

Info Spécial *27ème congrès*



Ajaccio 20-21 septembre 2019

Présidente

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Secrétaire Général

Dr Denis Grasset (Vannes)

Trésorier

Dr Arnaud Boruchowicz
(Valenciennes).

Représentants ANGH sociétés savantes

SNFGE : JP Arpurt (Avignon),

C Barrault (Créteil)

R Faroux (La Roche-sur-Yon),

S Nahon (Montfermeil).

SFED : V Quentin (St Brieuc).

AFEF : AJ Remy(Perpignan).

FFCD : C Locher (Meaux), R Faroux
(La Roche-sur-Yon).

ANRS : I Rosa(Créteil).

FMC HGE : G Macaigne (Jossigny)

I Rosa (Créteil)

Conseil d'Administration

Dr J.Pierre Arpurt (Avignon)

Dr Aurore Baron (Corbeil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Xavier Causse (Orléans)

Dr Claire Charpignon (Paris)

Dr Bernard Denis (Colmar)

Dr Roger Faroux (La Roche sur Yon)

Dr Denis Grasset (Vannes)

Dr Hervé Hagège (Créteil)

Dr Mehdi Kaassis (Chollet)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Gilles Macaigne (Lagny)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Thierry Paupard (Dunkerque)

Dr Arnaud Pauwels (Gonesse)

Dr Magali Picon (Aix en Provence)

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

Dr A. Jean Remy (Perpignan)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Dr R.Louis Vitte (Poissy)

Conseil scientifique - 2018 -

Président : Stéphane Nahon
(Montfermeil)

Membres

Dr Aurore Baron (Corbeil Essonnes)

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Serge Bellon (Avignon)

Dr Arnaud Boruchowicz(Valenciennes)

Dr Armand Garioud (Creil)

Dr Frédéric Heluwaert (Annecy)

Dr Clémence Horaist (Montfermeil)

Dr Frédérick Moryoussef (Poissy)

Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne)

IMPRIMÉ PAR

SAXOPRINT 

Directeur Publication : Dr Bruno Lesgourgues

Comité de rédaction

Dr Camille Barrault Dr Hervé Hagège

Dr Stéphane Nahon Dr Vincent Quentin

Maquette : Dr Bruno Lesgourgues

Crédit Photographique : Bruno Lesgourgues, Montfermeil

Fondation Mérieux Les pensières

Dépôt légal Septembre 2019 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 800 exemplaires Septembre 2019



De nouveau en Corse !

Chers collègues et amis

L'ANGH revient en Corse, huit ans après Bastia, pour le plus grand plaisir de ses adhérents et participants. René Louis Vitte, toujours aux commandes, n'a pas ménagé ses efforts pour nous permettre de réaliser un congrès de qualité, aux palais des congrès d'Ajaccio.

Cette année encore, le programme scientifique est riche et varié grâce au conseil scientifique dirigé d'une main de maître par Stéphane Nahon, le « Napoléon de l'ANGH ».

Nous aurons la chance d'accueillir Christophe Bureau, secrétaire de l'AFEF, pour une conférence sur les indications de pose de TIPS. La proctologie sera pour la première fois à l'honneur grâce à une présentation de Vincent de Parades. J'espère que cela donnera des idées de projets collaboratifs sur cette thématique. Enfin une des conférences sera donnée sous la forme d'une controverse entre chirurgien et endoscopiste sur un sujet d'actualité : la résection des polypes.

C'est grâce à votre participation aux différents travaux scientifiques que L'ANGH existe. Votre implication a été valorisée par deux communications orales aux JFHOD : KIDEPIST et SANGHRIA. Le dynamisme de l'ANGH sera illustré par le lancement à Ajaccio de nouvelles études et enquêtes dont certaines initiées et coordonnées par de jeunes membres, signe positif d'une relève présente et de qualité.

Nous continuons également le développement de sujets professionnels : cette année les problèmes inhérents au GHT seront évoqués. La session dédiée aux infirmières d'endoscopie sera reconduite, fort du succès de la première édition à Nogent, toujours grâce à l'implication du GIFE et de Dominique Imbert.

Ce congrès est possible comme toujours grâce nos partenaires de l'industrie pharmaceutique, qui ont répondu présent comme chaque année et que je remercie.

Enfin, nous avons finalisé la restructuration du site internet, et essayons de le rendre utile pour favoriser le quotidien des praticiens. Vous pourrez trouver en ligne des informations pratiques, telles qu'une fiche sur les documents à fournir pour un dossier de praticien hospitalier, des fiches de suivi alterné pour les patients transplantés etc...

L'ANGH se renouvelle et essaie de s'adapter à la profession d'Hépatogastroentérologue d'hôpital général de plus en plus difficile en raison de la pénurie de moyens et de praticiens qui ne va qu'empirer. Alors profitons de ce congrès pour échanger, apprendre avant de retourner dans nos hôpitaux respectifs, ...et de nous retrouver l'année prochaine à Annecy !!

J'adresse enfin un grand merci aux membres du conseil d'administration et du conseil scientifique, au trésorier Arnaud, au secrétaire Denis, à Bruno Lesgourgues l'indispensable et bien sûr à Soizic Blanleuil, que je remercie tout particulièrement.

Bon congrès ANGH à tous

Docteur Isabelle Rosa

Partenaires 2019

abbvie

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

AMGEN

 MAYOLY
SPINDLER
LABORATOIRES

 Biogen

 MSD

Boston
Scientific
Advancing science for life™

 MYR
Pharmaceuticals

COOK®
MEDICAL

 NORGINE

 echosens™
GALAXY

 Pfizer

FERRING
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

SUPERSONIC
imagine

 FRESENIUS
KABI
caring for life

 Takeda

 GILEAD

Intercept 

 GORE
Creative Technologies
Worldwide

Au sommaire

Partenaires 2019	4
Programme du congrès	6
Programme de la Session de formation infirmière au 27 ème congrès de l'ANGH	8
Les communications du congrès	12
Les échos du conseil scientifique	29
Les Etudes	29
Etudes ANGH Pancréatites aiguës biliaires	30
Etudes ANGH : NASH en CHG	31
« Merci à tous les médecins et attachés de recherche clinique qui ont participé à l'étude Sanghria »	33
Résultats de l'enquête ANGH sur les GHT	37
Nouveau logo	39
Site internet : https://angh.net une nouvelle mouture !	40
3ème réunion régionale ANGH bretonne	41
Congrès 2020 Annecy à la Fondation Mérieux « Les pensées »	42

Communications du congrès

1- SANGHRIA : Résultats de l'étude PRINCEPS.	12
2-Le pronostic des hémorragies digestives hautes sous anti-coagulants oraux directs ou sous anti-vitamines K est similaire : résultats de l'analyse de sous-groupes de SANGHRIA.	12
3- Complications des coloscopies du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique : une étude de cohorte en population.	14
4- Kystogastrostomie au centre hospitalier d'Avignon : Evaluation des pratiques à partir de 55 cas sur 5 ans.	14
5- "La dissection sous muqueuse en Centre Hospitalier Général: première série européenne".	15
6- Hétérotopie de la muqueuse gastrique (HMG) de l'œsophage proximal : une entité encore méconnue.	16
7- Le pronostic des hémorragies digestives hautes intra-hospitalières demeure sévère : résultats de la cohorte prospective des hôpitaux généraux (SANGHRIA)	16
8- "Une carence martiale pas si banale que cela .. "	17
9- Etude observationnelle sur le parcours de soins des nouveaux patients atteints d'hépatite C KIDEPISIT.	17
10 - La surveillance des porteurs »inactifs » de l'antigène HBs inclus dans la cohorte PIBAC confirme leur pronostic favorable.	18
11 - Un ictère de retour d'Algérie.	18
12 - Une hépatite A qui rechute ?	19
13 - Faisabilité d'un dépistage conjoint hépatite C et tuberculose dans une population de personnes migrantes : expérience pilote à Créteil	19
14 - Suivi post transplantation hépatique (TH) : 23 ans d'expérience au centre hospitalier d' Avignon (CHA) à propos de 54 patients	20
15 - Une thrombose porte pas comme les autres...	20
16 - Qualité de vie au travail. Prévention du risque de Burn Out. L'expérience montilienne de méditation de pleine conscience.	21
17 - SANGHRIA à Perpignan : des spécificités locales à expliquer ?	22
18 - Enquête de pratique sur la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires dans les CHG	23
19 - Association d'une masse pancréatique et de nodules spléniques.	23
21 - Synchronous pre-malignant lesions in patients with bilio-pancreatic cancer	24
23 - Prise en charge de la cholangite biliaire primitive dans les hôpitaux généraux français. Etude DESCRIPT.	24
24 - Un overlap syndrome qui résiste ?	25
25 - NASH et chirurgie esthétique : de vrais bons amis ?	26
26 - Cytolyse au cours d'une maladie de Crohn	26
27 - Evaluation du taux d'optimisation du traitement par Ustekinumab chez des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans deux centres hospitaliers généraux de l'Association nationale des hépatogastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH).	26
28 - Impact d'une validation anticipée sur le temps de passage en hospitalisation de jour pour une perfusion d'une biothérapie chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.	27
29 - Hémorragie digestive de traitement difficile.	28

Programme du congrès

Vendredi 20 septembre 2019

14h00 Allocution présidentielle : Isabelle Rosa / Accueil des personnalités locales

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : René Louis VITTE (Poissy) ; Claire CHARPIGNON (Paris)

14h10 - 14h21 : SANGHRIA : Résultats de l'étude PRINCEPS.

V. QUENTIN, S. NAHON, P. LAHMEK et le groupe ANGH-SANGHRIA

14h21 - 14h32 : Le pronostic des hémorragies digestives hautes sous anti-coagulants oraux directs ou sous anti-vitamines K est similaire : résultats de l'analyse de sous-groupes de SANGHRIA.

C. GOURIOU, P. LAHMEK, A. PELQUIER et coll

14h32 - 14h43 : Complications des coloscopies du programme de dépistage organisé de cancer colorectal par test immunologique : une étude de cohorte en population.

B. DENIS, I. GENDRE, S. WEBER, P. PERRIN, pour les gastroentérologues de la région Alsace

14h43 - 14h54 : Kystogastrostomie au centre hospitalier d'Avignon : Evaluation des pratiques à partir de 55 cas sur 5 ans.

S. BELLON, T. ANDRIANTSENO, A. RAOTO, C. BOSSHARDT, A. BENEZECH, B. COULIBALY, JP. ARPURT (Avignon)

14h54 - 15h05 : Dissection sous muqueuse : Première expérience en CHG.

F. MORYOUSSEF, S. BELLON, RL. VITTE

15h05 - 15h16 : Hétérotopie de la muqueuse gastrique (HMG) de l'oesophage proximal : Une entité encore méconnue.

A SARHANI, J. VERLYNDE, T. PAUPARD (Dunkerque)

15h16 - 15h27 : Le pronostic des hémorragies digestives hautes intra-hospitalières demeure sévère : résultats de la cohorte prospective des hôpitaux généraux (SANGHRIA)

S. NAHON, V. QUENTIN + autres co-auteurs, pour le groupe SANGHRIA de l'ANGH

15h27 - 15h36 : **Cas clinique n°1** : Une carence martiale pas si banale que cela.

R. BEN JEMAA, RL. VITTE, F. MORYOUSSEF (Poissy)

● **15h36 - 16h16 : Conférence n°1** : « Controverse dissection sous muqueuse versus chirurgie » Dr M. PIOCHE (Lyon), Pr S. BENOIST (Bicêtre)

16h16 – 16h46 : Pause

● **16h46 - 17h06 : Conférence n°2** : « Indication du TIPS en 2019 » Pr Christophe BUREAU (Toulouse)

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Camille BARRAULT (Créteil) ; Jean-François CADRANEL (Creil)

17h06 - 17h17 : Etude observationnelle sur le parcours de soins des nouveaux patients atteints d'hépatite C : Résultats de KIDEPIST.

ROSA, AJ. REMY, X. CAUSSE et coll

17h17 - 17h28 : La surveillance des porteurs « inactifs » de l'antigène HBs inclus dans la cohorte PIBAC confirme leur pronostic favorable.

X. CAUSSE, H. LABADIE, JF. CADRANEL pour les investigateurs de l'ANGH et du CREGG

17h28 - 17h37 : **Cas clinique n°2** : Un ictère de retour d'Algérie.

H. ZOUGMORE, JF. CADRANEL, R. HENG, et coll(Creil)

17h37 - 17h46 : **Cas clinique n°3** : Une hépatite A qui rechute ?

R. HENG, A. GARIOUD, C. MOKHTARI, et coll(Creil)

17h46 - 17h57 : Faisabilité d'un dépistage conjoint hépatite C et tuberculose dans une population de personnes migrantes : expérience pilote à Créteil.

I. ROSA, MP. BERTRAND, L. RICHIER, C. FUHRMAN, H. HAGEGE, S. CHEVALIEZ

17h57 - 18h08 : Suivi post transplantation hépatique (TH) : 23 ans d'expérience au centre hospitalier d'Avignon (CHA) à propos de 54 patients.

JP. ARPURT, S. BELLON, S. BRAMLI, A. BENEZECH, C. BOSSHARDT, T. ANDRIAN, A. RAOTO

18h08 - 18h17 : **Cas clinique n°4** : Une thrombose porte pas comme les autres.

F. ZUBERBUHLER, E. PATEU, A. PAISANT, M. KAASSIS, YH. LAM CH Cholet

18h17-18h30 **Assemblée générale.** Isabelle ROSA

Samedi 21 septembre 2019

Communications originales, protocoles et conférences

Modérateurs : Jean-Pierre ARPURT (Avignon) ; Thierry PAUPARD (Dunkerque)

● **08h30 - 08h45 : Conférence n°3 :** « My GHT » *Dr Hervé HAGEGE (Créteil)*

08h45 - 08h56 : Qualité de vie au travail. Prévention du risque de Burn Out. L'expérience montillienne de méditation de pleine conscience.

A. PELAQUIER, H. OSMAN, G. BARJONET, G. d'ABRIGEON, (Montélimar)

08h56 - 09h07 : SANGHRIA à Perpignan : des spécificités locales à expliquer ?

AJ. REMY, L. LE. CLOAREC, MC. ORTIZ, A. SAEZ, C. AMOUROUX, M. KOUAOUUCI, F. KHEMISSA (Perpignan)

09h07 - 09h18 : Enquête de pratiques sur la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires dans les CHG.

G. MACAIGNE, S. NAHON, RL. VITTE, D. GRASSET

09h18 - 09h48 : **Session Protocoles** Stéphane NAHON (Montfermeil)

09h48 - 09h57 : **Cas clinique n°5 :** Association d'une masse pancréatique et de nodules spléniques.

J. VERLYNDE, O. ZAHARIA, T. PAUPARD (Dunkerque)

09h57 - 10h06 : **Cas clinique n°6 :** Pancréatite aiguë précoce après sleeve gastrectomy.

V. NGUYEN-KHAC , G. VELUT, F. SKINAZI , H. LABADIE (Saint-Denis)

10h06 - 10h17 : Synchronous pre-malignant lesions in patient with bilio-pancreatic cancer.

M. PIA COSTA SANTOS, MH. OILIVEIRA, C. CUNHA, F. COSTA, L. GLORIA, R. MAIO, M. CRAVO (Portugal)

10h17 – 10h47 : Pause

Communications originales, conférence et remise du prix du meilleur cas clinique.

Modérateurs : Aurore BARON (Corbeil Essonnes) ; Florence SKINAZI (Saint Denis)

10h47 - 10h58 : La pharmacocinétique du Baclofène n'est pas différente chez les patients ayant une cirrhose.

C. BARRAULT JB. TRABUT, S. ALQALLAF et coll (Créteil), (Limeil-Brevannes), (Paris)

10h58 - 11h09 : Prise en charge de la cholangite biliaire primitive dans les hôpitaux généraux français. Etude DESCRIPT.

I. ROSA, X. CAUSSE, B. HANSLIK, JP. ARPURT, J. HENRION, C. RENOUD, A. GARIOUD, O. CHAZOUILLERES, C. CORPECHOT, A. PARIENTE

11h09 - 11h18 : **Cas clinique n°7 :** Un overlap syndrom qui résiste ?

R. HENG, A. GARIOUD, H. ZOUGMORE et coll (Creil)

11h18 - 11h27 : **Cas clinique n°8 :** NASH et chirurgie esthétique : de vrais bons amis ?

E. LEMOINE, M. TROMPETTE, G. MACAIGNE (Marne la vallée)

11h27 - 11h36 : **Cas clinique n°9 :** Cytolyse au cours d'une maladie de Crohn.

E. DESJONQUIERES, AL. DESGABRIEL, J. ASSARAF et coll (Créteil)

11h36 - 11h47 : Evaluation du taux d'optimisation du traitement par Ustekinumab chez des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans deux centres hospitaliers généraux de l'Association nationale des hépato-gastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH).

M. VIDON, S. NAHON (Créteil et Montfermeil)

11h47 - 11h58 : Impact d'une validation anticipée sur le temps de passage en hospitalisation de jour pour une perfusion d'une biothérapie chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

F. DE CASTELBAJAC, W. EL HAJJ, C. HORAIST et coll (Montfermeil)

11h59-12h08 : **Cas clinique n°10 :** Perforation rectale de diagnostic difficile. *P. CLAUDE, F. RALAIZANAKA, E. BOLOT (Mulhouse)*

● **12h08 - 12h28 : Conférence n°4 :** « Lésions ano-périnéales et MICI » *Dr Vincent DE PARADES (Paris)*

Remise du prix du meilleur cas clinique. Adieux émus....



Groupement Infirmier
pour la
Formation en Endoscopie

Programme de la Session de formation infirmière au 27^{ème} congrès de l'ANGH

Organisée avec les membres du GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie)

Vendredi 20 septembre 2019 de 12H30 à 18H00

12H30 **Accueil des congressistes**

Remise du badge individuel et émargement, remise des attestations Restauration

14H00 Ouverture et présentation de la session infirmière Présentation de l'association du GIFE

Dominique IMBERT Référent DPC digestif GIFE, CS endoscopie CH. AVIGNON

Anne HOUDARD secrétaire général et référent DPC GIFE, Infirmière coordinatrice et référent endoscopie au CHIA TOULON Sainte Anne

14H10 Le traitement des endoscopes thermosensibles : les apports de l'instruction DGOS du 4 juillet 2016

Dominique IMBERT

14H30 L'instruction du 2 aout 2018 relative à l'actualisation du traitement des duodénoscopes

Anne Houdard

14H50 Discussion, échanges autour des pratiques

15H10 prise en charge d'un patient en situation d'hémorragie digestive

Anne Houdard

15H30 Discussion, échanges autour des pratiques

15H45 Plan de formation en endoscopie : habilitation du personnel, évaluation des compétences

Dominique IMBERT

16H05 **Discussion, échanges**

16H20 **Pause**

16H45 - 17H45 : **ATELIERS/DEMONSTRATIONS**

Les prélèvements

Le chariot d'urgence endoscopique La traçabilité en endoscopie

17H45 Discussion, échanges, évaluation de la journée de formation

18H00

Fin de la session

2ème formation conjointe GIFE-ANGH

Dominique Imbert (Avignon)

Pour la deuxième année consécutive, le Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) se joint au congrès annuel de l'ANGH pour animer une session de formation pour les infirmières d'endoscopie issues des hôpitaux généraux de la région hôte.

