

ANGH

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

Info

28ème congrès



Annecy 2020

11-12 septembre

N°21
Septembre
2020

BUREAU 2020

Président

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Secrétaire Général

Dr Christophe Renou (Hyères)

Trésorier

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

Conseil d'Administration

Dr J.-Pierre Arpurt (Avignon)

Dr Aurore Baron (Corbeil)

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Xavier Causse (Orléans)

Dr Claire Charpignon (Paris)

Dr Bernard Denis (Colmar)

Dr Armand Garioud (Vill.-St-Georges)

Dr Denis Grasset (Vannes)

Dr Hervé Hagège (Créteil)

Dr Mehdi Kaassis (Cholet)

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 Rémy (Perpignan)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Dr R.Louis Vitte (Poissy)

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 scientifique - 2020 -

Président : Armand Garioud
(Villeneuve-St-Georges)

Membres

Dr Aurore Baron (Corbeil Essonnes)

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Serge Bellon (Avignon)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Frédéric Heluwaert (Annecy)

Dr Clémence Horaist (Montfermeil)

Dr Frédéric Moryoussef (Poissy)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne)

Secrétariat

Soizic Blanleuil (Créteil)

Lydie Levisse (Montfermeil)

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 2020 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 800 exemplaires Septembre 2020



Le monde d'avant et le monde d'après !

Tout d'abord je voudrais remercier le Conseil d'Administration de l'ANGH de leur confiance et de leur vote. Je souhaite m'inscrire dans la continuité de mes prédécesseurs/eure qui ont bâti et installé l'ANGH à la place qu'elle occupe actuellement.

En tant qu'hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux, nous sommes une des trois composantes de la spécialité, à côté des CHU et des libéraux. Nous avons démontré par le passé notre force de frappe que ce soit dans nos essais (SANGHRIA KIDEPIST APACHE pour ne citer que les derniers) qu'en tant qu'inclueurs dans les essais nationaux multicentriques comme ceux de la FFCD.

Le conseil d'administration est le reflet de notre association. Si la répartition Ile de France / Régions est équilibrée (12 et 9), la parité est encore loin d'être atteinte avec seulement quatre femmes parmi nous. La diversité est encouragée. Quand au conseil scientifique, il y a aussi quatre femmes mais sur quatorze membres seulement et un équilibre parfait Ile de France Régions avec sept membres de chaque territoire. Je fais d'ores et déjà appel aux femmes de l'ANGH pour s'investir davantage dans ces instances.

La crise sanitaire du COVID19 a été une lourde épreuve pour nos services et nos hôpitaux, mais également pour certains d'entre nous touchés directement. Les discours politiques affirment que le monde d'après ne sera pas un retour au monde d'avant (le COVID19). Le Ségur de la santé devait apporter des pistes de rénovation pour l'hôpital mais aussi pour toutes les professions de santé. A l'heure où j'écris cet éditorial, les avancées obtenues pour les praticiens hospitaliers n'ont pas été à la hauteur de leurs attentes. Nous aurons l'occasion d'en discuter lors de ce congrès national.

Annecy 1999, c'était mon premier congrès ANGH. J'avais présenté un cas clinique d'hépatite à l'aténolol. J'avais un trac important avant cette présentation mais j'ai trouvé une ambiance si amicale que tout s'est bien passé (dans mon souvenir en tout cas !). Notre congrès sera le premier de notre spécialité en présentiel de cette année très particulière. Un programme de qualité a été validé par le Conseil Scientifique.

Au nom du Conseil d'Administration et du nouveau bureau qui m'épaulera durant ces 3 prochaines années, je vous souhaite un excellent congrès dans le monde d'après !

André-Jean Rémy
Président de l'ANGH

Partenaires 2020

abbvie

AMGEN

Biogen

Boston
Scientific
Advancing science for life™

FRESENIUS
KABI
caring for life

GILEAD

Intercept

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

MAYOLY
SPINDLER
LABORATOIRES

MYR
Pharmaceuticals

NORGINE

Pfizer

SANOFI

sobi
rare strength

GORE
Creative Technologies
Worldwide

COVID 19

**Organiser cette année un congrès
présentiel est un pari !**

Espérons que nous pourrons gagner ce pari et qu'entre l'impression de ce document et le 11-12 septembre rien ne viendra empêcher notre rendez-vous annuel auquel vous êtes si attachés et si fidèles

Une fois sur place il nous faudra très probablement impérativement être sous la contrainte des mesures barrières :

- Munissez-vous de masques, nous n'en fournissons pas**
- Respectez la distanciation physique dans les files**
- Respectez les sens de circulation**
- Utilisez du gel hydro-alcoolique à chaque fois que cela est suggéré ou requis**
- Dans les espaces de restauration et les lieux clos, le port du masque est requis**

Merci de votre collaboration et de votre aide

Au sommaire

Partenaires 2020	4
Programme du congrès	7
Programme de la Session de formation infirmière au 28 ème congrès de l'ANGH	10
Les communications du congrès	12
Présente-moi ton hôpital : le CHANGE (Centre Hospitalier ANnecy GENEvois)	27
Conseil scientifique : passage du témoin !	28
Les échos du conseil scientifique	29
Témoignage : un soignant soigné	32
Témoignage : l'impact du COVID-19 sur les Services de Gastroentérologie au Portugal	35
Philippe Cassan un des piliers fondateurs de l'ANGH nous a quitté...	36
Votre site Internet !	38

Communications du congrès

1 - Liver tests abnormalities are associated with a poorer prognosis in COVID-19 patients : results of a french cohort	12
2 - Elimination du VHC au CH de Bourg en Bresse: un engagement pluridisciplinaire	12
3 - Dépister l'hépatite C en 2020 : quoi dépister ? Pour qui ? Comment ? Où ? Par qui ?	12
4 - Hépatite aigüe cytolitique et cholestatique secondaire à la prise d'herbes chinoises (Polygonum multiflorum)	13
6 - Effet bénéfique de la combinaison fibrates, acide obéticholique et acide ursodésoxycholique dans le traitement de la cholangite biliaire primitive avec réponse incomplète aux thérapies de 2ème ligne.	14
7 - Une hémorragie digestive par hypertension portale peu banale.	15
8 - Une perturbation du bilan hépatique chez une diabétique : un diagnostic rare à évoquer.	15
9 - Mortalité à 5 ans de la cirrhose alcoolique : les malades meurent tout autant, mais pas de la même manière ...	16
10 - Evaluation du taux d'optimisation de l'ustekinumab chez des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans des centres hospitaliers de l'Association nationale des hépato-gastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH).	16
11 - Résultats d'un rappel systématique par téléconsultation d'une file active de 96 patients MICI pour vérification de l'observance au traitement immunosuppresseur et évaluation de l'état d'anxiété en période de confinement.	17
12 - Amélioration de la qualité de vie et de la continence des patients atteints de RCH distale, traités par Mésalazine. Étude QUARTZ.	18
13 - Une petite lésion sous muqueuse antrale d'allure bénigne révélant un Lymphome B diffus à grande cellule localisé dans l'estomac : Cas clinique.	19
14 - Can we optimize the carcinoembryonic antigen as a prognostic biomarker in rectal cancer?	19
15 - Une tumeur du bulbe en forme de Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?	20
16 - Cancer du pancréas métastatique : une histoire surprenante	20
17 - Une bactérie qui ne fait pas dans la dentelle	20
18 - Ascite sur rupture du canal pancréatique principal associé à une décompensation oedémato-ascitique	21
20 - Quality indicators in colonoscopy: audit and feedback	22
21 - Comment évaluer les performances d'un endoscopiste en coloscopie : quels indicateurs ? quels standards ?	22
22 - Corrélation entre classification de CONECCT et histologie des polypes coliques : Résultats sur une série monocentrique rétrospective de 300 polypes consécutifs.	23
23 - Un diagnostic qui fait « Pschitt »	24
24 - Des nodules coliques?	24
25 - Intérêt de la coloscopie en immersion : étude monocentrique rétrospective	24
26 - Retour d'expérience du système AI Discovery Pentax. Dunkerque Juillet 2020.	25
27 - Drainage endoscopique des sténoses de la voie biliaire : vintage ou new age ?	25
28 - Début d'expérience du drainage biliaire sous contrôle écho-endoscopique par mise en place d'une prothèse d'apposition luminale en alternative au drainage transcutané au Centre Hospitalier de Valenciennes.	26

