connais toujours pas) d’autres associations scientifiques faisant la part aussi belle à la promotion d’essais cliniques dont la présentation et la discussion occupent une plage importante lors de notre congrès annuel. Dans ce domaine, on peut dire que l’ANGH a vraiment été innovante. Cela a permis la réalisation d’études cliniques inscrites dans la “*vraie vie*”, une expression aujourd’hui courante, mais dont la première utilisation dans le domaine scientifique revient à l’un de nos anciens.

## Fédératrice

De part ses recherches cliniques multicentriques et même nationales, l’ANGH est **fédératrice**. Ces essais cliniques ont permis à de nombreuses unités d’hépatogastro-entérologie de mieux se connaître et de travailler ensemble dans le même but. A mes yeux, c’est une des plus belles réalisations de l’ANGH.

## Unique

L’ANGH est **unique** par ce mariage réussi entre convivialité et ambition scientifique. Le congrès annuel qui bénéficie toujours de l’expertise d’un organisateur local, en est l’illustration parfaite. Il débute par le plaisir des retrouvailles et le buffet du vendredi midi pour rapidement se concentrer sur une réunion scientifique intense qui se termine souvent vers 19 heures laissant juste le temps de vite se changer pour la soirée. La nuit suivante sera courte car la réunion scientifique du samedi matin est toujours bien chargée et se termine par des «adieux émus» autour d’une table. L’ambiance unique de l’ANGH vient de ses fondateurs qui ont gardé une joie et un enthousiasme de « gamins ».

## Appel à cotisation

**U**ne 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/>

bms<sup>+</sup>plus

Notre expertise au service de votre pratique

 Bristol-Myers Squibb



**1<sup>er</sup>** portail  
**Bristol-Myers Squibb**  
d'informations et  
de services scientifiques

réservé aux  
**professionnels de santé**  
dans toutes les aires  
**thérapeutiques majeures**  
de Bristol-Myers Squibb

Rejoignez-nous dès à présent en vous inscrivant sur

[www.bmsplus.fr](http://www.bmsplus.fr)