En 2018, à Nogent, cette session a suscité de l'enthousiasme auprès des infirmières de la région parisienne qui ont apprécié la qualité des interventions et le partage d'expérience avec les membres du GIFE. Comme l'année dernière, la formation se déroulera sur une demi-journée le vendredi 20 septembre de 14H00 à 18H00 en parallèle du congrès médical.

Cette session animée par deux membres du Conseil d'administration du GIFE sera l'occasion d'aborder des sujets relatifs aux techniques d'endoscopie, à des mises à jour règlementaires sur l'hygiène en endoscopie ou à la formation des professionnels tout en favorisant les échanges d'expérience et les discussions autour des pratiques.

Une partie de la demi-journée sera consacrée à des ateliers techniques autour des prélèvements d'endoscopes, du chariot d'urgence et de la traçabilité en endoscopie, afin de permettre aux participants de tester leur pratique.

Nous attendons cette année à Ajaccio, une dizaine d'infirmier de la région PACA et souhaitons que cette session infirmière s'inscrive dans l'esprit de convivialité de l'ANGH.

<https://www.gife.fr>

The screenshot shows the GIFE website interface. At the top, there is a search bar and a navigation menu. The main content area is divided into several sections:

- Formations:** A central section with a red banner for 'Pré-inscription en ligne 2019 : CLIQUEZ ICI' and a sub-section for 'Instruction du 2 août 2018 concernant les duodénoscopes : Guide pratique 2019 et réponses aux questions'. It includes a logo for the 'Ministère des Solidarités et de la Santé'.
- Inscription Formations:** A section on the right with a 'Cliquer ici pour vous inscrire à une ou des formations du GIFE' button.
- Newsletter:** A section on the right with a 'Recevez la newsletter du GIFE' form and a 'S'abonner' button.
- RGPD:** A section on the right with a 'RGPD 2018' logo.
- Quiz:** A section on the right with a 'Testez vos connaissances !' button and a list of topics: 'Pratiques IDE', 'Législation et gestion des risques', 'Hygiène et désinfection', and 'Connaissances'.

Des années d'investissements en recherche et applications cliniques

Captivator™ Cold

Résection à froid de petits polypes



Resolution™ 360

Clip hémostatique avec rotation contrôlée* et
sensation tactile au langage

*Cathéter tressé (32 fils) préchargé sur un système de mise en place flexible rotatif. Les mécanismes de largage et de rotation du clip Resolution 360™ sont indépendants l'un de l'autre. Le tressage du cathéter permet de contrôler de manière indépendante la rotation.

Clip Resolution 360™ et Clip Resolution™ - Indication : Les Clip Resolution 360 et Resolution sont indiqués pour être placés à l'intérieur du tractus gastro-intestinal (GI) dans les cas suivants : 1. Marquage endoscopique - 2. Hémostase pour : défauts de la muqueuse/sous-muqueuse < 3 cm, ulcères hémorragiques, artères < 2 mm, polypes < 1,5 cm de diamètre, diverticules dans le côlon, utilisation prophylactique de clips pour réduire le risque de saignements tardifs après la résection d'une lésion - 3. Anclage destiné à fixer des sondes de lavage jéjunales à la paroi de l'intestin grêle - 4. En tant que méthode supplémentaire, fermeture de perforations de la membrane luminale du tractus GI inférieures à 20 mm, pouvant être traitées de manière conservatrice - Classe IIb - Organisme : CE0344.

Captivator™ COLD, Anse à usage unique - L'anse à usage unique Captivator™ COLD est indiquée pour une utilisation endoscopique d'ablation de polypes minuscules, de polypes sessiles, de polypes pédoncules et de tissus du tube digestif. Classe IIa - Organisme : CE0086.

Fabricant : Boston Scientific Corp. - Les indications, contre-indications, mises en garde et mode d'emploi figurent sur la notice d'utilisation livrée avec chaque dispositif; veuillez les lire attentivement avant toute utilisation du dispositif.



En quelques mots mais il y aurait tant à dire....

Médecin pisciacais, mais corse en vérité, voilà pourquoi j'ai proposé au conseil d'administration de notre dynamique association d'organiser le 27ème congrès de l'ANGH à Ajaccio.

La cité impériale dispose des infrastructures nécessaires pour nous accueillir avec un magnifique palais des congrès niché au cœur de la ville entre port et marché et à un jet de pierre des hôtels.

Pour ceux qui auront la chance de prolonger le séjour les attraits sont multiples. Ajaccio, labellisée Ville d'art et d'histoire en 2012 a été bâtie par les génois en 1492 sur la rive nord d'un magnifique golfe. Ici on dit le plus beau après la baie de Rio et de Naples. Vous pourrez opter pour un séjour purement culturel avec en particulier la visite du magnifique Palais Fesch qui recèle une des plus grandes collections françaises de peintures italiennes ou déceler les traces d'un riche passé historique de la citadelle génoise du XVe siècle à la maison Bonaparte sans oublier l'histoire contemporaine et le statut particulier de "collectivité de Corse". Vous pourrez pour les plus balnéaires vous régaler de sorties en bateau ou plus simplement d'une baignade à la fraîche et d'une petite sieste sous les pins parasols. Mais si vous voulez en savoir plus sur cette Ile et les corses il vous faudra arpenter les chemins de l'intérieur et aller à la rencontre des gens. Pour les plus affutés je conseillerais le mythique GR20 qui n'a pas usurpé sa réputation de randonnée sportive et exigeante cheminant dans un décor sublime passant du maquis odorant aux hêtraies et forêts de pins laricio jusqu'aux crêtes granitiques adoucies par les genêts, l'arba barona les marguerites laineuses et le calament.

Merci à Isabelle Rosa, Soizic Blanleuil, Stéphane Nahon, Bruno Lesgourgues et aux membres du conseil scientifique qui ont œuvré pour ce rendez-vous annuel de notre association.

René-Louis Vitte (Poissy)





Les communications du congrès

1- SANGHRIA : Résultats de l'étude PRINCEPS.

Vincent QUENTIN, Stéphane NAHON, Pierre LAHMEK et le groupe ANGH-SANGHRIA

Introduction et objectifs

Durant cette dernière décennie les facteurs de risques et les facteurs pronostiques des hémorragies digestives pourraient avoir évolué du fait de l'arrivée des anticoagulants directs, d'une meilleure diffusion des techniques d'hémostase endoscopique, de la publication de nouvelles recommandations et de la généralisation des astreintes territoriales d'endoscopie. Cette étude a pour but d'actualiser les données épidémiologiques et pronostiques des hémorragies digestives haute à l'aune de ces nouveaux éléments.

Méthodes

Cette étude a été menée de novembre 2017 à Octobre 2018, de façon prospective dans 46 centres hospitaliers généraux. Tous les patients inclus présentaient une hémorragie digestive haute, qu'elle soit communautaire ou survenant au cours d'une hospitalisation pour une autre cause. Le suivi était de 6 semaines. Les caractéristiques cliniques, endoscopiques et de suivi étaient collectées et analysées de façon uni et multivariée pour identifier les facteurs prédictifs de récurrence hémorragique et de mortalité.

Résultats

Sur les 2498 patients inclus, 74.6% présentaient une hémorragie communautaire et 25.4% hospitalière. L'âge moyen était de 68.5 ans +/- 16.3, 67.1% était des hommes et 20.9% étaient cirrhotiques. Le score médian de Charlson score était de 2 (IQR: 1-4), de Blatchford de 11 (IQR: 7-13), de Rockall de 5 (IQR: 3-6). Dix-neuf pour cent des patients prenaient un traitement anticoagulant oral dont 43.8% un anticoagulant oral direct. L'endoscopie était réalisée dans les 24 heures dans 84.2% des cas, sous anesthésie générale dans 31%. Une aide endoscopique était présente dans la majorité des cas (91.5%). Les principales causes de saignement étaient 1) la pathologie ulcéreuse (44.9%), 2) l'hypertension portale (18.8%) et 3) une oesophagite (11.5%). Un saignement actif était observé chez 24.5% des patients, essentiellement en lien avec la pathologie ulcéreuse et l'hypertension portale, ce saignement actif bénéficiait d'un traitement endoscopique dans respectivement 86.7% et 79.6% des cas. Pendant l'hospitalisation 10.5% des patients récidivaient et 8.6% décédaient. Le taux de mortalité intra-hospitalière était plus faible chez les patients présentant une hémorragie communautaire par rapport à ceux présentant une hémorragie intra-hospitalière (5.8% vs 16.8%, $p < 0.0001$). Les facteurs prédictifs associés à la récurrence

hémorragique était le caractère intra-hospitalier de celle-ci (OR=1.36; 95%CI: 1.03-1.79), le score de Blatchford >11 (OR=1.45; 95%CI: 1.08-1.94) et un saignement actif (OR=1.94; 95%CI: 1.48-2.55). Le taux de mortalité à 6 semaines était de 12.0%. Il était plus bas pour le groupe des hémorragies communautaires qu'intra-hospitalières (9.1% vs 22.2%; $p < 0.0001$). Les facteurs prédictifs associés à la mortalité à 6 semaines était la nécessité d'une transfusion initiale (OR=1.53; 95%CI: 1.04-2.27), le score de Charlson >4 (OR=1.80; 95%CI: 1.31-2.48), le score de Rockall >5 (OR=1.97; 95%CI: 1.39-2.80), une hémorragie de survenue intra-hospitalière (OR=2.44; 95%CI: 1.75-3.40), et la survenue d'une récurrence hémorragique (OR=2.59; 95%CI: 1.85-3.64).

Conclusion

Cette étude montre une amélioration de la prise en charge des hémorragies digestives hautes comparée aux études plus anciennes. Malgré cela le taux de mortalité à 6 semaines reste élevé, notamment pour les hémorragies intra-hospitalières. Cela pourrait être expliqué par la sévérité des pathologies ou des comorbidités motivant l'hospitalisation initiale. Les facteurs prédictifs de mortalité les plus significatifs sont la survenue intra-hospitalière de l'hémorragie et la survenue d'une récurrence hémorragique. Il n'a pas été détecté d'influence notable des traitements anticoagulants. Cette étude confirme également que les facteurs prédictifs déjà connus restent valides, même avec l'évolution actuelle des thérapeutiques.

2-Le pronostic des hémorragies digestives hautes sous anti-coagulants oraux directs ou sous anti-vitamines K est similaire : résultats de l'analyse de sous-groupes de SANGHRIA.

C. Gouriou (1); G. Bouguen (1); P. Lahmek (2); A. Pelaquier (3); G. D'Hautefeuille (4); D. Louvel (5); M. Moussaoui (6); C. Berger (7); H. Vandamme (8); A. Berete (9); R. Arotcarena (10); A. Garioud (11); S. De Montigny-Lenhardt (12); J-G. Bertolino (13); E. Cuillerier (14); A. Pauwels (15); D. Zanditenas (16); C. Charpignon (17); Q. Thiebault (18); R. Combes (19); Y. Arondel (20); S. Grimbert (21); B. Le Guillou (22); I. Borel (23) S. Nahon (24); V. Quentin (25).

(1) CHU Rennes Pontchaillou, Rennes, France; (2) HU-Henri Mondor, Limeil-Brevannes, France; (3) Groupement Hospitalier Portes de Provence, Montélimar, France; (4) Centre Hospitalier Arles, Arles, France; (5) Centre Hospitalier de Cayenne, Cayenne, Guyane; (6) Centre Hospitalier Sud Essonne, Dourdan-Etampes, France; (7) Centre Hospitalier Mâcon, Mâcon, France; (8) Centre Hospitalier Béthune, Beuvry, France; (9) Centre Hospitalier Nevers, Nevers, France; (10) Centre Hospitalier Pau, Pau, France; (11) Centre Hospitalier

GHP SO Creil, Creil, France; (12) Centre Hospitalier Général Edmond Garcin, Aubagne, France; (13) Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud, Gap, France; (14) Centre Hospitalier Dreux, Dreux, France; (15) Centre Hospitalier Gonesse, Gonesse, France; (16) Hôpital Saint Camille, Bry-sur-Marne, France; (17) Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France; (18) Centre Hospitalier Angoulême, Angoulême, France; (19) Centre Hospitalier Niort, Niort, France; (20) Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, France; (21) Groupe Hospitalier Diaconesse Croix Saint Simon, Paris, France; (22) Centre Hospitalier Narbonne, Narbonne, France; (23) Centre Hospitalier Voiron, Voiron, France; (24) Centre Hospitalier Montfermeil, Montfermeil, France; (25) Centre Hospitalier de St Brieuc, Saint-Brieuc, France

Institution : ANGH pour le groupe d'étude SANGHRIA

Introduction et objectif de l'étude :

La gestion d'un traitement anticoagulant oral reste problématique dans le cadre des hémorragies digestives hautes. Chez les patients traités par antivitamines K (AVK), le pronostic ne semble pas impacté (1) mais une antagonisation est possible contrairement aux anticoagulants oraux directs (AOD). Depuis les essais princeps, le risque hémorragique associé aux AOD reste controversé avec des données en faveur d'une augmentation des hémorragies digestives (2). Le but de cette étude est de décrire l'épidémiologie, le traitement endoscopique et le pronostic des hémorragies digestives hautes survenant chez des patients traités par un anticoagulant oral.

Méthodes :

De novembre 2017 à octobre 2018, l'étude prospective multicentrique SANGHRIA menée dans des centres hospitaliers généraux a inclus tout patient présentant un tableau d'hémorragie digestive haute. Un questionnaire en ligne (eCRF) a été utilisé pour le recueil des données. Au sein de la cohorte, tous les patients traités par anticoagulant oral ont été extraits et analysés. L'évaluation du pronostic portait sur la mortalité à 6 semaines, la récurrence hémorragique dans les 6 premières semaines et la nécessité d'un traitement chirurgical ou radio-interventionnel.

Résultats :

Parmi les 2498 patients inclus, 475 (19 %) avaient un anticoagulant oral : 267 (56,2 %) par AVK (Warfarine 67 (25 %), Fluindione 200 (75 %)) et 208 (43,8 %) par AOD (Dabigatran 21 (10 %), Rivaroxaban 114 (55 %), Apixaban 73 (35 %)). La cohorte de patients sous anticoagulants était composée de 65 % d'hommes, avec un âge moyen de 78,2 ans. Les scores de Charlson ; Rockall et Blatchford étaient de 3,2 ; 5 et 11,2 respectivement. Cent patients (21 %) avaient une comédication par aspirine et 55 (11,6 %) par un antiagrégant plaquettaire. Il n'y avait pas de différences entre les groupes AVK et AOD sauf concernant les

antécédents de cirrhose et d'insuffisance rénale (plus élevés dans le groupe AVK). L'hémorragie survenait au cours d'une hospitalisation pour un autre motif chez environ 1 patient sur 5. La quasi-totalité des patients (98,9 %) a eu une endoscopie oeso-gastro-duodénale, considérée normale chez 73 patients (15,3 %) et révélant un saignement actif chez 117 patients (24,9 %). L'origine de l'hémorragie était attribuée à une lésion peptique pour 289 patients (60,8 %), en lien avec l'hypertension portale pour 43 patients (9 %), d'origine vasculaire et tumorale pour 41 (8,6 %) et 27 (5,7 %) patients respectivement, sans différence selon le type d'anticoagulant. Un traitement endoscopique a été réalisé chez 128 patients (26,9 %) permettant l'arrêt du saignement chez 90 patients (74 %).

La mortalité à 6 semaines était de 12,4 % (59 patients), plus élevée dans le groupe de patients sous AVK (16,1 %) que sous AOD (7,8 %) ; $p < 0,01$. En analyse univariée, les facteurs associés à la mortalité étaient le score de Charlson > 5 , de Rockall > 2 et de Blatchford ≥ 14 , l'anticoagulation par AVK, la présence d'un état de choc à l'admission, l'origine peptique de la lésion à l'endoscopie, ainsi que le statut intra-hospitalier de l'hémorragie. Seuls le score de Charlson et le statut intra-hospitalier restaient significatifs en analyse multivariée (OR 4,02 ; $p < 0,0001$ et OR 2,96 ; $p = 0,0013$ respectivement). Cinquante-six patients (11,8 %) ont présenté une récurrence hémorragique (AVK 30 (11,2 %), AOD 26 (12,5 %) ; $p = 0,71$). La comédication par un antiagrégant plaquettaire était associée à un risque plus élevé de récurrence en analyse multivariée (OR 2,72 ; $p = 0,009$) alors que les bêtabloquants semblaient être protecteurs (OR = 0,41 ; $p = 0,0072$). Le recours à un traitement chirurgical ou radio-interventionnel a été nécessaire pour 18 patients (3,8 % : AVK 10 (2,1 %), AOD 8 (1,6 %) ; $p = 0,95$). L'origine tumorale du saignement était le seul facteur associé en analyse multivariée (OR = 6,66 ; $p = 0,0064$).

Conclusion : Les AOD ne semblent pas aggraver le pronostic des hémorragies digestives hautes par rapport aux AVK. Les comorbidités et traitements associés s'avèrent être les facteurs les plus impactant sur la mortalité, la récurrence ou le recours à un traitement complémentaire.

Références

1. Nahon S, Hagège H, Latrive JP, Rosa I, Nalet B, Bour B, et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy*. 2012 Nov;44(11):998-1008.
2. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Lond Engl*. 2014 Mar 15;383(9921):955-62.

3- Complications des coloscopies du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique : une étude de cohorte en population.

B Denis, I Gendre, S Weber, P Perrin, pour les gastro-entérologues de la région Alsace

La balance bénéfique / risque du programme de dépistage organisé (DO) du cancer colorectal (CCR) par test immunologique (FIT) est inconnue. La fiche d'information élaborée par l'INCa accompagnant la lettre d'invitation au dépistage stipule « la coloscopie peut entraîner des complications dont les formes graves restent rares (3 cas pour 1000) ». Pourtant, les complications du programme français de DO CCR par FIT n'ont jamais été évaluées.

Buts : Evaluer les événements indésirables (EI) des coloscopies du DO CCR par FIT.

Méthodes : Recensement dans une région française des EI des coloscopies effectuées par 114 gastro-entérologues pour gâiac (G) positif entre 2003 et 2014 et pour FIT positif entre 2015 et 2018 par notification par les gastro-entérologues et enquêtes postales rétrospectives auprès des patients.

Résultats : Les principaux résultats sont dans le tableau.

	Gâiac (2003-14)	FIT (2015-18)	P
Nombre de patients	17 782	17 782	-
Nombre de coloscopies	17 782	17 782	-
Nombre de complications	180 (1,0%)	180 (1,0%)	<0,0001
Nombre de complications graves	114 (6,3%)	114 (6,3%)	-
Nombre de complications graves nécessitant une hospitalisation > 24h	55 (4,8%)	55 (4,8%)	-
Nombre de complications graves nécessitant une hospitalisation > 24h et une sanction chirurgicale	8 (0,4%)	8 (0,4%)	-
Nombre de complications graves nécessitant une hospitalisation > 24h et un décès	1 (0,05%)	1 (0,05%)	-

Un décès était observé au cours de toute la période, G puis FIT, soit un taux de 3,6/100.000 coloscopies. Avec le FIT, un total de 180 (18,8%) EI étaient recensés chez 178 patients. Il n'y avait pas de différence entre

femmes et hommes, par contre le taux d'EI augmentait significativement avec l'âge, de 13,4% chez les 50-59 ans à 23,5% chez les 70-75 ans (p=0,02). 114 (11,9%) EI nécessitaient une hospitalisation, dont la moitié (56 soit 5,8%) une hospitalisation > 24h. Parmi 114 EI avec hospitalisation (3,3% pour les coloscopies diagnostiques vs 16,6% pour les thérapeutiques (p<0.001)), étaient colligés 18 (1,9%) perforations, 31 (3,2%) hémorragies, 4 (0,4%) syndromes post polypectomie, 2 (0,2%) ruptures de rate et 10 (1,0%) complications non digestives. Parmi ces hospitalisations, 46 (4,8%) relevaient d'une simple hospitalisation pour surveillance sans véritable complication à proprement parler. 55 (5,7%)

EI étaient source d'hospitalisation > 24h, 3,0% pour les coloscopies diagnostiques vs 7,3% pour les thérapeutiques (p<0.01). 8 (0,8%) EI nécessitaient une sanction chirurgicale, 1,2% pour les

coloscopies diagnostiques vs 0,6% pour les thérapeutiques (p=0,4).