Programme du congrès

Vendredi 11 septembre 2020

**14h00 Allocution présidentielle : André-Jean REMY / Accueil des personnalités locales
Communications originales, cas cliniques et conférences**

Modérateurs : Sandrine BARGE (Bry sur marne) ; Frédéric HELUWAERT (Annecy)

14h10 - 14h21 : Liver tests abnormalities are associated with a poorer prognosis in Covid-19 : results of a French cohort.

Sayma Chaibi (1), Weam El Hadji (1), Yael Abitbol (1), Sarah Taieb (1), Clemence Horaist (1), Vincent Jouannaud (1), Jacques Piquet (2), Cyril Maurer (2), Pierre Lahmek (3), Stéphane Nahon (1)

14h21 - 14h32 : Elimination du VHC au CH de Bourg en Bresse : un engagement pluridisciplinaire.

Meurisse Jean Jacques, Claveranne Stéphanie, Devers Stéphane

14h32 - 14h43 : Dépister l'hépatite C en 2020 : quoi dépister ? Pour qui ? Comment ? Où ? Par qui ?.

AJ REMY, H BOUCHKIRA, J HERVET, B ROY, A HAPPIETTE

14h43 - 14h52 : **Cas clinique n°1** : Hépatite aiguë cytolytique et cholestatique secondaire à la prise d'herbes chinoises (polygonum multiflorum).

POLIN Vanessa GRIMBERT Sylvie

14h52 - 15h03 : Prise en charge de la NASH en CHG : résultats d'une enquête de pratique nationale.

A. Garioud (1) ; A. Baron (2) ; I. Rosa (3) ; B. Lesgourgues (4) ; C. Renou (5) 1. Villeneuve-Saint-Georges; 2. Évry; 3. Créteil; 4. Bry-sur-Marne; 5. Hyères

15h03 - 15h14 : Effet bénéfique de la combinaison fibrates, acide obéticholique et acide ursodesoxycholique dans le traitement de la cholangite biliaire primitive avec réponse incomplète aux thérapies de 2ème ligne.

Pierre-Antoine Soret1, Laurent Lam1, Fabrice Carrat1, Lena Smets2, Vincent Leroy3, Thomas Berg4, Marco Carbone5, Pietro Invernizzi5, Palak Trivedi6, Christina Weiler-Normann7, Laurent Alric8, Isabelle Rosa-Hezode3, Jean-Paul Cervoni9, Jérôme Dumortier10, Pascal Potier11, Olivier Roux12, Christine Silvain13, Cynthia Levy14, Albert Pares15, Christoph Schramm16, François Boer1, Frederik Nevens2, Olivier Chazouillères1, Christophe Corpechot1

15h14 - 15h23 : **Cas clinique n°2** : Une hémorragie digestive par hypertension portale peu banale.

Clara ALTMAN, Julia ROUX, Chamnan CHOU, Anne-Laure DESGABRIEL, Armand GARIOUD. Service d'Hépatogastroentérologie, CHI de Villeneuve-St-Georges, GHT « Confluences »

15h23 - 15h32 : **Cas clinique n°3** : Une perturbation du bilan hépatique chez une diabétique : un diagnostic rare à évoquer.

A.BARON ; C.LEVI ; B.LAMBARE Service d'Hépatogastro-entérologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil Essonnes

15h32 - 15h43 : Mortalité à 5 ans de la cirrhose alcoolique : les malades meurent tout autant, mais pas de la même manière ...

Edeline Kaze, Jean Henrion Centres hospitaliers de Jolimont, Haine-Saint-Paul, Belgique

● **15h43 - 16h03 : Conférence n°1** : « Carcinome hépato-cellulaire et évolution thérapeutique actuelle » Dr Thomas DECAENS (Reno)

16h05 – 16h35 : Pause

● **16h35 - 16h55 : Conférence n°2** : « Comment surveiller une MICI en 2020 » Pr Stéphane NANCEY (Lyon)

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Mathias VIDON (Créteil) ; Juliette VERLYNDE (Dunkerque)

16h55 - 17h06 : Evaluation du taux d'optimisation de l'ustekinumab chez des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans des centres hospitaliers de l'Association nationale des hépatogastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH).

VIDON Mathias

17h06 - 17h17 : Résultats d'un rappel systématique par téléconsultation d'une file active de 96 patients MICI pour vérification de l'observance au traitement immunosuppresseur et évaluation de l'état d'anxiété en période de confinement COVID 2020.

C. Richez**, J. Verlynde*, L. Delhoustal*, O. Zaharia*, T. Paupard*. Service d'Hépatogastroentérologie* Service d'Addictologie** Centre Hospitalier Dunkerque

17h17 - 17h28 : Amélioration de la qualité de vie et de la continence des patients atteints de RCH distale, traités par Mésalazine. Étude QUARTZ.

Thierry Paupard¹, Florent Gonzalez², Laurent Siprhouthis³, Laurent Peyrin-Biroulet⁴ 1Centre Hospitalier de Dunkerque, Dunkerque, France 2Cabinet d'Hépatogastroentérologie, Nîmes, France 3CHU Pontchaillou, Rennes, France 4CHU Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

17h28 - 17h37 : **Cas clinique n°4** : Une petite lésion sous muqueuse antrale d'allure bénigne révélant un Lymphome B diffus à grande cellule localisé dans l'estomac : Cas clinique.

HOWAIZI Marc, BANI Mohammed-Amine, ROSA-HEZODE Isabelle, VIDON Mathias, HAGEGE Hervé

17h37 - 17h48 : Can we optimize the carcinoembryonic antigen as a prognostic biomarker in rectal cancer?

Tânia Gago, Paulo Caldeira, Joana Roseira, Catarina Cunha, Pedro Campelo, Horácio Guerreiro

17h48 - 17h57 : **Cas clinique n°5** : Une tumeur du bulbe en forme de Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?.

T. Paupard* J. Verlynde* J. Branche** *HGE, CH Dunkerque ** HGE, CHRU Lille

17h57 - 18h06 : **Cas clinique n°6** : Cancer du pancréas métastatique : une histoire surprenante.

Claire Sabat (1), Marc Prieto (1), Laurence Thomas-Marques (1,2), Mohamed Ali Masmoudi (1), Marie Cécile Cook (3) Jacquot Rakotobe (4), Mathieu Yver (5), Jérôme Cros (6), Nathalie Theou Anton (7), Pascal Hammel (8), Christophe Locher(1) (1) Hépatogastroentérologie, Meaux (2) Unité de chimiothérapie ambulatoire, Meaux, (3) Chirurgie digestive, Meaux (4) Imagerie médicale, Meaux (5) Anatomopathologie, Jossigny (6) Anatomopathologie, Beaujon (7) Département de génétique, Bichat (8) Oncologie médicale, Beaujon

Assemblée générale : André-Jean REMY

Samedi 12 septembre 2020

Communications originales, protocoles et conférences

Modérateurs : Hervé HAGEGE (Créteil) ; Stéphane NAHON (Montfermeil)

08h30 - 08h39 : **Cas clinique n°7** : Une bactérie qui ne fait pas dans la dentelle

Lidia Ouali, Marion Jager, Florence Skinazi, Caroline De Kerguenec Service de gastroentérologie Hôpital DELAFONTAINE 93200 SAINT DENIS

08h39 - 08h48 : **Cas clinique n°8** : Ascite sur rupture du canal pancréatique principal associé à une décompensation oedémato-ascitique

Anaïs Bertrand (1), Cristina Levi (1), Bénédicte Lambare (1) (1) Service d'hépatogastro-entérologie, CH Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes

08h48 - 09h18 : **Session Protocoles** Armand GARIOUD (Villeneuve St Georges)

09h18 - 09h28 : Présentation du CEFA-HGE Nathalie SCHNEIDER et Laurent COSTES

09h28 - 09h38 : Réforme du 3ème cycle : "Docteurs Juniors". Contexte. Objectifs pédagogiques. Conditions pour une demande de poste.

Thierry PAUPARD

09h38 - 09h49 : Enquête COVID en CHG

Alexandre SAYADI, Isabelle ROSA (Créteil)

09h49 - 09h59 : Témoignage « Vécu COVID en CHG »

Pierre CLAUDE (Mulhouse)

09h59 - 10h10 : Quality indicators in colonoscopy: audit and feedback

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, Diana Ramos, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

10h10 - 10h21 : Comment évaluer les performances d'un endoscopiste en coloscopie : quels indicateurs ? quels standards ?

Bernard Denis, Isabelle Gendre, Philippe Perrin, Nicolas Tuzin ADECA Alsace Colmar, CHU Strasbourg

10h21 - 10h32 : Corrélation entre classification de CONECCT et histologie des polypes coliques : Résultats sur une série monocentrique rétrospective de 300 polypes consécutifs.

L. Costes, I. Rosa, M. Bani, S. Bendaoud, C. Somsouk, A. Wampach, M. Vidon, T. Lons, AC. Lesage, B. Pellat, D. Gillot, H. Hagège

10h32 – 11h02 : Pause

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

Modérateurs : Mehdi KAASSIS (Cholet) ; Isabelle LIENHART (Annecy)

11h02 - 11h11 : **Cas clinique n°9** : Un diagnostic qui fait PSCHITT

Valérie ROSSI ; Raouf AIT YOUSSEF

11h11 - 11h20 : **Cas clinique n°10** : Des nodules coliques?

Alexandre Sayadi¹, Mohamed Amine Bani², Isabelle Rosa¹, Sihem Bendaoud¹, Anne Wampach¹, Celine Somsouk¹, Mathias Vidon¹ 1 : Service d'Hépatogastro-entérologie, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 40 avenue de Verdun, 94010 Créteil cedex 2 : Service d'Anatomie pathologique, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 40 avenue de Verdun, 94010 Créteil cedex

11h20 - 11h31 : Intérêt de la coloscopie en immersion : étude monocentrique rétrospective

René-Louis VITTE, Frédérick MORYOUSSEF, Hanene HABBASSI, Ruth TENNENBAUM. CHI Poissy Saint Germain

11h31 - 11h42 : Retour d'expérience du système AI Discovery Pentax. Dunkerque Juillet 2020.

Dr T. Paupard, Dr H. Hudziak Unité d'endoscopie. Service d'Hépatogastroentérologie Centre Hospitalier Dunkerque.

11h42 - 11h53 : Drainage endoscopique des sténoses malignes de la voie biliaire : Vintage ou New Age ?

Serge BELLON, Andry RAO TO, Tina ANDRIANTSENO, Alban BENEZECH, Coline BOSSHARDT, Slim BRAMLI, Jean-Pierre ARPURT

11h53 - 12h04 : Début d'expérience du drainage biliaire sous contrôle écho-endoscopique par mise en place d'une prothèse d'apposition luminale en alternative au drainage transcutané au Centre Hospitalier de Valenciennes.

Julien LOLLIVIER, Rachida LEBLANC, Marie COLIN, Arnaud BORUCHOWICZ

● **12h04 - 12h24 : Conférence n°3** : « Explorations fonctionnelles en pathologie oesophagienne en 2020 » Pr François MION (*Lyon*)

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



Groupement Infirmier
pour la
Formation en Endoscopie

Programme de la Session de formation infirmière au 28^{ème} congrès de l'ANGH

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

Vendredi 11 septembre 2020 de 12H30 à 18H00

12h30 Accueil des congressistes

Remise du badge individuel et émargement, remise des attestations
Restauration

14h00 Ouverture du XXVIII^{ème} congrès de l'ANGH : Docteur Frédéric HELUWAERT

Allocution présidentielle : Docteur André-Jean REMY

14h15 Ouverture et présentation de la session infirmière

Dominique IMBERT, référent pédagogique du GIFE, Cadre de santé en endoscopie au C.H. d'Avignon

Anne HOUDARD, référent pédagogique du GIFE, Infirmière coordinatrice au C.H.I.A. de Toulon

Présentation de l'association du GIFE

14h30 La désinfection centralisée des endoscopes, avantages et inconvénients : expérience du C.H.I.A. de Toulon

Anne HOUDARD

14h50 Discussion, échanges

15h20 La gastrostomie : mise en place d'un parcours de soins pour le suivi du patient au C.H. D'Avignon

Dominique IMBERT

15h40 Discussion, échanges

16h10 Pause

16h30 Table ronde/débat autour :

L'organisation d'un secteur d'endoscopie, l'habilitation du personnel en endoscopie : apprentissage et évaluation des compétences

Animée par Dominique IMBERT et Anne HOUDARD

17h50 Evaluation de la journée de formation

18h00 Fin de la session

Le régional

Bienvenue à l'ANGH sur les rives du lac de la ville préférée des français !

C'est un vrai plaisir de vous accueillir en Haute Savoie !

Après avoir côtoyé plusieurs régions de France, fait un long détour par Montpellier, puis Grenoble, c'est à Annecy, ville de carte postale, que j'ai posé mon baluchon... et récupéré (entre autres) des endoscopes, et surtout beaucoup de collègues très appréciables !