Le taux global de perforations a augmenté, non significativement, de 1,1% avec le G à 1,9% avec le FIT (p=0,1), alors que leur gravité (70% de perforations chirurgicales vs 39%, respectivement (p=0,05)) et leur durée moyenne de séjour (DMS) ont significativement diminué (de 10 à 6 jours). 11 (61%) perforations étaient de diagnostic immédiat, dont 8 gérées immédiatement par l'endoscopiste (DMS = 2,2 jours). 7 perforations chirurgicales (DMS = 12 jours) conduisaient à 4 colectomies, 1 stomie transitoire, et une réintervention pour éviscération. 13 (72%) perforations étaient dues à une polypectomie, 7 d'entre elles causées par un « expert » auquel le patient était référé.

Le taux global d'hémorragies n'a pas changé (3,9% avec le G vs 4,5% avec le FIT (p=0,4)) malgré l'utilisation accrue de traitements prophylactiques (23 fois sur 43 hémorragies (53,5%) (clip 22, électrocoagulation 4). Elles nécessitaient une hospitalisation dans 31 cas (72% des cas soit 3,2%)(DMS 3,5 jours), une transfusion dans 9 cas (21%), une nouvelle endoscopie dans 30 cas (70%), un traitement endoscopique dans 23 cas (53%), et aucun traitement chirurgical (vs 3 sur 51 (5,8%) en période G).

Les gastro-entérologues signalaient 78% des EI avec hospitalisation, 85% des perforations, 78% des hémorragies et 33% des EI non digestifs. Il survenait 1 EI avec hospitalisation pour 21 adénomes avancés détectés par le G et 28 par le FIT.

Conclusions : Le taux d'EI des coloscopies du DO CCR par FIT est plus élevé que ce qui est rapporté habituellement : pour 1000 coloscopies, 12 complications avec hospitalisation, dont 6 avec hospitalisation > 24h, dont 2 perforations et 3 hémorragies, dont 1 complication nécessitant une sanction chirurgicale, 44 incidents ou complications sans hospitalisation et 1 décès pour 27.000 coloscopies. La population invitée doit en être informée loyalement. Les gastro-entérologues ont fait des progrès significatifs en termes de sécurité des coloscopies : taux de complications digestives stable malgré l'augmentation significative des coloscopies thérapeutiques et des facteurs de risque de complications ; augmentation significative de la gestion endoscopique des complications.

4- Kystogastrostomie au centre hospitalier d'Avignon : Evaluation des pratiques à partir de 55 cas sur 5 ans.

S. BELLON, T. ANDRIANTSENO, A. RAOTO, C. BOSSHARDT, A. BENEZECH, B. COULIBALY, JP. ARPURT (Avignon)

INTRODUCTION : La kystogastrostomie par technique endoscopique existe depuis les années 90. A partir des années 2000, l'approche écho endoscopique a progressivement remplacé l'endoscopie conventionnelle dans la mesure où elle

permet le repérage de la collection à drainer. Au cours de ces années, le matériel utilisé, notamment le matériel prothétique s'est modifié. Nous rapportons notre expérience de l'utilisation de ces différentes prothèses.

RESULTATS : 55 kystogastrotomies ont été réalisées entre 2014 et 2019 par deux opérateurs principaux. Les indications étaient des pseudo kystes aigus accompagnés de nécrose symptomatique (infection 22 cas / compression digestive ou vasculaire 6 cas) ou des pseudo kystes chroniques rétentionnels (27 cas). Le matériel utilisé était : prothèses double queue de cochon (PQC) dans 5 cas/ prothèses diabolos (PD) dans 30 cas et prothèses d'apposition (PA) dans 20 cas. La voie d'abord était transgastrique 54 fois et transbulbaire 1 fois. La durée des procédures était de 54 minutes pour les PQC ; 47 minutes pour les PD et 33 minutes pour les PA. On note 4 échecs de pose (3 pour les PD, 1 pour les PA) ; et 4 complications (0 pour les PQC, 4 pour les PD, 0 pour les PA). Une seule de ces complications augmentait la durée du séjour hospitalier du patient (7 jours). L'utilisation de matériel complémentaire pendant la procédure était requise pour 4 des 30 PD et 17 des 20 PA. Le délai de retrait des prothèses métalliques était de 14 semaines pour les PD et 10 semaines pour les PA. Seulement 5 nécrosotomies endoscopiques ont été nécessaires. Le coût d'une procédure "idéale" est de 850,00 € pour les PQC, 1510,00 € pour les PD et 2700,00 € pour les PA (auxquels il faut rajouter 280,00 € pour un prélèvement bactériologique et 105,00 € pour une queue de cochon).

DISCUSSION : Sur les 5 dernières années, nous avons réalisé au Centre Hospitalier d'Avignon, en moyenne, une kystogastrotomie par mois. L'analyse de nos résultats va dans le sens d'une procédure efficace et peu morbide, quelque soit le matériel utilisé.

Cependant, sur ces mêmes années, nous avons observé une modification de certaines de nos pratiques. Si la fréquence d'emploi des PQC ne s'est pas modifiée (un cas par an pour des kystes rétentionnels "purs"), en revanche, il y a eu une évolution nette dans l'utilisation des prothèses métalliques. Avec une inversion des fréquences respectives d'utilisations : PROTHESES D'APPOSITION : un tiers des procédures en 2016, la moitié des procédures en 2017 et 90 % des procédures en 2018-2019. En fait, la facilité d'utilisation de ces dernières (un échec pour 20 procédures) et la rapidité d'utilisation (33 minutes en moyenne), associées à l'absence de complication, nous a fait progressivement préférer ce matériel.

Ces prothèses posent néanmoins deux problèmes. Le premier est le risque hémorragique au cours des semaines qui suivent la pose, décrit dans la littérature. Ceci ne s'est jamais produit dans notre expérience, malgré un délai de retrait long (10 semaines). La mise en place d'une queue de

cochon à l'intérieur de la prothèse d'apposition pour éviter l'impaction de la paroi du kyste (et donc d'éventuels vaisseaux) contre la collerette interne de la prothèse, a peut être participé à la prévention de ce risque. En effet, cette technique suggérée dans les ateliers de Vidéodigest a été appliquée dans notre centre chaque fois qu'un vaisseau était visible autour de la zone de ponction (9 fois sur 20). Le deuxième problème est le coût de ce nouveau matériel entre 2700 et 3100 € selon que l'on utilise ou non du matériel complémentaire. Une partie de ce problème s'est réglée puisque la société qui commercialise les PA a obtenu le remboursement du matériel dans certaines conditions d'utilisation (drainage des kystes avec plus de 30 % de nécrose). L'extension d'autorisation aux autres indications est en attente. Il est souhaitable, par ailleurs, que le système de pose de la prothèse d'apposition puisse un jour permettre directement les prélèvements bactériologiques.

CONCLUSION : Avec les réserves habituelles liées à un nombre limité d'observations, notre expérience sur 5 ans de la kystogastrotomie par écho endoscopie montre qu'il s'agit d'un geste reproductible et peu morbide peu importe le matériel utilisé. Même s'il faut vérifier dans le temps, leur faible taux de complications, la facilité d'utilisation des PROTHESES D'APPOSITION nous fait actuellement les utiliser en première intention ; malgré un coût élevé.

5- "La dissection sous muqueuse en Centre Hospitalier Général: première série européenne".

Frédéric Moryoussef, Serge Bellon, René Louis Vitte (Poissy St Germain)

Introduction:

Il n'existe pas à ce jour de séries évaluant la pratique de la dissection sous muqueuse en Europe exclusivement en centre hospitalier général. Cette technique en plein essor trouve, de plus, toute sa place dans la prise en charge de nos malades. Cependant, elle nécessite une bonne formation pratique et théorique en raison des complications. Aucun groupe international n'a pu définir de seuil minimal par centre. Nous avons donc cherché à identifier quels étaient les critères de succès (En bloc R0) et de complications de nos dissections depuis 2010.

Patients et Méthodes:

Série rétrospective depuis 2010 entre les hôpitaux de Poissy et d'Avignon incluant tout patient ayant bénéficié d'une dissection sous muqueuse du tractus digestif haut (œsophage/estomac) ou bas (rectum).

Résultats :

17 patients ont été inclus. 9/17 (53%) des patients présentaient une lésion haute et 8/17 (47%) des patients présentaient une lésion basse. La taille moyenne des lésions était de 25(5-60)mm . Le temps moyen de dissection était de 120(60-240) minutes. 9/17 patients soit 53% ont bénéficié d'une

resection « En Bloc R0 » avec un taux global de complication de 23% (perforation per-procédure traitée endoscopiquement). Les facteurs de succès pour une résection « en bloc R0 » en analyse univariée étaient la taille ($p < 0.05$) et la localisation haute ($p < 0.05$) de la lésion. Aucun facteur à risque de complication ne sortait positif.

Conclusion :

A partir de cette série, dont le biais principal est le très faible effectif, le taux de résection « en Bloc R0 » est plus faible que ceux retrouvés dans la littérature nécessitant une meilleur sélection de nos malades et une meilleur formation. Cependant, le taux de complication reste similaire ce qui nous encourage à poursuivre notre apprentissage. D'autres centres sont invités à inclure en vue de la présentation à Ajaccio de résultats plus robustes

6- Hétérotopie de la muqueuse gastrique (HMG) de l'œsophage proximal : une entité encore méconnue.

A Sarhani, J. Verlynde, T. Paupard. Service d'Hépatogastroentérologie. 130. Av. L. Herbeaux-Centre Hospitalier de Dunkerque-59385 Cedex 1 Dunkerque.

Introduction :

L'hétérotopie de la muqueuse gastrique (HMG) correspond à un îlot de muqueuse gastrique au sein de la muqueuse œsophagienne. Ces foyers de muqueuse métaplasique peuvent siéger tout au long du tube digestif et rarement au niveau du tiers supérieur de l'œsophage. La physiopathologie de l'HMG au tiers supérieur de l'œsophage reste mal connue. Elle semble différente de celle de l'endobrachyoesophage (EBO). Deux hypothèses existent, mais la 2ème est considérée comme la principale : 1) Une pathologie acquise en association à un reflux gastro-œsophagien comme pour l'EBO du tiers distal de l'œsophage ; 2) Une malformation congénitale constituée très tôt au cours de l'embryogénèse. La prévalence de l'HMG de l'œsophage proximal est mal connue et est estimée à environ 3% des patients examinés par gastroscopie.

L'objectif de ce travail est d'estimer dans notre centre la prévalence de l'HMG, les signes cliniques, endoscopiques, les aspects microscopiques et les différents facteurs épidémiologiques associés à partir d'une courte série rétrospective.

Patients et méthode :

Tous les patients d'un seul centre d'endoscopie avec une HMG du tiers supérieur de l'œsophage ont été inclus sur une période d'évaluation de 5 mois. Toutes les lésions vues en endoscopie ont été confirmées par l'analyse histologique. L'examen endoscopique était réalisé sans coloration spécifique.

Résultats :

736 malades ont bénéficié d'une gastroscopie pendant 5 mois (entre mai 2018 et septembre 2018), Une HMG du tiers supérieur de l'œsophage a été

découverte chez 10 malades. Il s'agissait de 8 hommes et de 2 femmes avec un âge moyen de 55 ans (extrêmes : 26-69). Deux patients sur 10 étaient tabagiques. L'endoscopie digestive haute était demandée pour des manifestations cliniques de reflux gastro-œsophagien chez 8 patients. Les deux autres indications concernaient un bilan d'anémie ferriprive et une recherche de signes d'HTP. Les manifestations cliniques étaient dominées par une dyspepsie (66%), des épigastralgies (50%), un pyrosis (33%) et des régurgitations (16%). Les lésions endoscopiques associées à l'HMG étaient les suivantes : gastrite (7/10), hernie hiatale (1/10). Les lésions d'HMG apparaissaient sous la forme d'îlots arrondis, suspendus, de couleur « rouge saumon », bien délimités, mesurant en moyenne 1.75 cm (extrêmes : 1.5 et 2 cm), au nombre de 2 dans 50% des cas, siégeant en moyenne à 17,5 cm (extrêmes : 13 et 20 cm) des arcades dentaires. L'étude histologique confirmait l'aspect de cellules glandulaires typiquement fundiques, avec présence de métaplasie intestinale dans 30% des cas au sein de l'HMG. Un seul patient avait une infection à *Helicobacter pylori*. Aucune dysplasie n'était visualisée au sein de l'HMG.

Conclusion :

L'HMG de l'œsophage proximal constitue une anomalie bénigne découverte le plus souvent de façon fortuite en endoscopie. Dans notre courte série rétrospective la prévalence estimée est de 1,3% avec une nette prédominance masculine. Aucune dysplasie n'a été mise en évidence. Ne s'agissant pas d'une étude prospective, dans notre centre la prévalence est sûrement sous-évaluée. Ainsi, au cours d'une gastroscopie, un examen attentif du tiers supérieur de l'œsophage au retrait de l'appareil est indispensable, pour dépister d'éventuelles plages d'HMG. Les biopsies doivent être systématiques pour confirmation du diagnostic et recherche de dysplasie. L'HMG reste méconnue, sous-estimée et de diagnostic difficile. En raison de données de suivis évolutifs insuffisantes dans la littérature, sa prise en charge reste débattue et pourrait s'apparenter à celle de l'EBO pour la surveillance et la prise en charge thérapeutique, notamment en cas de symptômes ou de dysplasie avérée. Une étude prospective sous la forme d'un observatoire multicentrique pourrait aider à préciser la prévalence de cette affection et son profil évolutif au cours du temps.

7- Le pronostic des hémorragies digestives hautes intra-hospitalières demeure sévère : résultats de la cohorte prospective des hôpitaux généraux (SANGHRIA)

Stéphane Nahon, Vincent Quentin et autres co-auteurs, pour le groupe SANGHRIA de l'ANGH

Introduction

Les données concernant les caractéristiques démographiques, épidémiologiques et le pronostic

des hémorragies digestives hautes (HDH) survenant chez les patients hospitalisés, sont limitées. Le but de ce travail est de comparer le pronostic des HDH chez ces patients à celui des HDH survenant avant l'hospitalisation dans la cohorte prospective des hôpitaux généraux (cohorte SANGHRIA) à la lumière des nouvelles recommandations concernant la prise en charge et des nouveaux traitements anticoagulants.

Patients et méthodes

De novembre 2017 à octobre 2018, nous avons mené une étude recensant les cas consécutifs d'HDH dans 46 Centres Hospitaliers

Généraux en France. Nous avons comparé les caractéristiques démographiques, épidémiologiques, endoscopiques, les traitements et le pronostic des HDH intra-hospitalières à celle survenant avant l'hospitalisation.

Une hémorragie intra-hospitalière était définie une hémorragie survenant au moins 24H après une hospitalisation pour une autre cause.

Résultats

Parmi les 2498 épisodes d'HDH, 634 (25,4%) sont survenus au cours d'une hospitalisation.

Des tableaux détaillés seront commentés en séance.

Conclusion

Cette étude nichée dans la cohorte SANGHRIA montre que les HDH intra-hospitalière ont une épidémiologie et un pronostic plus sévère que les HDH survenant avant l'hospitalisation.

8- "Une carence martiale pas si banale que cela .."

Rahma Ben Jemaa, René Louis Vitte, Frédéric Moryoussef

Mme D, sage-femme de 52 ans, sportive, est adressée par son médecin traitant aux urgences pour anémie avec asthénie et dyspnée d'installation récente. Pas d'antécédents notables hormis une carence martiale évoluant depuis 1 ans, traitée de manière intermittente par du fer oral. A l'admission, pas de saignement extériorisé, pas de douleurs abdominales ni de syndrome occlusif. Le bilan biologique montre une anémie à 6,7 g / dl, avec une carence martiale (ferritine = 5 ng/ml). Le bilan endoscopique haut et bas ne montre pas d'anomalie significative hormis des hémorroïdes internes congestives. Biopsies estomac et duodénum normales. La vidéo- capsule endoscopique retrouve à deux minutes du croisement du pylore une lésion sténosante, à muqueuse ulcérée, rigide et saignant spontanément, non franchie par la capsule jusqu'à la fin de l'enregistrement. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé dans les suites objective une masse obstruant partiellement le jéjunum proximal avec plusieurs ganglions lymphatiques mésentériques et rétropéritonéaux. Une seconde fibroscopie oeso- gastroduodénale au coloscope confirme cette lésion ulcérée et sténosante. Les

biopsies sont en faveur d'un mélanome malin du jéjunum. Le TEP scanner ne révèle pas de lésions à distance. Un examen minutieux de la peau, du cuir chevelu, de la muqueuse buccale, des yeux et des parties génitales ne révèle aucune lésion suspecte. Le diagnostic de mélanome primitif du jéjunum est retenu. Une résection chirurgicale de la tumeur est réalisée dans les suites sans traitement adjuvant. A noter que se sont écoulés 3 mois entre la consultation aux urgences et le diagnostic endoscopique en raison du très bon état général de la malade, l'absence de saignement extériorisé, et de délais endoscopiques incompressibles (dont une coloscopie incomplète). A travers cette observation, nous ferons le point sur les tumeurs rares de l'intestin grêle dont le mélanome primitif du grêle et discuterons du bénéfice d'une imagerie en coupe précoce en cas de carence martiale et surtout avant vidéo- capsule.

9- Etude observationnelle sur le parcours de soins des nouveaux patients atteints d'hépatite C KIDEPIST.

I Rosa, AJ Rémy, X Causse, A Garioud, H Hamon, F Skinazi, R Bader, F Heluwaert, H Salloum, F Ehrard, C Renou, A Baron, V Jouannaud, MP Ripault, L Turner, T Paupard, L Costentin, JP Arpurt, M Trompette, G Billet, JF Cadranet, C Koudougou, D Zanditenas, F Maille, C Foutrein, S Doumet, E Timtchoua, F Bourhis, B Lesgourgues, C Jung

Les nouveaux traitements du VHC permettent d'obtenir une guérison virologique dans plus de 95% des cas. L'accès universel au traitement décidé en France en mai 2016 et l'assouplissement des règles de présentation en RCP permettent actuellement de traiter tous les patients quelque soit le stade de fibrose, l'objectif fixé en France étant l'éradication virale en 2025. Pour arriver à ce but il est nécessaire de renforcer les actions de dépistage et de dépister les patients à risque mais également d'identifier tous les acteurs à mobiliser afin d'améliorer ce dépistage. Actuellement certaines populations à fort risque viral ont été parfaitement identifiées. Il s'agit des personnes incarcérées, des usagers de drogues, des HSH et des migrants. Des actions de dépistage spécifiques ont été ou vont être mises en place dans chacun de ces milieux : UCSA, CSAPA, PASS. En revanche il n'existe actuellement aucune donnée récente sur le nombre de patients dépistés en « population générale » ni sur le rôle des médecins généralistes dans le dépistage. L'objectif principal de cette étude observationnelle est de décrire le parcours de soins des patients atteints du virus de l'hépatite C et de décrire quels sont les professionnels de santé qui dépistent. Les objectifs secondaires de cette étude observationnelle sont de décrire la typologie de patient atteints d'hépatite C en 2017 : facteurs de risques, comorbidités, raisons du dépistage et stade de fibrose.

Patients et méthodes :

L'observatoire s'est déroulé dans 35 centres de l'ANGH de septembre 2017 à septembre 2018. Tous les patients âgés de plus de 18 ans consultant pour la première fois en hépatologie pour une hépatite chronique C ayant une PCR VHC positive étaient inclus. Les patients suivis auparavant mais perdus de vue réadressés en consultation pouvaient être inclus.

Résultats : 698 patients ont été inclus dans 25 centres. Il s'agissait dans 62% d'hommes, d'âge moyen 51 ans. Cinquante sept pour cent des patients avaient une comorbidité (DNID, syndrome métabolique, ATCD cardiovasculaire). Le dépistage était réalisé en raison d'anomalies biologiques ou cliniques, d'atcd de toxicomanie, de transfusion, d'incarcération, ou migrants dans respectivement 24%, 29%, 5%, 3.5% et 5.6% des cas. Le dépistage était réalisé dans 42.6 % par le médecin généraliste, dans 25% par un médecin spécialiste, dans 15% par les CSAPA/CARRUD, dans le milieu carcéral dans 3.4% et dans les services de psychiatrie dans 0.7% des cas. Il s'agissait d'une reprise de suivi pour 178 patients et 77 avaient déjà été traités auparavant. A noter que 8% des patients ont repris contact d'eux même avec l'hépatologue après un arrêt de suivi. Le stade de fibrose était F3F4 pour 35% des patients, F2 pour 22% et F0F1 pour 43% d'entre eux. 43% de cette population était considérée précaire : AME, CMU, SDF dans respectivement 7, 31 et 5% des cas. La recherche de facteurs de risque après le dépistage montrait qu'il existait un antécédent de toxicomanie dans 53% des cas versus 29% déclaré avant le dépistage. Parmi les patients dépistés par le médecin généraliste, 90% d'entre eux avaient plus de 40 ans.

Conclusion:

Les patients ont été dépistés et ont été adressés par les médecins généralistes dans la grande majorité des cas et plus d'un tiers des patients avait une fibrose sévère. Il existe une discordance entre la présence d'un FDR et la raison du dépistage, en particulier en cas d'usage de drogue ou de transfusion. Ces résultats confortent les limitations du dépistage basé sur la présence de facteurs de risque et cette étude suggère qu'en médecine générale, un dépistage systématique des patients de plus de 40 ans permettrait de dépister 90% des patients infectés par le VHC, et ainsi d'atteindre l'objectif d'élimination fixé par l'OMS. Cependant, il faut continuer les efforts de dépistage systématique sur les populations vulnérables; précarité, migrants, usagers de drogue et population psychiatrique.

10 - La surveillance des porteurs »inactifs » de l'antigène HBs inclus dans la cohorte PIBAC confirme leur pronostic favorable.

Xavier Causse, Hélène Labadie, Jean-François Cadranel, Gilles Macaigne, Hatem Salloum, Anne-

Marie Roque-Afonso, pour les investigateurs de l'ANGH et du CREGG

Introduction :

Parmi 665 porteurs inactifs de l'AgHBs pré-sélectionnés, 594 ont été inclus de septembre 2014 à juin 2016. Les premiers achèveront leur suivi en septembre 2019, les derniers en juin 2021.

Patients et Méthodes :

427 suivis sont complets à 1 an, 367 à 2 ans, 279 à 3 ans, 82 à 4 ans.

Résultats :

5 séroconversions anti-HBs ont été observées à 1 an, 7 la deuxième année, 11 la troisième année, 1 la quatrième, soit 24 au total à ce jour. 5 patients ont été mis sous ténofovir ou entécavir la première année, 2 fois pour un motif préemptif ; 7 la seconde année, 2 fois pour un motif préemptif ; 3 la troisième année, dont 1 pour motif préemptif ; donc à ce jour 15 débuts de traitement, dont 5 pour un motif préemptif. Il n'a été observé aucun événement défavorable : pas de carcinome hépato-cellulaire, pas de cirrhose, pas d'insuffisance hépatique, pas de décès.

Conclusion :

Cette étape intermédiaire de surveillance des patients inclus dans PIBAC confirme le bon pronostic de ces patients. Les séroconversions anti-HBs (24) sont plus nombreuses que les initiations de traitement (15), dont certaines l'ont été pour un motif préemptif (5). Il est nécessaire de poursuivre un recueil optimal des données de surveillance de ces patients pour permettre l'analyse des facteurs pronostiques de ces événements.

11 - Un ictère de retour d'Algérie.

Honoré Zougmore1, Jean Francois Cadranel1, Ratmony Heng1, Mourad Medmoun1, Dalila Bouraya2, Philippe Pulvermacher1, Allaoua Smail3, Alain Cazier4, Armand Garioud1. 1. Service d'hépatogastroentérologie d'Alcoologie et nutrition – GHPSO – Creil (60) 2. Service de médecine polyvalente 3. Service de chirurgie digestive – GHPSO – Creil (60) 4. Service d'anatomopathologie – GHPSO – Creil (60)

Mme N., 80 ans, sans antécédent notable, a été hospitalisée par les Urgences le 20 février 2019 pour l'exploration d'un ictère cutanéomuqueux. Elle venait juste d'arriver d'Algérie où elle a présenté depuis une semaine un ictère avec pour signes associés un prurit très intense avec des lésions de grattage diffuses, des urines foncées et des selles décolorées et une asthénie importante. A l'interrogatoire, il n'y avait pas de consommation d'alcool ou de prise de médicament hépatotoxique. En revanche, elle avait consulté son médecin traitement quinze jours auparavant en raison d'une toux fébrile avec frissons. A l'examen clinique, la tension artérielle était à 110/60 mmHg avec un pouls à 72/mn. Elle pesait 51 kg pour une taille de 151 cm (IMC=22,4 kg/m²). L'ictère était flamboyant

et la palpation abdominale était souple, dépressible, indolore sans hépato-splénomégalie. Le bilan biologique montrait un taux de leucocytes à 4660/mm³, une hémoglobine à 14 g/dl et des plaquettes à 344.000/mm³. Le bilan hépatique était le suivant : ASAT=37 UI/L (<35), ALAT=38 UI (N<35) ; PAL=254 UI/L (N<105) ; GGT=97 UI (N<42) ; bilirubinémie totale (BT)=265 μmol/l (N<15) à prédominance conjuguée (BC) à 224 μmol/l. Le TP était à 133% et il n'y avait pas d'insuffisance rénale (urémie = 6,3 mmol/L ; créatininémie = 66,7 μmol/L). Sur le plan morphologique, l'échographie abdominale ne mettait pas en évidence de dilatation des voies biliaires intra et/ou extra-hépatiques avec un foie de morphologie normale et une vésicule biliaire lithiasique sans signe de cholécystite. L'IRM du foie et des voies biliaires était normale. Sur les examens à visée étiologique, les sérologies des hépatites virales A (IgG/IgM), B (Ag HBs, IgM-HBc), C (Ac anti-VHC) ; E (IgM) ; CMV (IgG) ; EBV (IgM) étaient négatives de même que les sérologies VIH 1 et 2. Le taux d'immunoglobulines totales était à 6 g/l avec des anticorps antinucléaires < 1/80è et la recherche des anticorps anti-tissus était négative. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Une ponction-biopsie hépatique par voie transpariétale a été réalisée sans complication. Les résultats de l'examen anatomopathologique et le diagnostic vous seront présentés lors du congrès.

12 - Une hépatite A qui rechute ?

Ratmony Heng1, Armand Garioud1, Camelia Mokhtari2, Honoré Zougmoré1, Mourad Medmoun1, Philippe Pulvermacher1, Allaoua Smail3, Alain Cazier4, Jean-Francois Cadranel1. 1. Service d'hépatogastroentérologie d'Alcoologie et nutrition – GHPSO – Creil (60) 2. Service de biologie médicale – GHPSO – Creil (60) 3. Service de chirurgie digestive – GHPSO – Creil (60) 4. Service d'anatomopathologie – GHPSO – Creil (60)

Mme B., une femme de 57 ans a été transférée fin avril 2018 du service de cardiologie dans le service d'hépatogastroentérologie pour l'exploration d'un ictère cutanéomuqueux de survenue récente. Elle avait initialement été admise pour une coronographie de contrôle du fait d'un antécédent d'infarctus du myocarde, associé à une dyslipidémie et un tabagisme. Son traitement à l'admission comprenait pantoprazole, ticagrélor, acide acétylsalicylique, bisoprolol, atorvastatine et énoxaparine, aucun autre médicament notamment hépatotoxique n'ayant été introduit au cours des douze derniers mois. À son admission, les signes associés étaient des douleurs abdominales notamment au niveau de l'hypochondre droit, une asthénie, des vomissements et des douleurs musculaires. Sur la biologie, les leucocytes étaient à 6.360/mm³ avec 34% de polynucléaires neutrophiles et 51% de lymphocytes, le taux d'hémoglobine était de 13,9 g/dl et le nombre de

plaquettes de 273.000/mm³. La biochimie hépatique était la suivante: ASAT à 3795 UI/L (n<35), ALAT à 3351 UI/L (n<35), PAL à 260 UI/L (n<105), GGT à 102 UI/L (n<42) avec une bilirubinémie totale à 49 μmol/l (n<15) dont 41,2 μmol/l de bilirubine conjuguée (n<5). Le TP était à 78%. L'échographie hépatique était normale ne mettant pas en évidence de dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques avec une vésicule biliaire alithiasique et un foie de morphologie normale. Cliniquement, la patiente mesurait 167 cm pour un poids de 60 kg (IMC à 22kg/m²). Elle n'avait aucun antécédent de consommation d'alcool ou de toxicomanie. Concernant le bilan étiologique, les sérologies des hépatites B (AgHBs, IgM-HBc), C (Ac), E (IgM), CMV (IgG) et EBV (IgM) et VIH 1-2 (Ac) étaient négatives. En revanche, la sérologie pour l'hépatite A était positive avec un taux d'Ig totales à 59,5 UI/ml et des IgM positifs à 11,11 UI/ml établissant le diagnostic d'hépatite aiguë A avec une charge virale VHA à 1.193.980 UI/ml (6,08 log). Les IgG étaient subnormales à 13,6 g/l (n<12,6) et la recherche des anticorps antinucléaires et anti-SMA, LKM1, LC1, SLA et M2/nPDC était négative. Après une diminution spontanée de la cytolyse hépatique et de la bilirubinémie, la patiente est réhospitalisée mi-juin 2018 en raison d'une asthénie associée à la réapparition d'un ictère flamboyant. Sur la biologie, les ASAT étaient à 2234 UI/ml, les ALAT à 1884 UI/l et la bilirubinémie totale à 299,1 μmol/L à nette prédominance conjuguée. Elle n'a pas pris de nouveau médicament, n'a pas voyagé dans l'intervalle. Une échographie hépatique a été refaite. Elle était normale. Les IgM VHA étaient toujours positifs à 1,8 UI/ml avec une charge virale A à 840 UI/ml (2.92 log). A quoi pensez-vous ? S'agirait-il d'une rechute de l'hépatite A ? Quels examens faites-vous pour avancer dans le diagnostic ? Les réponses et la suite de l'évolution vous seront données lors du congrès.

13 - Faisabilité d'un dépistage conjoint hépatite C et tuberculose dans une population de personnes migrantes : expérience pilote à Créteil

Isabelle Rosa, Marie Pierre Bertrand, Laurent Richier, Claire Fuhrman, Hervé Hagege, Stéphane Chevaliez

Introduction : La prévalence de l'hépatite C (VHC) chez les personnes migrantes est estimée aux alentours de 3 à 6%, soit 10 fois plus importante qu'en population générale. Par ailleurs, la prévalence de la tuberculose dans cette même population est également élevée, majorée par les conditions d'hébergement et la promiscuité. Une des missions du centre de lutte contre la Tuberculose (CLAT) est d'organiser des journées de dépistage de la tuberculose (BK) hors les murs dans les foyers de migrants. L'idée de ce travail pilote est de coupler un dépistage du VHC et du BK dans un foyer de migrants (CHUM ou HUDA) Buts de l'étude

: Organiser conjointement le dépistage du BK et du VHC en utilisant le CEPHEID qui permet un dépistage à la fois du BK dans les expectorations et de réaliser une PCR VHC en temps réel sur place

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une action hors les murs sur une journée (le 28 juin 19) dans un CHUM menée par le CLAT de Créteil et le service d'hépatogastroentérologie du CHIC. Le foyer accueille environ 200 personnes de sexe masculin, en majorité originaires d'Afghanistan, Pakistan et du Soudan. Le dépistage du VHC sera proposé à toutes les personnes présentes et sera dans un premier réalisé par des TRODS Oraquick. En cas de positivité, une PCR VHC sera réalisée sur place grâce au système GeneXpert. Le temps de rendu de résultat du VHC estimé est de 58 minutes. Les résultats seront validés par le Pr Stéphane Chevaliez, virologue (Hôpital Henri Mondor). Le patient sera ensuite revu en consultation au CHI de Créteil. Pour le dépistage du BK, une radio pulmonaire sera proposée à toutes les personnes présentes. En cas d'anomalie radiologique ou de signes cliniques évocateurs, un test GenExpert sera réalisé. Un résultat négatif est obtenu en 65 minutes et un résultat positif en 77 minutes. Résultats: Les résultats seront communiqués lors du congrès de l'ANGH

Conclusion : Les personnes migrantes sont à haut risque d'infection par le BK et le VHC. Il s'agit du premier travail collaboratif de dépistage entre le CLAT et les hépatologues utilisant le GeneExpert, qui permet de dépister à la fois en temps réel le VHC et le BK. Ce travail a été réalisé avec l'aide de Gilead

14 - Suivi post transplantation hépatique (TH) : 23 ans d'expérience au centre hospitalier d'Avignon (CHA) à propos de 54 patients

JP Arpurt, S Bellon, S Bramli, A Benezech, C Bosshardt, T Andrian, A Raoto

Depuis 1998, 26 114 TH ont été réalisées en France et au 31 décembre 2016, 13 194 greffons hépatiques sont fonctionnels. 17 CHU assurent cette prise en charge thérapeutique, mais ces centres arrivent à saturation pour le suivi à moyen et long terme de ces patients. En conséquence, il semble nécessaire que les centres hospitaliers généraux ou les structures hospitalières privées assurent cette fonction en restant en liaison avec le centre transplantateur. Au CHA, depuis 1995, nous avons suivi 54 patients. Méthodes. De janvier 1995 à décembre 2018, 54 patients ont été suivis post TH. 30 hommes 24 femmes, âge moyen 56 ans (18 à 62 ans). Les causes étaient : cirrhose OH (20 patients), cirrhose VHB (4 patients), cirrhose VHC (6 patients), cirrhose VHB-VIH (1 patient), cirrhose VHC-VIH (1 patient), cancer hépatocellulaire (15 patients), CBP (1 patient), polykystose hépatique terminale (2 patients), Wilson aiguë (1 patient), insuffisance hépatique aiguë post chirurgie biliaire (1

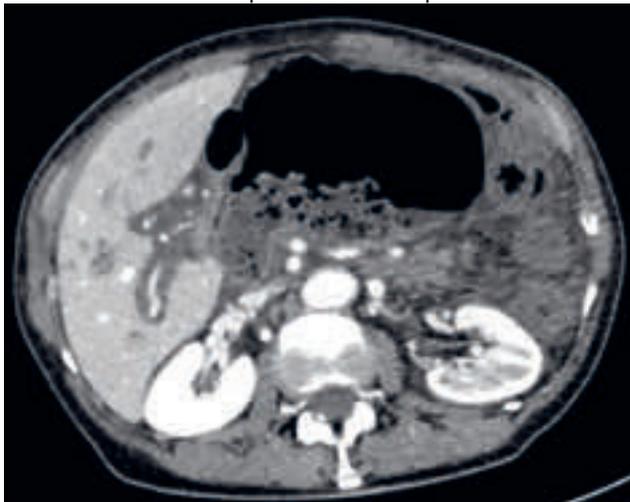
patient), hépatite alcoolique aiguë (2 patients). Les centres de TH étaient : Montpellier (36 patients), Marseille (15 patients), Lyon (1 patient, TH donneur vivant), Paris (2 patients) Le suivi reposait sur 2 PH et une IDE clinicienne (que depuis 5 ans) et s'organisait selon un calendrier de consultations spécifiques et d'examen complémentaires en fonction de l'ancienneté de la TH et en alternance avec le centre transplantateur. Résultats. Au 31 décembre 2018, 15 patients (6 cirrhose OH, 2 cirrhose VHB, 1 cirrhose VHC, 6 CHC) sont décédés (15,1%). Les causes de décès ont été : 1 AVC, 1 Infarctus du myocarde, 5 récurrences de CHC, 3 Cancer de Novo, 2 récurrences virales, 2 Insuffisance rénale terminale. Conclusion Le suivi des patients ayant bénéficié d'une TH peut se faire dans un CHG. Il est conditionné par une étroite collaboration et une confiance du centre transplantateur, une motivation et une formation complémentaire des praticiens. une participation active d'une IDE dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. La formation des praticiens peut s'acquérir en participant au groupe transplantation de AFEF, à la FMC HGE et pour les plus jeunes par le cursus de l'internat HGE sur 5 ans.

15 - Une thrombose porte pas comme les autres...

F. Zuberbuhler, E. Pateu, A. Paisant, M. Kaassis, YH. Lam CH Cholet

La hernie du foramen de Winslow est une pathologie rare, qui représente 8% des hernies internes, elles-mêmes étant à l'origine d'une très faible proportion des occlusions grêliques. Le diagnostic est souvent fait avec retard en péri-opératoire lors de complications. Nous rapportons le cas d'une présentation atypique puisque le diagnostic a été posé 8 mois plus tard, à l'occasion d'une relecture du scanner initial. Cette observation est l'occasion de revoir l'anatomie de la hernie de Winslow et d'évoquer les pathologies associées. Cas clinique Une patiente de 68 ans, ayant pour principal antécédent un syndrome dépressif traité par EFFEXOR, consulte aux urgences le 16 août pour épigastalgies brutales irradiant dans l'hypochondre droit associées à des vomissements. Les douleurs évoluent depuis moins de 24h. A l'examen clinique, elle a une défense en épigastre et hypochondre droit. Le reste de l'examen est normal. Au bilan biologique on ne retrouve qu'une hyperleucocytose modérée à 13,7 G/L, sans élévation de la CRP. Le bilan hépatique est normal, ainsi que la lipasémie. Le scanner abdominal révèle une thrombose porte avec œdème péri-portal et infiltration de la paroi digestive d'amont. Une anticoagulation curative en IVSE est débutée. L'évolution est rapidement favorable. Au scanner du 23 août, le tronc porte est perméable. L'héparinothérapie est relayée par un AVK. Le bilan

de thrombophilie réalisé ne permet pas de mettre en évidence un facteur pro-thrombotique.