Dès mon arrivée dans cette ville, qui était un des lieux de stage en tant qu'Interne de Grenoble, on est vite sous le charme du lac, de la montagne, d'une ambiance agréable, d'autant plus que l'ancien hôpital et l'internat étaient au bord du lac, accolés à la vieille ville.

Mon chef de service de l'époque, Denis Martin, avait la fâcheuse habitude de nous donner rendez-vous, un après-midi avant la contre-visite, en maillot, au bord du lac et de nous faire croire que notre stage serait validé si nous sortions de l'eau en ski nautique après un tour sur son bateau. Il y a eu des lieux de stage, d'après mes souvenirs, bien moins agréables...

Ce même Denis, me parlait toujours avec bonheur et envie de l'ANGH, « c'est des gars bien, c'est une chouette association, il faut que tu y ailles ! ». Il avait raison, et c'est en effet avec joie que je partage depuis, les réunions, les congrès, rencontrant des collègues enthousiastes et débordants d'idées diverses, d'élargir nos champs de visions, de faire de la recherche clinique, l'occasion d'avoir fait de belles rencontres et la certitude d'en faire encore.

Que ce site si agréable, au milieu des montagnes, des cols, autour du lac à l'occasion d'une simple balade à pied ou à vélo, d'une baignade, d'un tour de ski nautique, en paddle, d'un vol en parapente, autour d'une glace ou d'une tartiflette sous une arcade de la vieille ville, puisse aussi vous émerveiller et permette de progresser, de vous satisfaire professionnellement et faire de belles rencontres à l'occasion de ce congrès.

Bon congrès dans ce site exceptionnel que sont les Pensières, propriété de la Fondation Mérieux !

Et revenez pour les vacances. À l'occasion !

Frédéric Heluwaert (Annecy)



Les communications du congrès

1 - Liver tests abnormalities are associated with a poorer prognosis in COVID-19 patients : results of a french cohort

Sayma Chaibi (1), Weam El Hadj (1), Yael Abitbol (1), Sarah Taieb (1), Clemence Horaist (1), Vincent Jouannaud (1), Jacques Piquet (2), Cyril Maurer (2), Pierre Lahmek (3), Stéphane Nahon (1)

Aim To assess the impact of liver function test (LFT) abnormalities on the prognosis of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a French cohort of hospitalized patients. **Patients and method** From March 13 to April 22, 2020, we collected on a computerized and anonymized database, medical records, laboratory data and clinical outcomes of patients hospitalized for confirmed cases of COVID-19 infection (RT-PCR and/or CT-scan). Patients were followed up until April 22 2020 or until death or discharge. We have considered for statistical analysis, LFT abnormalities with levels greater than two times the upper limit of normal. Composite endpoint included admission to ICU, mechanical ventilation, severe radiologic injury and death to define disease severity. **Results** Among 281 patients with COVID-19, 102 (36.3%) had abnormal LFT. Elevated levels of ALT or AST was associated with the severe composite endpoint in multivariate analysis (OR 6.20, 95% confidence interval [?]1.84, 20.95[?], p-value 0.003)

Conclusion

Most of liver injuries are mild and transient during COVID-19. LFT abnormalities are associated with a poorer prognosis and could be a relevant biomarker for early detection of severe infection.

2 - Elimination du VHC au CH de Bourg en Bresse: un engagement pluridisciplinaire

Meurisse Jean Jacques, Claveranne Stéphanie, Devers Stéphane

Avec les nouveaux traitements de l'hépatite C , l'éradication du VHC paraît envisageable avec des objectifs variables, 2030 pour l'OMS dans le monde , 2025 en France pour nos autorités. Il resterait environ 100 000 patients à traiter dont 70% ignorent leur infection. Les dépister reste un problème majeur . A l'hôpital de Bourg en Bresse, l'équipe ETP-VHC a organisé un dépistage systématique du VHC lors des consultations anesthésie. Pour aboutir dans cette démarche, plusieurs éléments nous ont paru essentiels: avoir l'aval institutionnel qui ouvre accès au service communication de l'hôpital, ,travailler avec un service bien structuré et un personnel motivé (en l'occurrence le service d'anesthésie dans notre hôpital) ,avoir une cible modeste pour un message

clair (dépistage du VHC seul) ,diffuser dans tous les services une affiche avec les coordonnées de l'équipe d'ETP-VHC,faire un retour d'information aux médecins . Au delà de la rentabilité éventuelle de ce dépistage qui sera évaluée à 6 mois , cette démarche a sensibilisé patients et soignants en créant une dynamique autour du VHC.

3 - Dépister l'hépatite C en 2020 : quoi dépister ? Pour qui ? Comment ? Où ? Par qui ?

AJ REMY, H BOUCHKIRA, J HERVET, B ROY, A HAPPIETTE.

Dépister plus et mieux l'hépatite C en 2020 est un des objectifs majeurs à atteindre pour réaliser l'éradication en 2025, date fixée dans le plan gouvernemental de santé publique. Les patients ne connaissant pas leur sérologie (ou l'ayant négligé) doivent être retrouvés et intégrés au parcours de soins. L'efficacité des traitements antiviraux permet d'affirmer que dépister c'est guérir et qu'une approche test to treat, voire test to cure est suffisante. Plusieurs étapes sont à considérer dans ce dépistage : quoi dépister ? Pour qui ? Comment ? Où ? Par qui ? Quoi dépister ? Les anticorps ou la charge virale ou la fibrose ? Dépister la présence d'anticorps pour ensuite mesurer la charge virale C et la fibrose hépatique ? Dépister pour traiter donc pouvoir réaliser en première intention une charge virale ou dépister les fibroses

Test	Dépistage	Coût	Remboursé	Rendu sévère	abond sévère	lieux réalisation	réalisé par	limites
APR	fibrose	gratuit	oui	différé	oui	laboratoire	laboratoire	valeurs de référence
FIBROTEST	fibrose	37,8	oui	différé	oui	laboratoire	laboratoire	interactions
FIBROMETRE	fibrose	37,8	oui	différé	oui	laboratoire	laboratoire	interactions
FIBROSCAN	fibrose	31,29	oui	immédiat	non	si = HEM	soignants ou non	
sérologie	anticorps	14,85	oui	différé	oui	laboratoire	laboratoire	contact
TROD	anticorps	4 à 10	non	immédiat	non	si = HEM	soignants ou non	contact
Charge virale en labo	charge virale	54	oui	différé	oui	laboratoire	laboratoire	
cephoid	charge virale	non	non	immédiat	non	si = HEM	IDE	peu diffusé
genedrive	charge virale	variable	non	immédiat	oui	si = HEM	IDE	
buvard	charge virale	variable	non	différé	non	si = HEM	soignants ou non	

sevères F3 F4 (qui constituait 36% des nouveaux patients dans l'étude KIDEPIST) pour être le plus coût efficace possible ? Qui dépister ? La population générale ou les « groupes à risque » ? La Haute Autorité de Santé dans son avis de septembre 2019 ne recommandait pas le dépistage systématique en population générale car non coût efficace. Des expériences se sont développées en présence ou en l'absence de facteurs de risque avec des résultats contrastés Comment dépister ? Sérologie classique ou TROD ou buvards ou charge virale en temps réel ? Chacune de ces techniques présente ses avantages et ses inconvénients, détaillés dans le tableau 1. Où dépister ? A l'hôpital pour tous les patients ou en consultation externes de gastroentérologie ou d'anesthésie ? en structures médico-sociales spécialisées (CSAPA CAARUD, PASS) ou non ? Hors les murs avec ou

sans équipes mobiles ? Qui dépiste ? Un soignant ou un non soignant (associatif ou professionnel du social) ? Le dépistage n'est plus depuis les TROD VIH l'apanage des soignants et même le FIBROSCAN est parfois réalisé hors du cadre réglementaire. Autour de ces problématiques, notre équipe présentera son expérience de terrain depuis 2013 dans un bassin de santé de 600 000 habitants.