A 6 mois de l'anticoagulation, le dossier de Mme W. est discuté pour établir la durée nécessaire du traitement. Cependant, à la relecture du scanner du 16 août, le radiologue est interpellé par différents éléments : un système porte laminé, éloignement de la veine porte par rapport à la veine cave, absence du caecum en fosse iliaque droite. Le diagnostic d'hernie de Winslow est posé.

Discussion

Le hiatus de Winslow est un orifice faisant communiquer le vestibule de l'arrière cavité des épiploons, avec la grande cavité péritonéale. La hernie de Winslow contient le plus souvent de l'intestin grêle, mais peut contenir aussi le caecum et colon ascendant et plus exceptionnellement la vésicule biliaire et le colon transverse. Elle peut comprimer les éléments contenus dans le ligament hépato-duodéнал, ce qui explique les différents tableaux cliniques observés. Parmi les cas cliniques retrouvés dans la littérature, les anomalies de la veine porte sont fréquemment décrites, à type de rétrécissement du tronc porte associé à un œdème péri-portal. Il est rapporté deux cas cliniques où un diagnostic de thrombose veineuse avait initialement été posé : l'un avec une image de thrombose porte et l'autre ayant des signes radiologiques évocateurs d'un syndrome de Budd Chiari. Le traitement est habituellement chirurgical, et consiste en des manœuvres de réduction. Le pronostic est conditionné par la nécrose grêlique, parfois importante lorsque le diagnostic a été tardif. Dans notre cas, une prise en charge chirurgicale n'a pas été nécessaire, car la réduction a été spontanée. A notre connaissance, tous les cas de figure présentés dans la littérature, ont dû être pris en charge en urgence. Une éventuelle chirurgie pourrait être discutée pour limiter le risque de récurrence : obturations du hiatus par suture directe, suture de l'angle colique droit, colectomies droites... Aucune recommandation sur un éventuel traitement prophylactique n'a été faite jusqu'à présent.

Conclusion La hernie de Winslow est une hernie interne rare, révélée le plus souvent par un tableau

occlusif dont le traitement est chirurgical. Peu connue des médecins, le diagnostic est souvent fait avec retard, ce qui conditionne le pronostic. Elle peut, comme dans notre cas, être confondue avec une thrombose veineuse mais la connaissance des quelques signes indirects au scanner pourrait probablement permettre un diagnostic plus précoce.

16 - Qualité de vie au travail. Prévention du risque de Burn Out. L'expérience montilienne de méditation de pleine conscience.

Agnès PELAQUIER, Henri OSMAN, Georges BARJONET, Gilles d'ABRIGEON, Groupement Hospitalier Portes de Provence, Montélimar

A l'instar du service de néphrologie de La Pitié Salpêtrière, et de l'hôpital Saint Anne (Paris), où la méditation de pleine conscience est proposée depuis plusieurs années pour les patients, et suite à l'instauration du DU "médecine, méditation et neurosciences", à l'université de Strasbourg, plusieurs médecins de notre centre, ayant chacun déjà débuté une pratique méditative personnelle, se sont réunis afin d'échanger sur cette approche, suite aux nombreuses publications d'études scientifiques à ce sujet. Dans la lignée du questionnaire "baromètre santé", proposé il y a un an, concernant le risque de burn-out lié à notre profession, 5 hépato-gastro-entérologues de notre GHT ont expérimenté, en prévention du burn-out, l'approche méditative des cycles MBSR : "mindfulness based on stress reduction" (programme mis au point par le Pr Jon KABAT ZIN dans les années 70), dans une démarche institutionnelle d'amélioration de la qualité de vie au travail (1 du CH de PRIVAS et 4 du CH de MONTELMAR). Un premier groupe d'une quinzaine de praticiens hospitaliers (médecins et pharmaciens) d'avril à juin 2018, puis un deuxième d'une vingtaine de praticiens de septembre à novembre 2018, ont suivi un cycle MBSR, animé par une instructrice certifiée. Chaque cycle a comporté, sur le CH de Montélimar, 8 séances de 2h30, à raison d'une séance par semaine pour totaliser 2 mois, et une journée entière en silence. Après ses 2 premiers cycles, 8 praticiens ont débuté la formation pour être instructeurs, afin de devenir autonomes sur leur centre hospitalier respectif, et déployer la méditation de pleine conscience comme projet d'établissement global, tout d'abord à tout le personnel des 2 établissements cités, puis dans un deuxième temps aux patients. Deux groupes de 12 participants du personnel hospitalier (toutes professions confondues) instruits par les instructeurs en binôme récemment formés (un médecin rhumatologue, une gynécologue, un médecin acupuncteur et une hépato-gastro-entérologue), sont actuellement en cours de cycle. Le projet est de poursuivre les cycles pour les soignants/personnel hospitalier et d'étendre

l'initiation aux patients dans les domaines suivants :
 - " gestion du stress et des émotions", - "douleurs chroniques" - " pathologies cancéreuses". Pour notre spécialité, plus précisément, les champs d'application que nous souhaitons développer :
 - pour les patients, sont "la méditation de pleine conscience dans la gestion de la colopathie fonctionnelle, les MICI, en alcoologie, la douleur en cancérologie digestive et le stress lié à la maladie et aux traitements". L'objectif est la formation de groupes de patients début 2020.
 - pour les médecins/soignants, souvent confrontés à la souffrance : de mieux gérer leur stress professionnel, leur fatigue physique et psychique, leurs émotions au quotidien face aux patients, leur sentiment d'impuissance, notamment dans l'accompagnement des patients en fin de vie, et de se sentir à leur juste place dans la relation de soin.

17 - SANGHRIA à Perpignan : des spécificités locales à expliquer ?

AJ REMY, L LE CLOAREC, MC ORTIZ, A SAEZ, C AMOUROUX, M KOUAOUCI, F KHEMISSA. Service d'Hépatogastroentérologie et de Cancérologie Digestive, Centre Hospitalier de Perpignan

Introduction :

Dans l'observatoire SANGHRIA sur les hémorragies digestives hautes initié par l'ANGH en novembre 2017, l'équipe du Centre Hospitalier de Perpignan arrive en tête du nombre d'inclusions : 430 inclusions à Perpignan sur un total de 2498 soit plus de 17% du total des inclusions. La moyenne d'inclusions dans notre centre est proche de 1,5 par jour avec un pic maximal à 6 inclusions en 24h. Les hémorragies digestives reçues dans notre centre comprenaient tous types d'étiologies : hypertension portale, ulcères gastroduodénaux, oesophagites, cancers, etc...

Objectif :

expliquer pourquoi il y a eu autant d'inclusions dans SANGHRIA à Perpignan.

Résultats :

les explications possibles peuvent être liées 1/ à l'organisation médicale 2/ à une différence sur le circuit d'inclusion 3/ aux caractéristiques de la population du bassin de santé 4/ aux habitudes locales de prescription 5/ à des caractéristiques différentes des patients ayant une hémorragie digestive.

1/ Pour l'organisation médicale, notre établissement est le seul établissement public somatique du département des Pyrénées-Orientales avec plus de 1000 hospitalisations par jour et plus 1200 consultants par jour. Il y a absence et/ou abandon du secteur libéral dans la prise en charge des hémorragies digestives : 16% des malades inclus sont passés auparavant par un service privé d'urgences sans voir de gastroentérologue. Le Centre Hospitalier de Perpignan est de fait le seul centre d'accueil des hémorragies digestives GHT

Aude Pyrénées. La comparaison 2005-2017 demandée au DIM montrait une augmentation des passages au SAU de 31% mais une augmentation des séjours pour hémorragies digestives hautes de 141%, qui correspond en valeur brute à une augmentation de nombre de séjours de 296 à 713. Par ailleurs, l'équipe médicale du service d'hépatogastroentérologie assurant l'astreinte opérationnelle comprenait 6 praticiens hospitaliers et une assistante spécialiste. 2/ L'investigateur principal du centre a été très investi dans SANGHRIA ainsi que le personnel d'endoscopie mais ceci n'est pas exclusif de Perpignan. Par contre le circuit d'inclusion a été optimisé. Les infirmières d'endoscopie informaient systématiquement tous les patients ; il n'y avait qu'un seul médecin inclueur qui passait au crible tous les plannings d'endoscopies réalisées, weekends et jours fériés inclus, sans temps spécifique dégagé, ni soutien URC ou ARC. 2/ dans les caractéristiques de la population, le Centre Hospitalier de Perpignan dessert un bassin départemental de 482 131 habitants (données INSEE au 1er janvier 2018) concentrés sur la ville de Perpignan (120 605 habitants) et son agglomération (264 105 habitants). Ceci représente 18,3% de l'ancienne région Languedoc-Roussillon, devenue l'est de l'Occitanie. La population est plus âgée de 3% par rapport à la moyenne nationale et régionale. Le % des plus de 60 ans est de 32% dans les Pyrénées-Orientales contre 28,5% en Occitanie et 25,6% en France tandis que le % des plus de 75 ans est de 12% dans le département, de 10,5 en Occitanie et de 9,15% en France. La précarité est importante avec un revenu moyen par foyer de 21392 € (régional 23560 €, national 26163 €). La consommation d'alcool et de tabac est supérieure dans le Languedoc-Roussillon. Il y a 16,6% de buveurs réguliers, soit +5,6% par rapport à la moyenne nationale et 35% de fumeurs réguliers soit +6% par rapport à moyenne nationale.

3/ les habitudes de prescription locales, obtenues par convention avec la CPAM des Pyrénées-Orientales montrent une consommation d'antiagrégants plaquettaires, de NACO et d'AVK supérieure de 2 à 3% par rapport au reste de la région mais avec une consommation globale d'IPP également supérieure de 3% ; la fréquence de la co-prescription est similaire à la moyenne régionale, entre 45 et 51% selon les classes. La consommation d'AINS était identique, y compris en co-prescription avec IPP. 5/ Les malades inclus au Centre Hospitalier de Perpignan présentaient des différences uniquement sur les items suivants : moins d'hémorragies intra-hospitalières (15.6% v 25.3%), hémorragie plus souvent liée à une oesophagite (19% v 11,5%) ou à une hypertension portale (30% v 19%), malgré un pourcentage de malades cirrhotiques et un score moyen de CHILD identiques, score de Charlson plus élevé (3.4 v 2), endoscopies réalisées moins souvent sous

anesthésie générale (13% v 31%), nombre de culots transfusés moins important (1,7 v 3.3), récurrence intra-hospitalière moins fréquente (4.3% v 10.5%), durée d'hospitalisation moins longue (8.2 jours v 10.2 jours) ; 22 patients cirrhotiques seulement sur 88 (25%) étaient sous propranolol. La mortalité intra-hospitalière et à 6 semaines étaient similaires.

Discussion : Nous pourrions essayer d'expliquer comme suit l'augmentation de 141% : 1/ augmentation d'activité du Centre Hospitalier pour 31%, augmentation de prescription des NACO, autres anticoagulants et antiagrégants 3%, diminution de prescription des IPP non constatée, diminution de l'activité libérale d'urgence 21%. Une plus grande précarité et des consommations supérieures de tabac et d'alcool pourraient être également impliqués. L'hypertension portale plus fréquemment en cause et des patients moins souvent sous propranolol sont des facteurs qui doivent nous faire réfléchir sur nos pratiques de prévention hémorragique.

Conclusion :

Le Centre Hospitalier de Perpignan est-il un cas à part ou des spécificités locales peuvent-elles tout expliquer ? L'analyse comparative de nos malades par rapport à l'ensemble des malades inclus dans SANGHRIA n'a montré que des différences mineures. L'optimisation du circuit d'inclusion a permis la collecte exhaustive de données sur les hémorragies digestives hautes d'un GHT.

18 - Enquête de pratique sur la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires dans les CHG

Gilles Macaigne, Stéphane Nahon, René-Louis Vitte, Denis Grasset

Introduction :

Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de nous assurer de la meilleure option thérapeutique au cours de la pancréatite aiguë biliaire (PAB). En effet, deux options sont possibles : soit une nutrition entérale jusqu'à la cholécystectomie (ou éventuellement la sphinctérotomie) et ce quel que soit la sévérité de la pancréatite, soit une reprise de l'alimentation orale dès que la situation clinique le permet. L'objectif de cette enquête de pratique est de déterminer les éventuelles différences de prise en charge selon les CHG et des ressources disponibles dans chaque centre.

Méthodologie :

Enquête via un formulaire en ligne Framafoms. Dans ce questionnaire les aspects suivants de la prise en charge de la PAB sont évalués : type de réalimentation (orale ou entérale) dans le contexte de la PAB bénigne et de la PAB sévère, délai de la cholécystectomie au cours de la PAB bénigne, type d'exploration avant chirurgie et indication de la SE en cas de PAB sévère. Résultats à Ajaccio Ce questionnaire permettrait d'évaluer la faisabilité d'une étude observationnelle dont l'objectif principal

serait de comparer l'évolution des patients selon ces 2 pratiques, propres à chaque centre, concernant la nutrition après appariement des patients sur des critères pertinents qui restent à déterminer (âge, sexe, comorbidité, sévérité de la pancréatite...).

19 - Association d'une masse pancréatique et de nodules spléniques.

J. Verlynde, O. Zaharia, T. Paupard. Service d'Hépatogastroentérologie. 130. Av. L. Herbeaux-Centre Hospitalier de Dunkerque-59385 Cedex 1 Dunkerque.

Cas Clinique. Description à l'occasion d'une pancréatite aiguë, d'un cas de masse pancréatique suspecte associée à de multiples nodules spléniques sur les examens échodoppler et d'imagerie en coupe. Diagnostic d'une présentation atypique et très rare de maladie systémique avec revue de la littérature. Présentation préalable du cas sous la forme d'un quiz diagnostique initial.

20 - Pancréatite aiguë précoce après sleeve gastrectomy

Vincent NGUYEN-KHAC, Guillaume VELUT, Florence SKINAZI, Hélène LABADIE - Centre hospitalier de Saint Denis, service d'Hépatogastroentérologie, 93200 Saint-Denis

Une patiente de 54 ans consulte aux urgences pour des douleurs abdominales évoluant depuis 72h. Ses antécédents sont un syndrome d'apnée du sommeil, un accouchement par césarienne, et une obésité morbide (IMC 44) kg/m². Une sleeve gastrectomy a été réalisée 2 semaines avant le début des douleurs. A l'admission aux urgences, la douleur est décrite comme sus-ombilicale diffuse, très intense, et débutant 3 jours avant l'admission. Il n'y a pas de trouble de transit, pas de vomissement, pas de fièvre. L'examen clinique retrouve un abdomen souple mais très sensible à l'étage épigastrique. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire (leucocytes 8.2 G/L, CRP 165 mg/l), une discrète anémie (11.2 g/dl). Le bilan hépatique et la lipase sont normaux. L'échographie vésiculaire ne retrouve pas de lithiase intravésiculaire ou de la voie biliaire principale. Le scanner abdomino-pelvien révèle un pancréas caudal augmenté de taille, hétérogène, avec une infiltration de la graisse péri-glandulaire et une coulée de nécrose inter-spléno-pancréatique de 50 mm de diamètre ; s'y associe une thrombose portale totale étendue au tronc spléno-mésaraïque, à la veine mésentérique supérieure et à la veine splénique.

Le diagnostic de pancréatite aiguë nécrosante CTSI 4/Balthazar E avec thrombose portale et splénomésentérique étendue compliquant une chirurgie bariatrique est retenu.

Nous détaillerons la revue de la littérature concernant cette pathologie et reviendrons sur les

mécanismes étiopathogéniques envisagés à l'origine de cette complication post bariatrique.

21 - Synchronous pre-malignant lesions in patients with bilio-pancreatic cancer

Maria Pia Costa Santos, Maria Helena Oliveira, Cátia Cunha, Filipe Costa, Luísa Glória, Rui Maio, Marília Cravo

Introduction : Intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMNs) and pancreatic intraepithelial neoplasms (PanINs) are usually multifocal and can be synchronous with pancreatic cancer. Main duct and/or high-grade dysplasia IPMNs and PanINs are high-risk lesions for development of pancreatic cancer. Diagnostic accuracy of CT/MRI for cystic lesions is low and PanINs are microscopic lesions detected only in the surgical specimen. Therefore, after partial pancreatic resection, these synchronous lesions in the pancreatic remnant may progress to invasive cancer. The aim of this study was to evaluate the incidence of synchronous pre-malignant lesions in the surgical specimens of patients treated for bilio-pancreatic cancer.

Methods : Retrospective study including patients with bilio-pancreatic cancer submitted to pancreatic surgery [total pancreatectomy and partial resection (cephalic or corpo-caudal pancreatectomy)]. All surgical specimen was reviewed to evaluate the presence of synchronous pre-malignant lesions. Diagnostic accuracy of pre-operative CT/MRI for detection of cystic lesions was also assessed.

Results : We analysed 125 patients submitted to pancreatic surgery with curative intend. Of those, 97 had malignant lesions of the pancreas, Vater ampulla or common bile duct. In the surgical specimen, we found synchronous pre-malignant lesions in 30% (29/97) of patients (14 IPMNs, 9 PanINs and 6 IPMNs+PanINs) of which 20% (19/97) were high-risk lesions. The diagnosis of cystic lesions with pre-operative CT/MRI had an accuracy of 79%, sensibility of 27%, specificity of 98%, positive predictive value of 86% and negative predictive value of 79%. Synchronous pre-malignant lesions were more commonly found in patients operated for pancreatic adenocarcinoma [76% (22/29)] ($P < 0,001$) and in specimens of total pancreatectomy as compared with partial pancreatic resection (53% vs. 25%, $P = 0.022$).

Conclusions : In this study, 20% of patients who underwent pancreatic surgery for biliopancreatic cancer had high-risk synchronous pre-malignant lesions. Only one-third of the cystic lesions were detected in pre-operative CT/MRI. Synchronous pre-malignant lesions were more frequent after total pancreatectomy, which suggests that this association is still underestimated. These results raise the possibility that a segmental resection leaves behind a pancreatic remnant at risk of progression to invasive cancer. Therefore, in patients undergoing partial pancreatic resection we

may consider an intra-operative pancreatoscopy or more intensive surveillance programs if the first strategy is not feasible.

22 - La pharmacocinétique du baclofène n'est pas différente chez les patients ayant une cirrhose

C. Barrault¹, J-B.Trabut², S. Alqallaf¹, F. Plait³, R. Reis³, L. Labat³, J. Barré⁴, L. Chevillard⁵, X. Declèves^{3,5}
¹ - Service d'hépatogastro-entérologie, CH Intercommunal, Créteil, France ² - Service d'addictologie, CHU Emile Roux, Limeil-Brevannes, France ³ - Biologie du médicament et toxicologie, Paris, France ⁴ - Centre de recherche biologique - CH Intercommunal, Créteil, France ⁵ - Inserm U1144 - Paris, France

Rationnel : L'efficacité du baclofène est dose-dépendante avec une grande variabilité interindividuelle. Son élimination rénale permet son utilisation en cas de cirrhose. Nous souhaitons évaluer sa pharmacocinétique (PK) en fonction de l'existence d'une cirrhose. Méthode: Un dosage plasmatique (pic et/ou résiduel) du baclofène a été réalisé chez des patients traités pour mésusage d'alcool. Le bilan biologique comprenait l'estimation de la fonction rénale. Le diagnostic de cirrhose était clinique ou basé sur une élastométrie ≥ 15 kPa. La mesure du baclofène plasmatique a été réalisée par spectrométrie. La PK a été déterminée en utilisant l'approche pharmacocinétique de population.

Résultats : Parmi les 72 patients, 14 avaient une cirrhose. La posologie médiane de baclofène était de 55 mg/j (15 à 270). La concentration de baclofène était quantifiée à partir de 101 échantillons. Sur les 72 premiers, un modèle à un compartiment avec absorption fixe du 1er ordre ($k_a = 2.23$ h⁻¹) et élimination a permis de déterminer les valeurs moyennes pour la clairance (CL/F) et le volume de distribution à 8.01 L/h et 45 L. La variabilité inter-individuelle sur CL/F était de 30%. Les marqueurs biologiques hépatiques et l'élasticité n'avaient aucun impact sur la PK du baclofène. Seule la clairance de la créatinine-MDRD modifiait statistiquement la clairance du baclofène.

Conclusion : Les résultats préliminaires de cette étude suggèrent que l'existence d'une cirrhose n'a pas d'impact sur la pharmacocinétique du baclofène, ce qui est rassurant pour les cliniciens. Les résultats seront complétés sur l'ensemble des échantillons pour le congrès.

23 - Prise en charge de la cholangite biliaire primitive dans les hôpitaux généraux français. Etude DESCRIPT.

Isabelle Rosa, Xavier Causse, Bertrand Hanslik, Jean-Pierre Arpurt, Jean Henrion, Christophe Renou, Armand Garioud, Olivier Chazouillères, Christophe Corpechot, Alexandre Pariente pour les co-investigateurs des études DESCRIPT 1 et 2.

Introduction: La prise en charge des malades atteints de cholangite biliaire primitive (CBP) est mal connue en France. L'objet de ce travail est de comparer les caractéristiques, la prise en charge, la réponse au traitement et l'évolution des malades suivis à l'hôpital général, et de ceux suivis à l'hôpital universitaire (HU) ou en pratique libérale (PL). **Méthodes:** Nous avons réalisé du 1er avril 2016 au 31 décembre 2017 une étude rétrospective des malades atteints CBP et récemment vus à l'hôpital général (HG), universitaire (HU) ou en (PL), au cours de 2 périodes successives (01/04/16 pour l'ensemble des centres, prolongé à 2017 pour les hôpitaux généraux). Les données collectées étaient celles disponibles au moment du diagnostic et de la dernière consultation. La réponse biochimique (RB) à l'acide ursodésoxycholique (AUDC) fut évaluée à l'aide des scores de Paris I et Paris II combinés, et le score GLOBE calculé. Les caractéristiques des malades, leur RB à l'AUDC et leur évolution fut comparée entre eux et entre les lieux de prise en charge. Les facteurs prédictifs indépendants de RB insuffisante à l'AUDC et de complications ont été déterminés à l'aide de la régression logistique et du modèle de Cox. **Résultats :** Parmi les 436 malades inclus, 176 provenaient des HG, 173 des HUs et 87 de PL. L'âge moyen (56 ans), la proportion de femmes (90%), de positivité des anticorps antimitochondriaux (93%), la médiane des phosphatases alcalines (PAL) ($2,3 \times$ [LSN], IQR 2,0), et de l'albuminémie (40 g/L) étaient similaires à ceux des malades des autres centres, mais la bilirubinémie médiane ($12 \mu\text{M}$, IQR $9,5 \mu\text{M}$) était plus basse ($p=0,01$). Les taux de réalisation de la biopsie hépatique (44%) étaient similaires, mais la réalisation de l'élastographie (53%) supérieure ($p=0,0005$). Un quart des malades n'avaient ni biopsie ni élastométrie. La proportion de malades aux stades précoces (64%) et de syndromes de chevauchement CBP-hépatite auto-immune (8%) était similaire, mais les malades sur la liste de transplantation plus rares (1%) qu'à l'hôpital universitaire (8%) ($p=0,001$). La proportion de malades recevant de l'AUDC était la même (95%), la dose médiane initiale ($13,6 \text{ mg/kg/j}$, IQR 4,5) était similaire ; elle n'était optimale que chez 29% des malades (excessive chez 44%, insuffisante chez 27%). La dose finale d'AUDC ($15,0 \text{ mg/kg/j}$, IQR 3,7) était similaire, optimale chez 31%, insuffisante chez 25%, sans différence selon le lieu de prise en charge. Le taux de RB à l'AUDC (déterminable chez 89% des malades) était de 66% (59% dans les HU, 54% en PL, $p=0,17$). Le score GLOBE moyen était similaire dans les 3 groupes. Avec un suivi moyen de 6 ans, le taux de complications hépatiques était de 5,2%, contre (15,6%) à l'HU et 5,8% en PL ($p=0,0003$). En régression logistique, les prédicteurs indépendants de RB étaient la bilirubinémie et l'albuminémie. Avec un modèle de Cox, les prédicteurs indépendants de complications étaient le stade avancé au diagnostic et la réponse

biochimique. Le centre de prise en charge n'était un facteur prédictif indépendant ni de RB, ni de complication. **Conclusion :** Un nombre conséquent de malades atteints de CBP est pris en charge dans les HG. Les malades sont sans doute un peu moins sévères que dans les HU. La qualité de la prise en charge et le taux de RB sont similaires, et le type de centre n'est un facteur prédictif indépendant ni de RB, ni de complication. L'évaluation du stade initial, la dose d'AUDC et l'évaluation de la RB peuvent – doivent-être améliorés.

24 - Un overlap syndrome qui résiste ?

Armand Garioud¹, Ratmony Heng¹, Honoré Zougmore¹, Mourad Medmoun¹, Philippe Pulvermacher¹, Allaoua Smaïl², Alain Cazier³, Jean-François Cadranel¹. 1. Service d'hépatogastroentérologie d'Alcoologie et nutrition – GHPSO – Creil (60) 2. Service de chirurgie digestive – GHPSO – Creil (60) 3. Service d'anatomopathologie – GHPSO – Creil (60)



Mme B, 47 ans, est adressée par son médecin traitant à la consultation d'hépatologie en janvier 2017 pour l'exploration d'une cholestase biologique évoluant depuis 2015. Dans ses antécédents, on notait une chirurgie du genou et un syndrome anxio-dépressif. Son traitement habituel comprenait Seroplex, Ixel, Seresta, Stilnox et Gaviscon. Elle a récemment arrêté toute consommation d'alcool qui était jusqu'alors occasionnelle.

Cliniquement, elle pesait 75kgs pour 1,78m (BMI=24 kg/m²) et les signes associés étaient une asthénie ainsi qu'une sécheresse buccale.

Le bilan initial était le suivant : AST 152 (<32) – ALT 108 (<31) – GGT 415 (<40) – PAL 489 (<105). La bilirubinémie était normale. Il n'existait pas d'insuffisance hépatocellulaire avec un TP à 100% et une albuminémie normale. La créatininémie était à $62 \mu\text{mol/l}$, l'HbA1c à 4,8% et le bilan thyroïdien normal. Les sérologies EBV/CMV, VHA, VHB, VHC étaient négatives. Il existait une hyper gammaglobulinémie à $34,57 \text{ g/l}$ (<12,6) avec IgG: 31 (<16) – IgM: 12,3 (<2,3) – IgA: N. Les AAN étaient positifs au 1/160ème de type moucheté. Les anticorps anti-tissus positifs étaient les anti-mitochondries (> 1280) ainsi que les anti-Ro/SSA à 152 et les anti-La/SSB à 10,91. Les autres auto-anticorps anti LKM1, AML, LC1, Scl 70, Jo1, ANCA étaient négatifs. La TDM abdominale faite en ville montrait un foie homogène aux contours réguliers sans dilatation

des voies biliaires intra et/ou extra-hépatiques avec une rate de taille normale.

L'élastométrie hépatique était à 56,1kPa (IQR 17,7 – 10/10) et la FOGD ne mettait pas évidence de varice œsophagienne. Une biopsie hépatique est réalisée en mars 2017. Elle objectivait un foie d'architecture respectée avec toutefois une fibrose portale parfois extensive mais non septale. Les travées hépatocytaires étaient régulières avec un infiltrat inflammatoire portal modéré essentiellement lymphoplasmocytaire. Il existait des signes de nécrose parcellaire avec quelques polynucléaires neutrophiles au sein des canaux biliaires. Il y a également été mis en évidence une zone granulomateuse intra-portale épithélioïde non nécrosante. Il n'existait ni stéatose ni surcharge ferrique ou biliaire. Le diagnostic de syndrome de chevauchement 'hépatite auto-immune/cholangite biliaire primitive' est alors retenu et un traitement associant Cortancyl 60mg/j, AUDC 1000mg/j et Imurel 100mg/j est débuté en avril 2017. En juillet 2017, elle est hospitalisée en diabétologie pour un syndrome polyuro-polydyspique révélant un authentique diabète 'de type 1' mis sous insuline. La décroissance corticoïde est ensuite débutée (Figure 1) et en janvier 2018 devant une cytolyse hépatique persistante (AST 97(<32), ALT 76 (<31)), l'Imurel est potentialisé à 150mg/j (2mg/kg/j). En avril 2018, le bilan hépatique est le suivant : AST 65 (<32), ALT 45 (<31), GGT 326 (<40), PAL 183 (<105), bilirubinémie N.

La situation semble insuffisamment contrôlée... Que se passe-t-il ? S'agit-il d'une non-réponse de l'hépatite auto-immune et/ou de la cholangite biliaire primitive ? Que faites-vous ? Notamment, pour avancer, pensez-vous qu'une nouvelle biopsie hépatique soit justifiée ?

Les réponses et la suite de l'évolution vous seront données lors du congrès.

25 - NASH et chirurgie esthétique : de vrais bons amis ?

Lemoine Elwine (1), Trompette Marie (1), Macaigne Gilles (1) (1) : Service de Gastro-Entérologie GHEF. CH de Marne la vallée

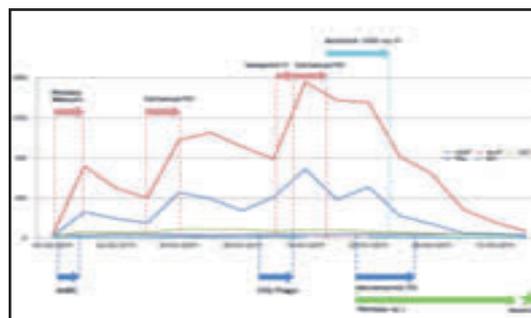
Nous vous présentons le cas d'une femme suivie pour NASH confirmée histologiquement avec cytolysé hépatique chronique (transaminases > 3N) évoluant depuis quelques années. Les différentes tentatives thérapeutiques tentées jusqu'alors se sont avérées inefficaces (AUDC, prise en charge diététique pour perte de poids, activité physique régulière). Lors de sa dernière consultation, la patiente se présente avec un air coupable : « Docteur, vous n'allez pas être content... ». L'ensemble du bilan biologique hépatique est strictement normal.

26 - Cytolyse au cours d'une maladie de Crohn

Elvire Desjonquères, Anne-Laure Desgabriel, Julie Assaraf, Lisa Lelouch, Shuaib Alqallaf, Mathias Vidon, Laurent Costes, Hervé Hagège, Isabelle Rosa

Mme C, âgée de 26 ans est hospitalisée pour une poussée de maladie de crohn iléo-colique. Elle était suivie pour une maladie de Crohn iléocolique et périnéale, diagnostiquée en février 2015 et traitée par PENTASA jusqu'en septembre 2016. Devant l'atteinte caecale, on décide d'introduire un traitement par PENTASA et MIKICORT. A J15 du traitement, apparition d'une cytolysé hépatique isolée (ASAT 297 UI/L, ALAT à 809 UI/L) conduisant à la suspension du pentasa et Mikicort, et amélioration en quelques jours du bilan hépatique (ASAT à 222 UI/L, ALAT à 565 UI/L). Une dégradation de l'état digestif conduisait 7 jours après à l'introduction de cortancyl per os, suivie d'une réascension des transaminases (ASAT 514 UI/L, ALAT 1099 UI/L).

La suspension de la corticothérapie permettait une



diminution des transaminases. Malheureusement la patiente présentait de nouveau une poussée sévère 6 jours après l'interruption des corticoïdes pour laquelle il est débuté une corticothérapie intraveineuse (40 mg/j), relayée per os à 72h. Une dégradation rapide du bilan hépatique avec ASAT 978 UI/L, ALAT 2095 UI/L survenait dès J2 et cette fois persistait malgré le nouvel arrêt des corticoïdes. Après introduction d'Aciclovir IV dans l'hypothèse d'une cause virale non documentée démasquée par la corticothérapie, on constatait une diminution drastique des transaminases et la normalisation du bilan hépatique. Un bilan de cytolysé exhaustif comprenant une PBH ne montrait aucun argument étiologique. Une recherche de métagénomique sur sang et biopsie hépatique n'a pas permis de mettre en évidence de génome fongique, bactérien et viral détectés. Il est finalement introduit un traitement immunosuppresseur de fond par Humira sans nouvel épisode de cytolysé au décours et la patiente est asymptomatique sur le plan digestif. Quelles sont vos hypothèses ?

27 - Evaluation du taux d'optimisation du traitement par Ustekinumab chez des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans deux centres hospitaliers généraux de l'Association nationale des hépatogastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH).

Mathias VIDON (Créteil), Serge BELLON (CH Avignon), Weam EL HAJJ (GHI Montfermeil)

Introduction : L'ustekinumab est un inhibiteur des interleukines IL12/23 qui a fait la preuve de son efficacité dans la MC, dans des essais randomisés versus placebo avec des effectifs de grande ampleur, chez des patients en échec des anti-TNF, et chez des patients naïfs, avec maintien de l'efficacité dans le temps (1).

Ce traitement n'a pas l'AMM dans la Rectocolite Hémorragique (RCH) mais a montré son efficacité sur le taux de rémission à la semaine 44 dans un essai randomisé versus placebo (2).

En cas de réponse insuffisante ou d'inefficacité du traitement, l'attitude actuelle est de rapprocher le délai entre 2 injections sous cutanées à 4 semaines, au lieu du délai habituel (8 ou 12 semaines), avec des premières données positives avec 57% de réponse clinique à l'optimisation (3).

Le but de cet étude est d'évaluer le nombre de patients ayant nécessité une optimisation (rapprochement des injections) du traitement par Ustekinumab dans trois centres hospitaliers généraux de l'ANGH.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective, observationnelle, incluant tous les patients adultes des services de gastro-entérologie du CHI Créteil, du CHI Le Raincy Montfermeil et du CH d'Avignon Henri Duffaut ayant bénéficié d'au moins une injection d'Ustekinumab entre Novembre 2016 et Janvier 2019 pour une MICI.

L'objectif primaire de l'étude est de déterminer le pourcentage de patients avec recours à une optimisation du traitement par Ustekinumab.

Les objectifs secondaires sont de décrire les modalités de traitements (IV ou SC, dosage de l'induction), de déterminer le délai médian avant la nécessité d'optimiser le traitement, d'évaluer le taux d'arrêt de traitement et le taux de réponse à l'optimisation du traitement et de décrire les effets secondaires.

Résultats :

Nous avons inclus 21 patients, avec un âge médian de 42 ans [21-75], une durée médiane de d'évolution de la MICI de 10 ans [1-27], avec une grande majorité de MC (90%).

On notait la présence de manifestations extra-digestives dans 48% des cas (10/21), une atteinte périnéale dans 33% des cas (7/21) et un antécédent de chirurgie de résection intestinale dans 48 % des cas (10/21). Un tabagisme actif était retrouvé chez 19% des patients (4/21). Le score Harvey Bradshaw médian avant le début du traitement était de 7 [2 ; 14].

6 patients (29%) étaient sous corticothérapie systémique au moment de l'induction, 1 patient (5%) sous Methotrexate, et 3 patients (14%) sous Azathioprine.

100% des patients ont eu au moins un traitement par anti-TNF-alpha antérieur et 33% (7/21) ont reçu un traitement antérieur par Entyvio.

L'Ustekinumab a été débuté en intraveineux lors de la première injection chez 95 % des patients (20/21). La dose médiane de l'induction intra-veineuse est de 390 mg [260;520].

Le délai avant la dose d'entretien était de 8 semaines pour 95% des patients (20/21).

Les patients ont nécessité une optimisation du traitement par Ustekinumab, avec rapprochement des injections à toutes les 4 semaines dans 67% des cas (14/21) avec une réponse clinique à l'optimisation de 29% (4/14). Le délai médian avant l'optimisation du traitement est de 5,5 mois [2;14].

Le traitement a été arrêté chez 43% des patients (9/21).

Des effets secondaires étaient observés chez 4 patients (19%) : allergie, alopecie, douleurs articulaires, fistule anastomotique avec abcès.

Discussion :

Cette étude retrospective a montré un taux d'optimisation du traitement par Ustekinumab à toutes les 4 semaines de 67% avec un taux d'efficacité clinique de l'optimisation de 29 %.

Le taux d'optimisation est concordant avec les principales études randomisées, quand on considère que le taux de réponse clinique à la semaine 6 dans UNITI-1 est de 34% chez les patients en échec d'anti-TNF, et de 41% à la semaine 44.

Cependant le taux d'efficacité de l'optimisation à toutes les 4 semaines a été évalué récemment à ECCO 2019 comme efficace dans 57% des cas chez 76 patients (3).

Notre résultat de 29% de réponse à l'optimisation peut être lié au faible effectif de l'étude avec uniquement 14 patients ayant bénéficié d'une optimisation du traitement.

Références:

UNITI 1&2 : Feagan BG et al. N Engl J Med 2016; 375:1946-60.

Efficacy and safety of ustekinumab as maintenance therapy in ulcerative colitis: Week 44 results from UNIFI, W.J. Sandborn et al. ECCO 2019 (communication orale)

Effectiveness and safety of ustekinumab 90 mg every 4 weeks in Crohn's disease, M. Fumery et al. ECCO 2019 (communication orale)

28 - Impact d'une validation anticipée sur le temps de passage en hospitalisation de jour pour une perfusion d'une biothérapie chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Flore De Castelbajac, Weam EL Hajj, Clémence Horaist, Yael Abitbol, Sarah Taieb, Francis Fauvelle, Laurence Bisseux, Isabelle Lutgen, Stéphane Nahon

Introduction L'optimisation du temps de passage en hospitalisation de jour (HDJ) pour la perfusion

d'une biothérapie permet de réduire la durée d'hospitalisation mais aussi le coût de la prise en charge. Un premier travail nous avait permis de réduire significativement le temps d'hospitalisation. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact d'une validation anticipée (VA) la veille de la perfusion sur la durée d'hospitalisation.

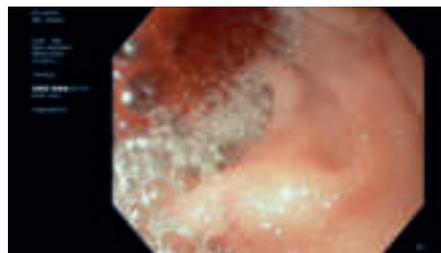
Méthodologie Depuis 2016, nous avons mis en place un programme d'évaluation des pratiques professionnelles dont le but est d'analyser les différentes étapes du parcours du patient en HDJ pour une biothérapie IV : admission à l'hôpital, accueil du patient (installation du patient – relevé des constantes), validation du traitement par le médecin, pré-médication éventuelle, mise en place de la perfusion et surveillance en enfin la sortie administrative. Depuis Janvier 2019, nous effectuons une VA par les infirmières d'éducation thérapeutique qui consiste à téléphoner au patient la veille de la perfusion (horaire préalablement défini lors de la dernière perfusion). Cinq questions sont posées (Fièvre > 37.5°C, douleurs abdominales intenses ou inhabituelles, nombre de selles > 5 ou inhabituelles, prise d'antibiotiques, infection récente) si les voyants « sont au vert » et en l'absence d'anomalie biologique, la prescription est validée par le médecin. Ainsi, la biothérapie peut être préparée par la pharmacie dès l'arrivée « informatique » du patient le jour J. Le médecin passe quant à lui dans la matinée pour voir le patient sans contrainte horaire. Nous avons effectué deux types d'analyses : une comparaison entre la période Avril 2019-Mai 2019 et 2017 concernant le temps global passé à l'hôpital mais aussi déterminé s'il existait des facteurs prédictifs d'un temps d'hospitalisation réduit en fonction de l'heure d'arrivée, de la validation ou non la veille, du type de perfusion.