4 - Hépatite aigüe cytolitique et cholestatique secondaire à la prise d'herbes chinoises (Polygonum multiflorum)

POLIN Vanessa GRIMBERT Sylvie

Mécanisme hépatotoxicité	
Mécanisme idiosyncrasique	
	Imprévisible
	Dose indépendante
	Période de latence plutôt longue et variable
	Faible incidence chez l'être humain
	Manque de reproductibilité
•Type métabolique	
	Durée de l'exposition : 1 sem à 12 mois
	Pas de manifestation d'hypersensibilité
	Répétition de l'hépatotoxicité après réintroduction
•Type immunologique	
	Durée de l'exposition : 1 à 5 semaines
	Symptômes d'hypersensibilité
	Récidive rapide à la réintroduction (1 ou 2 prises)
Mécanisme intrinsèque	
	Prévisible
	Dose dépendant
	Période de latence courte
	Incidence importante chez l'humain
	Reproductibilité expérimentale

Nous rapportons le cas d'une femme de 68 ans atteinte d'une hépatite aigüe d'origine toxique associée à la prise d'herbes chinoises Polygonum multiflorum. Le diagnostic est basé sur l'interrogatoire du patient et l'élimination d'autres

causes possibles d'hépatite aigüe. L'imputabilité de la prise d'une substance toxique en cas d'hépatite doit être évaluée par le score RUCAM. La toxicité de Polygonum Multiflorum a déjà été rapportée dans plusieurs études. Le mécanisme d'hépatotoxicité peut être de type idiosyncrasique ou intrinsèque. Ce cas illustre le problème du manque d'information de la population et de son accès incontrôlé à des substances présentant une hépatotoxicité connue ou suspectée.

5 - Prise en charge de la NASH en CHG : résultats d'une enquête de pratique nationale.

A. Garioud (1) ; A. Baron (2) ; I. Rosa (3) ; B. Lesgourgues (4) ; C. Renou (5) 1. Villeneuve-Saint-Georges; 2. Évry; 3. Créteil; 4. Bry-sur-Marne; 5. Hyères

Introduction

La stéato-hépatite dysmétabolique (NASH) est une maladie émergente en France. La cohorte «Constances» a évalué la fréquence de cette pathologie avec une stéatose à 18,2% de la population étudiée dont 2,6% avec une fibrose sévère. A ce jour, il n'existe aucune donnée sur la prise en charge de ces patients dans les centres hospitaliers non tertiaires français. Le but de cette étude est de recenser les pratiques des hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux de l'ANGH dans la prise en charge des patients atteints de NASH.

Matériels et Méthodes

Un questionnaire a été établi puis envoyé par mail aux membres de l'ANGH. Les réponses étaient renseignées en ligne au cours d'une période d'un mois entre août et septembre 2019. L'exploitation des résultats a été effectuée par une analyse descriptive simple. Résultats 78 praticiens (P) dont 95% étaient PH ont répondu à l'enquête : 27 avaient une orientation hépatologique, 15 gastroentérologique et 34 étaient polyvalents. Les patients NASH étaient adressés majoritairement par des généralistes (60%) et des diabétologues (26%) dans le cadre d'un bilan de perturbation des tests hépatiques dans 56% des cas. Les critères diagnostiques présomptifs de NASH étaient l'association d'un syndrome métabolique (86% des P), d'une perturbation des tests hépatiques (62%) et d'une stéatose échographique (63%) en l'absence d'autre hépatopathie (68%) et de consommation d'alcool significative (55%). Le bilan initial comportait systématiquement un dosage de la glycémie à jeun et un test non invasif de fibrose. Une IRM hépatique de quantification de la stéatose était parfois réalisée par 1 P sur 2. Pour l'évaluation de la fibrose hépatique (F), le fibroscan était plébiscité par 86% des P alors que le NAFLD-fibrosis score ne l'était que par 27%. Si le fibroscan était réalisé en premier, un biomarqueur lui était associé majoritairement en cas de F \geq 2 alors que si un biomarqueur était réalisé en premier, celui-ci était

majoritairement couplé à un fibroscan. Une biopsie hépatique à visée diagnostique était effectuée en cas de doute diagnostique (81%) ou en cas d'autre hépatopathie (45%) mais était exceptionnellement systématique (5%). Pour le diagnostic de la F, la biopsie hépatique était réalisée par 64% des P si les tests non invasifs étaient discordants ou si les tests orientaient vers une fibrose significative ou une cirrhose (35% des P). Tous les P préconisaient une réduction pondérale et la pratique d'un exercice physique régulier. Le recours à une diététicienne était proposé par 79% des P (en cas d'échec de prise en charge personnelle pour 63% des P). Aucun médicament n'était instauré par 1 P sur 2. Si un traitement était prescrit, il s'agissait dans 29% des cas de la metformine en cas de diabète de type 2, de la vitamine E dans 23% des cas et de l'AUDC dans 18% des cas. Des ordonnances de sport n'étaient prescrites que par 13% des P. Dans tous les cas, il n'existait aucun programme d'ETP spécifique mais 33% des P incluaient leurs patients dans un autre programme existant (diabète, obésité...). La surveillance clinico-biologique était le plus souvent semestrielle (51%) ou trimestrielle (31%). Il s'agissait pour tous les P de surveiller le poids et les tests hépatiques puis la glycémie à jeun (78%), la créatininémie (62%), la ferritinémie (59%) et les tests lipidiques (58%). Les tests de F étaient majoritairement refaits tous les 3 ans en cas de F<2, tous les 2 ans en cas de F=2, tous les ans en cas de F=3 et jamais en cas de cirrhose. Le dépistage du CHC par échographie était majoritairement effectué en cas de F=3 (76% des P) ou de cirrhose (94%) mais peu en cas de F=2 (9%). Conclusion Les patients atteints de NASH sont majoritairement adressés par le médecin généraliste. Le diagnostic de NASH est le plus souvent présomptif avec un exceptionnel recours à la biopsie hépatique. Le fibroscan est très largement plébiscité pour l'évaluation de la fibrose hépatique. La prise en charge repose sur le changement de mode de vie (réduction pondérale et exercice physique) avec l'aide d'une diététicienne et un faible recours à un traitement médical. Enfin, l'ETP spécifique n'est pas assez représentée alors qu'elle pourrait valoriser la prise en charge de ces patients.

6 - Effet bénéfique de la combinaison fibrates, acide obéticholique et acide ursodésoxycholique dans le traitement de la cholangite biliaire primitive avec réponse incomplète aux thérapies de 2ème ligne.

Pierre-Antoine Soret1, Laurent Lam1, Fabrice Carrat1, Lena Smets2, Vincent Leroy3, Thomas Berg4, Marco Carbone5, Pietro Invernizzi5, Palak Trivedi6, Christina Weiler-Normann7, Laurent Alric8, Isabelle Rosa-Hezode3, Jean-Paul Cervoni9, Jérôme Dumortier10, Pascal Potier11, Olivier Roux12, Christine Silvain13, Cynthia Levy14, Albert Pares15, Christoph Schramm16, François Boer1,

Frederik Nevens2, Olivier Chazouillères1, Christophe Corpechot1

L'acide obéticholique (AOC) et le bésafibrate sont les deux seuls médicaments à avoir montré un effet bénéfique significatif sur les paramètres biologiques des patients atteints de cholangite biliaire primitive (CBP) avec réponse incomplète à l'acide ursodésoxycholique (AUDC). En revanche, on ne sait pas si l'association d'AOC et de fibrates en ajout à l'AUDC peut avoir des effets bénéfiques complémentaires chez des patients en réponse incomplète aux traitements de 2ème ligne. Méthodes : Cette étude de cohorte rétrospective multicentrique a inclus des patients atteints de CBP ayant tous été traités pendant au moins 12 semaines et sans intolérance évidente par une combinaison d'AOC (5-10 mg/j), de fibrates (bésafibrate 400 mg/j ou fénofibrate 200 mg/j) et d'AUDC (13-15 mg/kg/j) en raison d'une réponse incomplète selon les critères de Paris-2 à l'un des traitements de 2ème ligne. La date de référence était la date d'introduction du traitement de 2ème ligne. Les tests biologiques hépatiques mesurés sous bi- puis tri-thérapie ont été recueillis. Le critère de jugement principal était le taux de variation des phosphatases alcalines (PAL) par unité de temps. Les critères de jugement secondaires étaient le taux de normalisation des PAL et les taux de variation par unité de temps de la bilirubine totale, de la GGT, des ASAT et ALAT et du score de prurit. Ces critères ont été évalués à l'aide de modèles linéaires à effets mixtes ajustés sur l'âge, le sexe et la posologie des médicaments. Résultats : 50 patients provenant de 16 centres et de 7 pays (France, Belgique, Allemagne, Italie, Royaume Uni, Espagne, USA) ont été inclus : âge moyen (déviation standard) à la date de référence 49,7 (11,1) ans; sexe féminin 88%; dose d'AUDC 15,2 (2,9) mg/kg/j; PAL 370 (240) UI/L; bilirubine totale 14,8 (8,7) µmole/L; élastométrie 13,0 (9,8) kPa. Parmi eux, 24 (Groupe 1) avaient reçu l'AOC en 2ème ligne et les fibrates en 3ème ligne, tandis que 26 (Groupe 2) avaient reçu les fibrates en 2ème ligne et l'AOC en 3ème ligne, toujours en association à l'AUDC. Les durées moyennes de suivi sous bithérapie et sous trithérapie étaient respectivement de 39,7 (29,3) mois et 9,4 (6,6) mois. La trithérapie était associée à un taux de diminution des PAL significatif par rapport à la bithérapie: -27%/an (IC95%: -15%/an – -36%/an; p<0,0001) et cet effet était significatif dans les 2 groupes (Figure). Comparée à la bithérapie, la trithérapie était associée à un rapport de chances pour la normalisation des PAL de 5,5 (IC95%: 1,8 – 17,1; p=0,003) ainsi qu'à une diminution significative de la GGT (p<0,0001), des ALAT (p<0,001), des ASAT (p<0,01) et de la bilirubine totale (p=0,02). La trithérapie était associée à une diminution du score de prurit dans le Groupe 1 (p=0,02) mais pas dans le groupe 2. A la dernière visite, aucun patient n'avait arrêté la trithérapie. Conclusion : La

trithérapie associant fibrates, AOC et AUDC améliore les tests hépatiques et augmente les chances de normalisation des PAL chez les patients atteints de CBP ayant une réponse incomplète à un traitement de 2^{ème} ligne.

7 - Une hémorragie digestive par hypertension portale peu banale.

Clara ALTMAN, Julia ROUX, Chamnan CHOU, Anne-Laure DESGABRIEL, Armand GARIOUD. Service d'Hépatogastroentérologie, CHI de Villeneuve-St-Georges, GHT « Confluences ».

M. Dominique M., 61 ans, est référé le 5 février 2020 aux Urgences pour méléna survenu sous Kardégic dans un contexte de probable cirrhose d'origine éthylique diagnostiquée en 2016. A l'époque, la cirrhose était cotée Child-Pugh A avec des varices œsophagiennes grade 3 traitées en prophylaxie primaire de la rupture par propranolol. La consommation chronique d'alcool est sevrée depuis 2019 et dans ses autres antécédents, on notait un infarctus du myocarde triple-ponté en 2013, un adénocarcinome colorectal en rémission traité par chirurgie et chimiothérapie en 2015 et des troubles neurologiques à type de syndrome cérébelleux associées à des mouvements choréïques en cours d'exploration. A l'arrivée, le patient était normotendu mais agité sans autre anomalie à l'examen clinique. Un scanner cérébral réalisé après administration d'1mg de midazolam n'a pas trouvé d'anomalie particulière. Sur la biologie à l'entrée, l'Hb était à 11,2 g/dl, les PlaQ à 122G/l, le TP à 52%, la bilirubinémie à 43µmol/l et la kaliémie à 6.4 mmol/l sans insuffisance rénale. Pour une meilleure prise en charge, le patient est transféré en réanimation, mis sous insuline-glucose, IPP et sandostatine à la seringue électrique et transfusé de 2 culots globulaires. Rapidement, devant cette agitation avec apparition de signes confusionnels associés une hyperammoniémie à 211 µmol/l, le patient est alors intubé avant la réalisation d'une première endoscopie digestive haute. Celle-ci n'a objectivé aucune trace de sang et confirmé la présence de varices œsophagiennes grade 3 sans aucun stigmate de saignement récent. Une coloscopie avec préparation par la sonde nasogastrique est alors prévue pour le lendemain. Dans la nuit du 5 au 6/2, le patient s'est aggravé avec un méléna profus, un choc hémorragique et une déglobulisation à 8,4 g/dl. Il est alors mis sous noradrénaline jusqu'à 15 mg/h, glypressine, exacyl et transfusé de 7 culots globulaires sur la journée du 06/02 avec un mauvais rendement (Hb maintenue autour de 10.5 g/dl). Une exploration endoscopique digestive est alors faite. L'endoscopie haute a retrouvé les varices œsophagiennes grade 3 sans toujours aucun stigmate de saignement et la coloscopie objectivé le méléna avec présence de sang digéré sur l'ensemble du cadre colique et jusque dans l'iléon terminal. Aucune lésion causale