Résultats Sur une période de 3 mois (Avril à juin 2019), nous avons étudié les données de x patients (x maladie de Crohn et Y RCH) hospitalisés pour une perfusion d'infliximab (n=) ou de vedolizumab (n=). Parmi ces malades y (%) n'ont pas été validés la veille pour les raisons suivantes : impossibilité de joindre le patient (n=), contre-indication jugée par le médecin (n=). Le temps global pour une perfusion était de xx, il était de xx min en l'absence de VA et de xx min si VA. Les facteurs associés à un temps réduit d'hospitalisation était En fonction de l'heure d'arrivée Les données complètes seront disponibles pour le congrès d'Ajaccio Conclusion Ce travail montre qu'une validation anticipée infirmière-médecin permet une réduction significative de la durée d'une HDJ et permet aux patients s'ils le souhaitent de manger à leur domicile.

29 - Hémorragie digestive de traitement difficile.

Pierre Claudé, Jérôme Blaumeiser, Marc Barthet (Mulhouse)

Admission en HGE le 8/5/19 d'une patiente diabétique hypertendue âgée de 63 ans pour



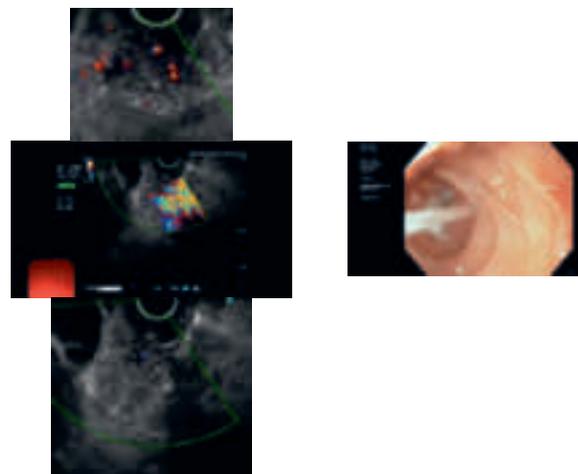
malaise dans un contexte de maelena ayant débuté le 6/5/19.

Mauvaise tolérance clinique, transfusions itératives à l'endoscopie réalisée le 8/5/19, saignement continu par la papille duodénale, par ailleurs non tumorale au scanner du 8/5/19, tumeur céphalique du pancréas, pas de flaque vasculaire au niveau pancréatique, thrombose VMS

Patiente instable, transfert en réanimation le soir du 8/5/19

artériographie interventionnelle le 9/5/19: pas de geste réalisable

chirurgie en urgence discutée, mais refusée, en raison entre autres d'une souffrance dans le territoire mésentérique supérieur, de signes de CIVD



18 culots globulaires seront transfusés. abord échodoppler dans l'après-midi du 9/5/19: repérage de l'artère principale de la tumeur et injection de glubran à l'aide d'une aiguille 19G, sur les conseils de Marc Barthet Interruption très rapide du signal doppler en per-procédure.

Pas de récurrence du saignement, Hb à 11,4 g/dl le 10/5/19

La technique d'hémostase d'origine tumorale a été décrite par l'équipe de Marc Barthet.

Elle peut être mise en oeuvre dans les centres secondaires dans les situations d'impasse thérapeutique.



Les échos du conseil scientifique

S Nahon (Montfermeil)

Le conseil scientifique s'est réuni en Mai 2019 afin notamment de préparer le Congrès d'Ajaccio. Nous espérons que le programme que nous vous avons concocté, grâce à vos soumissions, sera la hauteur de vos attentes. Ce congrès va notamment nous permettre de vous présenter les résultats définitifs de **sANGHria** et des études ancillaires.

Nous avons également fait le point sur les différents protocoles en cours et à venir. La liste exhaustive des protocoles en cours et à venir est jointe à ce numéro. Beaucoup d'entre vous ont répondu à la faisabilité d'une étude sur la prise en charge de la pancréatite aiguë biliaire qui devrait nous permettre de mettre en place une étude sur l'alimentation chez les patients ayant une PAB bénigne ou non.

Les Etudes

● Etudes en cours

Tube digestif

ICARE

(étude européenne, Laurent Beaugier/Laurent Peyrin-Biroulet, Relais S. Nahon)
Suivi en cours

Hépto Pancreas

PIBAC

(X. Causse): Etude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (Ag HBs) ANGH-CREGG

Contact: xavier.causse@chr-orleans.fr
Inclusions terminées, suivi en cours

PAB Pancréatite aiguë biliaire.

étude de pratique sur la ré-alimentation avant chirurgie (voir ci-dessous)

COLPAC-RADICO

Observatoire national sur le LPAC syndrome coordonné par Christophe Corpechot (Saint Antoine)

● Etudes à venir

Tube digestif

ACTIVITE PHYSIQUE ET MICI

Etude sur la pratique d'une activité physique au cours des MICI

C Horaist, S Nahon

Hépto Pancreas

OBSERVATOIRE SUR LA NASH

(Voir ci-dessous)
Enquête sur deux semaines
C Renou, A Garioud

VACCIR-ANGH

Enquête de pratique sur la vaccination des patients cirrhotiques
A Baron

CPRE ANGH

Observatoire sur la CPRE en CHG: indications, complications, etc ..
RLV / FM

DÉPISTAGE DU CHC AU COURS DU VHB

Enquête de pratique sur le dépistage de CHC au cours de l'hépatite B
S Barge

FIBROSCAN EN CHG

Enquête de pratique sur l'utilisation du Fibroscan en CHG
D Zanditenas

TIPS EN CHG

Accessibilité

● Etudes terminées

SANGHRIA

Publication en cours
V Quentin

VHE-MICI

Publication en cours
C Renou

KIDEPYST

Publication en cours
I Rosa

TEAM-P

observatoire des TIPMP (ANGH relais : A Pelaquier, RL Vitte)

Inclusions terminées, publication en cours

DESCRIPT 2

Publication en cours
A Pariente

OBADE

Publication en cours
C Barrault

APACH

Publication en cours
R Faroux



Etudes ANGH : NASH en CHG

C. Renou et A. Garioud pour le Conseil Scientifique de l'ANGH.

Nouveau

La stéato-hépatite dysmétabolique (NASH) est encore considérée, à tort, par beaucoup de praticiens comme une maladie hépatique uniquement émergente en France et en Europe.

C'est sans compter qu'en France, la cohorte 'Constances' a confirmé la fréquence élevée de cette pathologie avec une stéatose présente chez 18,2% de la population dont 2,6% ont une fibrose sévère.

En 2016, la publication des Guidelines « NASH » de l'European Association for the Study of the Liver (EASL) a permis une sensibilisation des praticiens vis-à-vis de cette pathologie, via une synthèse exhaustive des connaissances. Elle a aussi orienté la pratique médicale quotidienne. Cependant, les modalités de prise en charge semblent très hétérogènes sur le plan diagnostique, pronostique et thérapeutique, alors qu'aucun traitement n'est actuellement approuvé en France par les Agences du médicament dans cette indication.

Il n'existe actuellement aucune donnée sur la prise en charge des malades atteints de NASH dans les centres hospitaliers non tertiaires français.

Après le succès de l'enquête 'KidépiST', l'ANGH reprend les devants et lance une nouvelle Enquête nationale sur cette thématique forte et d'actualité !

Le but de cette Enquête est de recenser les pratiques des hépato-gastroentérologues des hôpitaux généraux de l'ANGH dans la prise en charge de leurs patients adressés et suivis pour une NASH (éléments diagnostiques et pronostiques, traitement, surveillance).

Cette **Enquête débutera le lundi 26 août 2019**, s'effectuera **en ligne** et durera **1 mois** jusqu'au Congrès de l'ANGH qui aura lieu à Ajaccio. Un mail sera envoyé à l'ensemble des membres de l'ANGH avec le lien permettant de remplir un questionnaire '**Framaforms**' (questionnaire individuel en ligne) personnalisé.

Vous pourrez encore répondre à cette Enquête lors du Congrès de l'ANGH d'Ajaccio où seront présentés les premiers résultats mais n'attendez pas le dernier moment pour participer ! Aussi, les résultats finaux de l'Enquête seront soumis à congrès aux JFHOD et à l'EASL 2020.

Nous comptons sur vous tous ! N'hésitez pas à DIFFUSER et PARTAGER cette information autour de vous ! Plus il y aura de réponses, plus les messages seront forts !

Formulaire framaforms

<https://framaforms.org/enquete-de-pratique-nash-1560373247>

HAPPY BIRTHDAY MISTER PENTASA®*



PENTASA®
MESALAZINE

POUR FÊTER NOS 30 ANS NOUS AVONS DÉCIDÉ D'Y METTRE LES FORMES

Rectocolite Hémorragique et Maladie de Crohn légères à modérées.

Formes orales : **PENTASA® 1 et 2 g, granulés en sachet-dose ; PENTASA® 500 mg et 1 g, comprimé.** Rectocolite hémorragique : traitement d'attaque des poussées légères à modérées et traitement d'entretien. Maladie de Crohn : traitement d'attaque des poussées légères à modérées et prévention des poussées aiguës pour les formes fréquemment récidivantes⁽¹⁾.

Rectocolite Hémorragique légère à modérée.

Formes locales : **PENTASA® 1 g suppositoire** - Localisations rectales ou rectosigmoïdiennes basses (jusqu'à 20 cm de la marge anale) des poussées légères ou modérées de rectocolite hémorragique. **PENTASA® 1 g/100 mL suspension rectale** - En monothérapie : les formes basses (ne dépassant pas l'angle colique gauche) de rectocolite hémorragique en poussée légère ou modérée. - En association aux autres traitements de la rectocolite hémorragique (salazosulfapyridine orale, corticoïdes oraux ou locaux) : les formes récidivantes ou résistantes à ces traitements⁽²⁾.

Stratégie thérapeutique dans la RCH⁽³⁾ : La prise en charge thérapeutique de la rectocolite hémorragique est progressive, définie comme ascendante et repose sur différentes lignes de traitements avec l'association des traitements conventionnels topiques ou oraux que sont les 5-aminosalicylés, les corticoïdes et les immunosuppresseurs. Après échec ou intolérance à ces traitements conventionnels, les anti-TNF représentent une alternative thérapeutique médicamenteuse. Le traitement des poussées non sévères à localisation distale de RCH repose sur l'utilisation des dérivés aminosalicylés (5-ASA) par voie orale, associée en cas d'atteinte recto-sigmoïdienne ou colique gauche aux dérivés aminosalicylés (5-ASA et 4-ASA) par voie rectale.

Stratégie thérapeutique dans la maladie de Crohn⁽³⁾ : La mésalazine a une faible efficacité au cours de la maladie de Crohn. Néanmoins étant donné son profil de tolérance plus favorable que celui des corticoïdes et des immunosuppresseurs, son utilisation peut être proposée dans les poussées légères coliques de la maladie et dans le traitement d'entretien après rémission induite par chirurgie.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les mentions légales de Pentasa® disponibles sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

* Bon anniversaire Monsieur PENTASA®

(1) RCP PENTASA® formes orales. Répertoire des spécialités pharmaceutiques sur le site de l'ANSM www.ansm.sante.fr

(2) RCP PENTASA® formes locales. Répertoire des spécialités pharmaceutiques sur le site de l'ANSM www.ansm.sante.fr

(3) Avis de la Commission de transparence PENTASA®. Janvier 2016.



« Merci à tous les médecins et attachés de recherche clinique qui ont participé à l'étude Sanghria »

Auvergne-Rhône-Alpes

Bourg en Bresse cedex

CH Bourg en Bresse
Médecins
MEURISSE Jean-Jacques

Annecy

CH Annecy Genevois
Urc Isabelle COMBES
Médecins
BACONNIER Mathieu
HELUWAERT Frédéric
MAILLARD Emmanuel

Montelimar

Groupement Hospitalier Portes de Provence
Médecins
BARJONET Jean
PELAQUIER Agnès

Voiron

CH Voiron
Médecins
BOREL Isabelle

Bourgogne-Franche-Comté

Mâcon

CH Mâcon
Urc Christel FOURNIER
Médecins
BELLECOSTE Marie
BERGER Chantal
KAYAL Fanny

Nevers

CH Nevers
URC Stéphanie PERNES
Médecin
BERETE Aliou

Bretagne

Lorient

CH Bretagne Sud - Lorient
Médecins
EHRHARD Florent

Pontivy

CH Centre Bretagne Pontivy
Médecins
HERESBACH Denis
SEYRIG Jacques-Arnaud
VICKOLA Joseph

Quimper

CH Cornouaille - Quimper
Urc Pascaline RAMEAU
Médecins
PENNEC Olivier
ABRANTES Amandine
AGNELLO Christophe
BIDEAU Karine
KERNEIS Jean
LEMEE Delphine
PINARD Fabien

Saint-Malo

CH Saint Malo
Médecins
CUEN David
DESGRIPPES Romain

St-Brieuc

CH Saint Brieuc
Urc Marie-Cécile HERVE Catherine BELLOT
Bénédicte HUE Maëlle VOMSCHEID Florence SUR
Médecins
AZIZ Karim
BOUTROUX Dominique D
ELOBEL Jean-Bernard
DOBRIN Anca-Stela
LEGRUYER Antonia
QUENTIN Vincent
SALVATI Thierry
ZAVADIL Patrick

Vannes

CH Bretagne Atlantique - Vannes
Urc Antoine MERLET Sébastien BIGOT
Médecins
BILLET Gaëlle
FICHET Aurélie
GRASSET Denis
MARCEL Kévin
RABILLOUD Marie-Laure

Centre-Val de Loire

Dreux

CH Dreux - Hôpital Victor Jousselin
Urc Mme Anne HERON Odile MAILLET
Médecins
HAQUE Jessica
CUILLERIER Emmanuel

Orléans

CHR Orléans
Urc Barbara de Dieuleveult Heloise Goin
Médecins
BESNARD Raphaël
CAUSSE Xavier
DAUVOIS Barbara
FORT Eric
HERRMANN Sofia
LABARRIERE Damien
LAGASSE Jean-Paul
LEFROU Laurent
TCHOUNDJEU Belinda

Grand Est

Haguenau

CH Haguenau
Médecins
ARONDEL Yves

Hauts-de-France

Bethune

CH Bethune
Urc Mélanie Verlay Médecins
CATALA Pascale
FLAMME Camille
LETOUX Anne-Laure
LUBRET Henri
VANDAMME Hélène

Creil

Ch ghpso creil
Médecins
GARIOUD Armand

Dunkerque

CH Dunkerque
Urc Valentin VERGRIETE Médecins
DELHOUSTAL Laurence
FLAHAULT Mathilde
PAUPARD Thierry
QUARTIER Gilles
SENOUCI Leila
VERLYNDE Juliette
ZAHARIA Oana

Lens

CH Lens
Dr Schaffner Urc Mélanie VERLAY
Médecins
BELLATI Sara
GUERBAU Loic

NOBECOURT Amélie
TOUZE Ivan

Tourcoing

CH Tourcoing
Médecins
TALBODEC Nathalie

Valenciennes

CH Valenciennes
Urc Stéphanie Vermoesen CHIREZ Céline
`Médecins
BELOUCHARANI Yasmina
BORUCHOWICZ Arnaud
BOUALIT Madina
COLIN Marie
LEBLANC-BOUBCHIR Rachida
VANVEUREN Charlotte
WARTEL Faustine

Île-de-France

Aulnay-sous-Bois

CHI Robert Ballanger
Médecins
COELHO Jessica

Bry Sur Marne

Hôpital St Camille
Médecins
BARGE Sandrine
BESNARD Marine
BLAZQUEZ Martine
GAZON Florine
ZANDITENAS David

Corbeil-Essonnes

CH Sud Francilien - Corbeil
Médecins
BARON Aurore
DE SINGLY Blandine
ELRIZ Khaldoun
LAMBARÉ Bénédict

Créteil

CHI Creteil
Médecins
BARRAULT Camille
COSTES Laurent
ROSA Isabelle

Etampes

CH Sud Essonne
Médecins
MOUSSAOUI Mohammed Redha

Gonesse

CH Gonesse
Médecins
PAUWELS Arnaud

Jossigny

CH Marne La Vallée
Urc Abaza Nedhif, Marjory FLEURY
Médecins
HARNOIS Florence
LE GUILLOUX Laura
MACAIGNE Gilles

TROMPETTE Marie

Le Chesnay

CH Versailles

Urc Mélody FORT Médecins

BENGHALIA Kamel

BLONDON Hugues

CHOCHON Michel

COLARDELLE Philippe

ROUSSIN BRETAGNE Sylvie

Meaux

CH Meaux

Urc Marjory FLEURY

Médecins

LOCHER Christophe

PRIETO Marc

THOMAS-MARQUES Laurence

Melun

Hôpital de Melun

Urc Cyrine Chtara

Médecins

CHELLY Jonathan

TSAKIRIS Laurent

Montfermeil

CHI Montfermeil

Médecins

BELHASSAN Mehdi

DAVY Hortense

HORAIST Clémence

JOUANNAUD Vincent N

AHON Stéphane

PETIET Mathilde

Paris 14

Institut Mutualiste de Montsouris

Urc Eva MAYET

Médecins

BLAIN Antoine

CHARPIGNON Claire

CHRISTIDIS Christos

MAL Frédéric

SIMON Marion

Paris 20

Groupe Hospitalier Diaconesse Croix Saint

Simon

Médecins

ESCH Anouk

GRIMBERT Sylvie

POLIN Vanessa

Poissy

CHI Poissy St Germain

Urc Joseph Du Cheyron Médecins

ROMPTEAUX Morgane

VITTE René-Louis

Saint-Denis

CH St Denis

Médecins

SKINAZI Florence

Villeneuve-Saint-Georges

CH Villeneuve - Saint Georges

Médecins

ASSELAH Sihem

DOUMET Sylva

MILADI Sonia

SION Elena

TAAMALLAH Rym

THOMAS Christian

Normandie

Le Havre

CH Havre

Médecins

BRIHIER Hélène

CHEDDANI Halima

FATOME Armelle

MARRE Charline

MAUILLON Jacques

Nouvelle-Aquitaine

Angoulême

CH Angoulême

Médecins

ANDRIEUX Vladimir

DE LUSTRAC Mercedes

DRIGUEZ Emmanuel

DUPUYCHAFFRAY Jean-Pierre

THIEBAULT Quentin

Niort

CH Niort

Médecins

COMBES Rémi

Pau

CH Pau

Urc Dr Stéphane DEBEUGNY ARC Mathieu

FROUVELLE

Médecins

AROTCARENA Ramuntcho

Fouad CHELBABI

Juliette THAURY

Mathilde GAUTIER

Mireille SIMON

Philippe BERTHELEMY

Occitanie

Béziers

Centre Hospitalier de Béziers

Urc Emmanuelle DOS SANTOS Isabelle

HUGOUNET-PULLARA Bérangère JANY

Médecins

RIPAULT Marie-Pierre

Yann Le Bricquir

Narbonne

CH Narbonne

Médecins

BOIVINEAU Lucile

LE GUILLOU Brigitte

MESZAROS Magdalena

Perpignan

CH Perpignan
Urc Fatima Touhami
Médecins
REMY André-Jean

Pays de la Loire

Cholet

CH Cholet
Urc Mme Caroline FRANCOIS Benoit SEMELIN
Médecins
ALABERT Frédérique
ANTIER Julie BAUDON Julien
GEAGEA Edmond
KAASSIS Mehdi
LAM You-Heng
PATEU Etienne

La Roche / Yon

CHD Vendée
Urc Maud ROSSO (ARC) Claire GEYER-CHATELIER
(IRC) Patricia BRETON (IRC); BLOCHARD
Médecins
AMIL Morgane
BAUGUION Lucile
FAROUX Roger
FRON Mathilde
GARCEAU Cécile
KOUDOUGOU Carelle
LAGIN Ludovic
LALY Margot
MACE Vincent
SCHNEE Matthieu

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Arles

CH Arles
Médecins
D'HAUTEFEUILLE Gaëlle

Aubagne

CHG Edmond Garcin- Aubagne
Médecins
BERNARDINI David
BOCCI Massimo
DE MONTIGNY-LENHARDT Stéphanie

Avignon

CH Avignon
Urc Marilyne GRINAND / Marianne MUNOZ
Médecins
ARPURT Jean-Pierre
BELLON Serge
BRAMLI Slim
COULIBALY Baya

Gap

CHICAS
Médecins
BERTOLINO Jean-Guy

DOM

Cayenne

CH Cayenne
Médecins
LOUVEL Dominique THOMAS Claire

Sanghria

**Communication orale aux
JFHOD 2019**

**Communication orale
UEGW 2019**

Résultats de l'enquête ANGH sur les GHT

Hervé Hagège, Jean-Pierre Arpurt, Denis Grasset, Mehdi Kaassis et Bruno Lesgourgues

Les 136 GHT qui comptent chacun entre 2 et 20 établissements ont été mis en place il y a près de 3 ans. Le bilan actuel du fonctionnement des GHT reste mitigé. L'objectif de cette enquête réalisée par l'ANGH est de préciser le point de vue des hépato-gastroentérologues sur le fonctionnement de nos GHT et d'évaluer les perspectives.