n'a pu être mise en évidence et aucun geste spécifique n'a donc été pratiqué. Un angioscanner abdominal a alors été réalisé dans la foulée. Ce dernier n'a pas mis en évidence de fuite de produit de contraste au niveau digestif. Le patient étant resté instable, il est alors transféré en urgence le 6/2 en réanimation chirurgicale à Saint Antoine où en état de choc réfractaire malgré la transfusion de 3 culots globulaires supplémentaires, il a eu un nouvel angioscanner qui cette fois-ci a objectivé la présence d'un cavernome péri-iléal saignant activement dans le tube digestif. Le patient a alors été transféré à la Pitié-Salpêtrière le 6/2 au soir pour réalisation en urgence d'un TIPS de sauvetage posé dans la branche postérieure droite de la veine porte. Celui-ci a permis l'arrêt du saignement puis une restauration progressive de l'état hémodynamique. Les suites ont été marquées par l'absence de récurrence hémorragique avec stabilité de l'hémoglobine et par un sepsis pulmonaire documenté à P.Aeruginosa résistant aux carbapénèmes traité par Ceftozolane/Tazobactam. Le patient a été extubé le 16/2 avant un retour en réanimation à Villeneuve le 25/02 puis dans notre service le 27/02. L'évolution a ensuite été lentement favorable avec une reprise progressive de l'alimentation et de la marche avant un retour au domicile le 13/3. Cette hémorragie par hypertension portale est rare. Elle doit être évoquée notamment devant l'absence de tout stigmate de rupture de varice œsophagienne en cas de méléna survenant chez un patient cirrhotique. Une revue de la littérature sera présentée lors du Congrès.

8 - Une perturbation du bilan hépatique chez une diabétique : un diagnostic rare à évoquer.

A.BARON ; C.LEVI ; B.LAMBARE Service d'Hépatogastro-entérologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil Essonnes.

Une patiente de 55 ans, est adressée en consultation pour une perturbation du bilan hépatique évoluant depuis 2 ans avec biologiquement : ASAT 55 UI/L (N<45) ALAT 65 UI/L (N<45UI/L) PAL 325 UI/L (N < 150) GGT 400 UI/L (N < 50 UI/L) et bilirubinémie normale. Elle est asymptomatique. Elle a un diabète de type 2 sévère compliqué d'une néphropathie diabétique pour laquelle est hémodialysée, une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une surcharge pondérale modérée (BMI à 26). Le bilan de première intention révèle : un foie stéatosique à l'échographie hépatique sans dysmorphie, sans lésion focale, les voies biliaires sont fines, la vésicule biliaire alithiasique. Les sérologies virales C, VIH et VHE sont négatives, elle est vaccinée contre le VHB. Le bilan immun est négatif, notamment les anticorps anti-mitochondries de type 2. L'hypercholestérolémie est contrôlée sous traitement par statine depuis 5 ans, l'hémoglobine glyquée est à 9.5% sous insulinothérapie. Les bilans

martial, du cuivre et l'alfa-1 anti-trypsin sont normaux. La cholangio IRM est de qualité moyenne mais ne révèle pas d'obstacle des voies biliaires ou de cholangite évidente, l'IRM hépatique est normale, le pancréas sans lésion évidente. L'élastométrie hépatique par FibroScan est normale à 5.6 KPa. L'échographie cardiaque transthoracique est normale sans signe de dysfonction cardiaque droite. Une ponction biopsie hépatique est réalisée chez cette patiente candidate à une transplantation rénale et révèle une atteinte hépatique liée au diabète peu commune. Les résultats de la biopsie et la discussion diagnostique seront abordés lors du congrès.

9 - Mortalité à 5 ans de la cirrhose alcoolique : les malades meurent tout autant, mais pas de la même manière ...

Edeline Kaze, Jean Henrion Centres hospitaliers de Jolimont, Haine-Saint-Paul, Belgique

But :

Le pronostic à 5 ans de la cirrhose alcoolique est sombre avec une mortalité pouvant excéder 50%. Le but de cette étude a été de déterminer si ce pronostic avait changé au cours des 2 dernières décades.

Malades et Méthodes :

De janvier 1995 à décembre 2014, 932 malades cirrhotiques ont été consécutivement inclus dans un registre de cirrhoses. Parmi eux, 565 avaient une cirrhose d'origine alcoolique (61%). De ceux-ci, 16 ont été exclus car complètement perdus pour le suivi et 114 ont été exclus vu un délai de plus de 2 ans entre le diagnostic de cirrhose et l'inclusion dans le registre. Les 435 malades restants ont été répartis en 2 cohortes, 206 malades inclus dans le registre de 1995 à 2004 (cohorte 1) et 229 malades inclus de 2005 à 2014 (cohorte 2). La mortalité précoce, à 5 ans, a été étudiée au sein de ces 2 cohortes séparées de 10 ans. Le dernier bilan fut réalisé en début 2020 ce qui implique que tous les malades ont eu un suivi d'au moins 5 ans.

Résultats :

Parmi les 206 malades de la cohorte 1, 80 malades (groupe 1) sont décédés dans les 5 ans suivant le diagnostic de cirrhose (39%) alors que parmi les 229 malades de la cohorte 2, 83 malades (groupe 2) sont décédés dans les 5 ans (36%) ($p=0.6$). Pour les 80 malades du groupe 1, l'âge moyen au moment du décès était de 57,2 ans comparé à 61,3 ans pour les 83 malades du groupe 2 ($p=0.02$). La gravité de la cirrhose à l'inclusion dans le registre, était identique entre les 2 groupes (groupe 1 : Child Pugh 7.9 versus groupe 2 : Child Pugh 7.8). La mortalité à 5 ans d'origine hépatique était semblable dans les 2 groupes (groupe 1 : 80% versus groupe 2 : 81%). La mortalité hépatique par cirrhose terminale sans événement précipitant n'était pas significativement différente entre les 2 groupes (groupe 1 : 36% versus groupe 2 : 29% - $p=0.4$). Par contre, en cas

de décès hépatique précipité par un événement aigu, celui-ci différait en ce qui concerne l'hémorragie digestive (groupe 1 : 30% versus groupe 2 : 9% - $p=0.003$) et le sepsis (groupe 1 : 1,5% versus groupe 2 : 14% - $p=0.009$). Les décès hépatiques précipités par hépatite alcoolique aiguë sévère (groupe 1 : 17% versus groupe 2 : 18% - $p=0.8$) et cancer hépatocellulaire (groupe 1 : 9% versus groupe 2 : 15% - $p=0.3$) ne différaient pas entre les 2 groupes.

Conclusions et points à discuter :

1/ Le chiffre de la mortalité à 5 ans de la cirrhose alcoolique n'a pas changé récemment.

2/ L'âge moyen des cirrhotiques alcooliques au moment du diagnostic de cirrhose et au moment du décès tend à s'élever.

3/ La mortalité précipitée par hémorragie digestive a fortement diminué alors que la mortalité par sepsis augmente.

4/ La mortalité par hépatite alcoolique aiguë sévère ne s'améliore pas.

10 - Evaluation du taux d'optimisation de l'ustekinumab chez des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans des centres hospitaliers de l'Association nationale des hépato-gastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH).