70 hépato-gastroentérologues travaillant dans 45 GHT ont participé à cette enquête réalisée par mailing. 80% étaient des hommes et 70% avaient plus de 50 ans. 96% sont des PH temps plein et ont le plus souvent des responsabilités institutionnelles : président de CME 7%, chef de pôle 9% et chef de service ou responsable d'UF 59%. Leur temps de travail hebdomadaire est supérieur ou égal à 10 demi-journées dans 87% des cas. 13% seulement travaillent dans 1 ou 2 établissements sur 1 à 3 demi-journées au maximum. Ils exercent dans des hôpitaux comptant plus de 500 lits MCO dans 62% des cas. Le budget annuel des hôpitaux lorsqu'il était connu (54%) est de plus de 150 millions d'euros par an dans 52% des cas.

Les GHT comportent 2 à 12 établissements avec plus de 6 établissements dans 35% des cas. L'hôpital du gastroentérologue est l'établissement support du GHT dans 67% des cas et la gouvernance médicale du GHT est assurée par un collègue médical plutôt qu'une CME dans 59% des cas. Le GHT comporte un CHU dans 20% des cas. Les établissements du GHT sont éloignés de plus de 50 km dans 53% des cas et de plus d'une heure en voiture dans 42% des cas.

Le fonctionnement des GHT et la collaboration des services reste balbutiante avec l'absence de rencontre des confrères du ou des établissements partenaires dans 17% des cas et aucun staff réalisé en commun dans 56% des cas. La prise de connaissance projet médical partagé n'est effective que dans 59% des cas et la participation à l'élaboration de ce projet médical partagé n'est effective que dans 47% des cas. Pourtant le désir de s'investir dans le fonctionnement du GHT est réel : 76% des médecins. Parmi les difficultés de mise en place du GHT on compte les temps de déplacements trop longs 43%, l'absence de motivation pour travailler sur plusieurs sites 50%, les difficultés liées aux systèmes d'informations différents 48% et la

méfiance mutuelle 46%. On note également : l'appauvrissement des équipes, le manque d'information, le manque de motivation... En revanche, la réticence des patients 15% ne paraît pas être un critère bloquant. Parmi les éléments potentiellement positifs, dans la vraie vie, ils ne sont effectifs que dans 17% des cas pour la réduction des transferts hors GHT, 13% pour la mise en place de gardes ou astreintes communes, 9% pour faciliter l'accès à des consultations spécialisées, 22% pour les consultations avancées, 9% pour le partage de nouvelles technologies, 13% pour la création de postes d'assistants partagés et 17% pour la mise en place de staffs communs. La possibilité d'organiser des programmes communs d'éducation thérapeutique est souhaitée par 89% des médecins. Parmi les constats on note : on a déshabillé Pierre pour habiller Paul, tout reste à faire, aucun changement, aucun point positif... Pourtant, un réel désir de collaboration existe : 95% des médecins sont d'accord pour consacrer 1 à 2 demi-journées dans l'établissement partenaire et la prime territoriale constitue un élément d'attractivité important pour 58% d'entre eux.

Avec les GHT, si la majorité des médecins y voient la possibilité de créer des activités nouvelles dans 55% des cas, des économies pour les établissements ne sont envisagées que dans 46% des cas et une augmentation de l'attractivité des postes que dans 26% des cas. Un risque de fermeture de certaines activités est envisagé dans 60% des cas et le risque d'être obligé de travailler dans plusieurs établissements est redouté dans 76% des cas. Le risque de prédominance de l'établissement support est craint dans 46% des cas, mais que dans 16% des cas pour le CHU. En ce qui concerne le partenariat avec le CHU, il est souhaité de travailler sur la gradation des soins : 78%, sur le recrutement d'assistants partagés : 61% afin de faciliter les recrutements médicaux : 63%. Dans la convention entre le GHT et le CHU, il est souhaité la préservation des postes d'internes : 74% et l'organisation du parcours des internes en CH : 57%. Parmi les remarques, on note : risque d'appauvrissement ou de fermeture des petites structures, risque de regroupement avec des structures privées, risque de plus d'administration et moins d'efficacité, mise en place de moyens suffisants sur le système d'information, nécessité d'une direction commune, organisation commune du recrutement médical, amélioration des filières, création d'une fédération médicale inter-hospitalière, respect du fonctionnement des hôpitaux du territoire, fusion d'équipes envisagée, avenir sombre et impossibilité de participer au GHT avec le départ de PH, constat d'échec du GHT actuel avec une demande retrait au profit d'un autre GHT, des réunions qui se succèdent sans vrai résultat, un CHU dans un GHT est une chance potentielle, pas de « CHUcentrisme », etc...

Le rôle des CH dans l'enseignement n'est pas assez reconnu. Il est pourtant bien réel pour 44% des médecins : externes 54% et internes 96% avec un souhait de reconnaissance effective pour 79% des médecins. Le rôle des CH dans la recherche est important avec une participation à des essais cliniques dans 93% des cas au cours des 5 dernières années, dont 39% en 2018.

Cette enquête qui concerne près du tiers des GHT permet d'avoir une idée de leur fonctionnement réel. Si un désir réel de participation au GHT est constaté chez 76% des gastroentérologues, de réelles difficultés de

fonctionnement sont mises en avant. Parmi les freins, on note les problèmes de démographie médicale, la crainte de fermeture, l'éloignement géographique, l'absence d'information. Un partenariat efficace avec le CHU sans « CHUcentrisme », constitue un élément majeur pour améliorer l'attractivité et les recrutements médicaux dans les CH. Il apparaît nécessaire d'obtenir une reconnaissance de leur rôle dans l'enseignement et la recherche.

Nouveau logo

B Lesgourgues

Les logos évoluent avec les tendances graphiques. La rénovation du site internet a entraîné une modernisation de l'image en gardant l'état d'esprit.

2000



2006



2019





Site internet : <https://angh.net> une nouvelle mouture !

Bruno Lesgourgues Armand Garrioud

Le monde de l'internet est en ébullition permanente. Il faut suivre !

L'ANGH a commencé avec des pages personnelles en février 1999 puis avons acquis le nom de domaine angh.org en 2001 pour la grande rénovation éditoriale avec Bruno Bour. Puis ce fut le passage par la société NetPilote de 2008 à 2018. Techniquement nous avons changé quatre fois d'hébergeur. A partir de 2019 **le nom de domaine change pour angh.net** plus en harmonie avec notre activité. L'outil utilisé pour gérer le site, Wordpress, est l'outil standard le plus répandu.

Nous avons « toilé » les pages, supprimé les liens « morts » et les pages obsolètes. Le site essaye de refléter « notre métier » d'association de recherche clinique et de défense professionnelle de l'exercice de l'Hépatogastroentérologie en Hôpital général.

Il est organisé en quatre entités :

- ☑ la partie publique dédiée à la présentation de l'association des travaux et des nouvelles



- ☑ une seconde partie d'archives de communication au congrès



- ☑ une troisième partie dite adhérent : son activation est retardée en raison de problèmes de secrétariat



- ☑ une quatrième partie réservée à la gestion des congrès



Communication par email avec l'ANGH

C'est pour nous un vrai casse-tête en raison de la sécurité informatique des pare-feux des Hôpitaux et de l'hétérogénéité des logiciels de courriers avec leur gestion de Spam et d'indésirables.

Si vous le souhaitez, nous pouvons mettre une adresse email personnelle dans la liste de mailing.

Recherche des abstracts

Le champ de recherche dans la partie des communications permet de chercher un mot clef associé par exemple à une année ou un auteur exemple « Rosa 2019 » : en haut récapitulatif des



critères et mise en gras des critères dans le texte.



3ème réunion régionale ANGH bretonne

Denis Grasset (Vannes) et Vincent Quentin (Saint brieuc)

L'ANGH , c'est aussi l'occasion de souder les liens déjà très forts entre les différents CH de la région Pour la 3ème année consécutive , nous nous retrouvons une vingtaine d'HGE des CHG bretons au centre de notre pays : LOUDEAC !

Le "séminaire" commence à 18h30 le vendredi soir et termine le samedi à 11h30 (pour retrouver notre famille le reste du week end) , dans un lieu convivial , accessible pour tous à moins de 1h30 , durant l'automne.

Les thèmes abordés sont scientifiques et professionnels et les échanges sont riches et constants , ainsi que les partages d'expérience . Les bannières de Quimper, Lorient, Vannes, Ploermel, Pontivy, Saint Malo, Saint Brieuc, Guingamp, Morlaix ...sont présentes . Il y a un traducteur pour la langue bretonne , la langue gallo et le français!

Après le dîner dans l'hôtel, nous retrouvons traditionnellement maintenant dans un petit pub irlandais que nous égayons...

Voici pour exemple notre prochain programme :

Vendredi 29 novembre 2019

- 18h30 : Accueil

1ère session

- 19h - 19h30 : Optimisation du temps médical - La quête du Graal (1ère partie) : Consultations filiarisées après passage au SAU, qui y arrive ? Comment ? Sur quel thème (anémie microcytaire, proctologie, BH perturbé ...) ? Le téléphone d'avis : une activité à temps plein, comment la valoriser ? Tour de table – Débat.

-19h30 -20h30 : Les urgences proctologiques en CHG. Pr Laurent SIPROUDHIS (CHU Rennes).

Samedi 30 novembre 2019

2ème session

- 8h30-9h00 : Breizh-Quizz d'endoscopie. Dr Kevin MARCEL (CHBA, Vannes).

- 9h-9h45 : TIPS : indication et organisation pratique. Dr Christophe Bureau (CHU Toulouse).

- 9h45-10h : Discussion.

10h-10h15 : Pause.

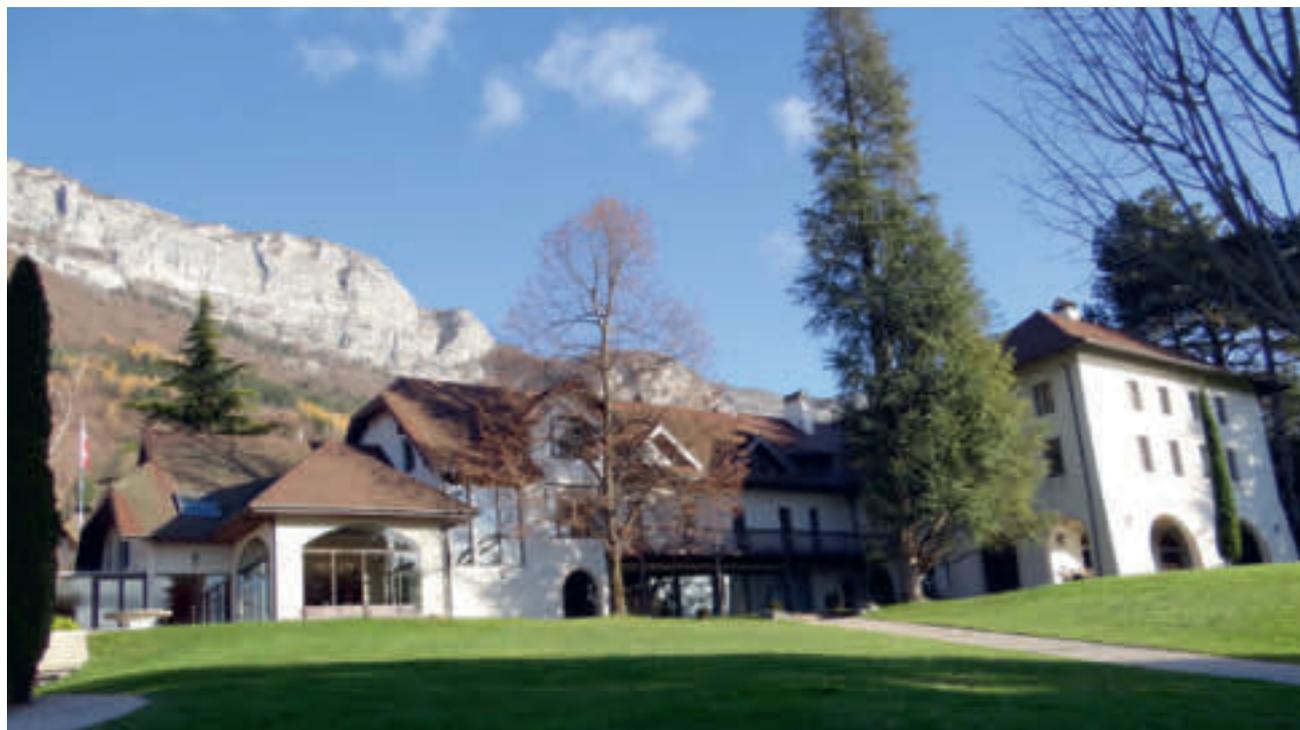
- 10h15-11h15 : Optimisation du temps médical - La quête du Graal (2ème partie) : médecin généraliste de visite ? Comment assurer nos astreintes : changement jour par jour ou regroupement semaine/VSD ? Seniorisation des visites et CV ? Tour de table – Débat.

- 11h15-11h30 : Actualités ANGH. Dr Isabelle Rosa (CH Créteil)

- 11h30 : Adieux émus

Congrès 2020 Annecy à la Fondation Mérieux « Les pensières »

Retenez les dates 11 et 12 septembre 2020



Le régional de l'étape sera le notre ami Frédéric Heluwaert

Découvrez le lieu sur le site <https://www.lespensieres.org/en/>





Cotisation

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

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

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

<https://angh.net/adhesion/cotisation/>

PayPlug



Transactions sécurisées en https selon le protocole SSL

Je règle la cotisation par carte bancaire

ANGH

Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux généraux

- Participer aux études, c'est améliorer la connaissance en améliorant nos pratiques -



Armand Carouët
Nouvelles

ÇA Y EST, L'ENQUÊTE « NASH en CHG » EST ARRIVÉE !

L'ENQUÊTE « NASH en CHG » COMMENCE AUCOURD'HEURE !!!
ÇA Y EST, C'EST À VOUS DE PARTICIPER !!!

L'Enquête nationale « NASH en CHG » lancée par l'ANGH sur cette thématique forte et d'actualité commence aujourd'hui pour une durée d'un mois !

Le but de cette enquête est de recenser les pratiques des hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux de l'ANGH dans la prise en charge de leurs patients adressés et suivis pour une NASH (Aliments diagnostiques, traitement, surveillance).

POUR PARTICIPER, C'EST TOUT SIMPLE !
CLIQUEZ SUR QUESTIONNAIRE EN LIGNE

ou copiez/collez le lien
<https://forms.gle/mqpaite-de-pratiques-nash-156071347>
et complétez votre questionnaire personnalisé en ligne!

Recherche...

LES NOUVELLES

- Enquête "NASH en CHG"
19 août 2019
- Enquête "NASH en CHG"
31 juillet 2019
- 5ème réunion régionale
hepatite ANGH 28/30
novembre 2019
26 juillet 2019
- DU Pancréatologie mélan-
chirurgicale
17 juillet 2019
- JTR00 2020
17 juillet 2019

PLUS QUE GUÉRIR L'HÉPATITE C, JE CONTRIBUE À L'ÉLIMINER

Tous ensemble poursuivons notre engagement,
patient après patient, ville après ville...

1 COMPRIMÉ PAR JOUR ⁽¹⁾

1 DURÉE DE TRAITEMENT ⁽¹⁾

1 TRAITEMENT quels que soient le stade de fibrose* et le génotype ⁽¹⁾



EPCLUSA[®]
sofosbuvir/velpatasvir
comprimés pelliculés 400mg/100mg

EPCLUSA est indiqué pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les adultes (voir rubriques 4.2, 4.4 et 5.1 du RCP EPCLUSA) ⁽¹⁾. Pour les informations concernant la stratégie thérapeutique, veuillez consulter le rapport d'évaluation des antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C - Actualisation 2017 (document disponible sur www.has-sante.fr) ⁽²⁾. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste I - Prescription hospitalière réservée aux spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, en médecine interne ou en infectiologie. PRIX TTC : 8 298,29 € (28 comprimés) (CTJ : 296,37 €). PRIX DE VENTE HT par UCD aux établissements de santé : 285,714 €. Agréé Coll., inscrit sur la liste de rétrocession et remboursé Séc Soc. à 100% dans les indications thérapeutiques figurant dans l'autorisation de mise sur le marché.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les mentions légales d'EPCLUSA sont accessibles sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>)

* EPCLUSA n'a pas été étudié chez les patients ayant une cirrhose avec un score de CPT C.

1. RCP EPCLUSA. 2. Rapport d'évaluation des antiviraux d'action directe dans le traitement de l'hépatite C. Commission de la Transparence HAS. Actualisation 2017

Gilead Sciences - SAS au capital de 76224,50 euros
65 quai Georges Gorse 92100 Boulogne Billancourt - France
SIREN 391 360 971 RCS Nanterre- APE 4646Z TVA Intracommunautaire FR 663 913 609 71
Tel +33 (0) 1 46 09 41 00 - Fax +33 (0) 1 46 09 41 06 - www.gilead.com