VIDON Mathias

Introduction :

L'ustekinumab est un inhibiteur des interleukines IL12/23 qui a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement du psoriasis depuis 2009, qui a été étendu au rhumatisme psoriasique. Ce traitement a obtenu l'AMM en novembre 2016, dans la maladie de Crohn (MC) active modérée à sévère chez les patients adultes en échec d'anti-TNF α , ou qui présentent une contre-indication médicale à ces traitements, et en 2019 dans la rectocolite hémorragique (RCH) Il a fait la preuve de son efficacité dans la MC et la RCH, 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),(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 plusieurs centres hospitaliers de l'ANGH. Matériels et Méthodes : Etude rétrospective, observationnelle, incluant tous les patients adultes des services de gastro-entérologie du Centre Hospitalier de Créteil, Le Raincy Montfermeil, d'Avignon Henri Duffaut, de Perpignan, du Havre, d'Argenteuil, de Montélimar et

d'Aubagne ayant bénéficié d'au moins une injection d'Ustekinumab entre Novembre 2016 et mars 2020 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) ainsi que la dose, de déterminer le délai médian avant la nécessité d'optimiser le traitement, le taux d'arrêt de traitement le taux de réponse à l'optimisation du traitement et de décrire les effets secondaires. Résultats :

Nous avons inclus 71 patients, avec un âge médian de 43 ans [21-82], une durée médiane de d'évolution de la maladie de crohn de 9 ans [1-35]. 60 patients (85%) étaient porteurs d'une MC, 8 d'une RCH (11%). On notait la présence de manifestations extra-digestives dans 39% des cas (28/71), une atteinte périnéale dans 35% des MC (21/60) et un antécédent de chirurgie de résection intestinale dans 38 % des cas (27/71). Un tabagisme actif était retrouvé chez 25% des patients (18/71). Le score Harvey Bradshaw médian pour les MC avant le début du traitement était de 7 [1 ; 14], à 6 mois de traitement de 4 (0-10) et aux dernières nouvelles de 2 (0-10). Le taux de CRP médian à l'induction était de 15mg/L (1-150), à 6 mois de 6mg/L (0-110) et aux dernières nouvelles de 4mg/L (1-88). Le taux de calprotectine fécale médian à l'induction était de 1038 µg/g, à 6 mois de traitement de 953 µg/g (299-2921) et aux dernières nouvelles de 350 µg/g (81-2450). La durée médiane de suivi entre la date de la première injection et la date des dernières nouvelles est de 17 mois Une coloscopie a été réalisée avant de débiter le traitement chez 49 patients (69% des patients), avec un score endoscopique précisé chez 44 patients (90% des coloscopies) Pour les patients porteurs d'une MC, le score CDEIS médian (30 patients) était de 7,5 (0-35). 13 patients (18) étaient sous corticothérapie systémique au moment de l'induction, 6 patients (8%) sous Methotrexate, et 11 patients (15%) sous Azathioprine. 96% des patients ont eu au moins un traitement par anti-TNF-alpha antérieur (68/71). 24% (17/71) ont reçu un traitement antérieur par Entyvio. L'Ustekinumab a été débuté en intraveineux lors de la première injection chez 99 % des patients (70/71). 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 93% des patients (66/71), et de 12 semaines pour 4 patients. Une coloscopie était réalisée au décours de l'induction chez 23 patients (32%), avec un score endoscopique précisé chez 17 patients et un délai médian entre l'induction et la coloscopie de 13 mois (1-27). A noter une cicatrisation histologique chez 9 patients (40 % des coloscopies). Les patients ont nécessité une optimisation du traitement par Ustekinumab, avec rapprochement des injections dans 44% des cas (31/71) dont avec une réponse clinique à

l'optimisation de 48% (15/31). Le délai entre deux injections était majoritairement de 4 semaines (74% des cas). Le délai médian avant l'optimisation du traitement était de 6 mois [1;29]. Le traitement a été arrêté chez 20 patients (28%), avec un temps médian avant l'arrêt du traitement de 11 mois [2;39]. Les motifs d'arrêts étaient les suivants : échec ou échappement chez 14 patients (70%), allergie chez un patient, fistule anastomotique avec abcès péri-anastomotique chez un patient, occlusion digestive chez deux patients et cancer chez deux patients. Des effets secondaires étaient observés chez 8 patients (19%) : allergie, alopecie, fistule anastomotique avec abcès, asthénie, cancer du poumon, cancer du sein et cancer (sans précision). A noter une suspicion de COVID chez un seul patient.

Conclusion :

Cette étude regroupait plus de 70 patients traités par Ustekinumab dans les centres hospitaliers de l'ANGH, majoritairement porteurs d'une MC (85%) avec une MICI qui évoluait depuis près de 10 ans avec au moins un échec d'Anti-TNF dans 96% des cas. Le taux d'optimisation du traitement par Ustekinumab était de 44% avec une efficacité de l'optimisation chez un patient sur deux et un arrêt du traitement chez moins de 30% des patients malgré une durée de suivi médiane de près de deux ans et demi. Les effets secondaires significatifs étaient l'allergie chez un patient, un abcès anastomotique chez un patient et un cancer chez 3 patients, dont l'imputabilité du traitement n'est pas établie. Références : 1) UNITI 1&2 : Feagan BG et al. N Engl J Med 2016; 375:1946-60. 2) Efficacy as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis : Sands et al. N Engl J Med 2019; 381:1201-14 3) Effectiveness and safety of ustekinumab 90 mg every 4 weeks in Crohn's disease, M. Fumery et al. ECCO 2019 (communication orale)

11 - Résultats d'un rappel systématique par téléconsultation d'une file active de 96 patients MICI pour vérification de l'observance au traitement immunosuppresseur et évaluation de l'état d'anxiété en période de confinement.

*C. Richez** , J. Verlynde* , L. Delhoustal* , O. Zaharia* , T. Paupard* . Service d'Hépatogastroentérologie* Service d'Addictologie** Centre Hospitalier Dunkerque.*

L'observance thérapeutique au long cours chez les malades suivis pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) est assez faible, autour de 50% en fonction des études de la littérature. Elle est multifactorielle et dépend entre autres du type de traitement et de son mode d'administration. Les patients sont souvent méfiants par rapport aux risques infectieux vis-à-vis des immunosuppresseurs et en particulier des biothérapies. Nous avons souhaité connaître le

niveau d'observance et d'anxiété des patients confinés à domicile et traités par immunosuppresseurs pendant la période COVID 2020.

Méthodologie :

étude observationnelle monocentrique. Rappel en téléconsultation par un seul médecin gastroentérologue non impliqué habituellement dans les soins des malades, à partir d'une file active de 96 patients MICI suivis au sein d'une base de données (Focus MICI®). Objectif principal : analyse de l'observance au traitement et du degré d'anxiété des patients MICI sous immunosuppresseurs pendant la période épidémique et de confinement. Résultats :

analyse des données en cours. Présentation lors du congrès ANGH Annecy 2020.

12 - Amélioration de la qualité de vie et de la continence des patients atteints de RCH distale, traités par Mésalazine. Étude QUARTZ.

Thierry Paupard¹, Florent Gonzalez², Laurent Siphoudhis³, Laurent Peyrin-Biroulet⁴ ¹Centre Hospitalier de Dunkerque, Dunkerque, France ²Cabinet d'Hépatogastroentérologie, Nîmes, France ³CHU Pontchaillou, Rennes, France ⁴CHU Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Introduction

Il n'existe pas de données scientifiques solides ayant analysé de façon combinée la qualité de vie, le handicap fonctionnel et la continence des patients souffrant d'une RCH distale. Il s'agit de la première étude prospective dans cette situation. Patients et méthodes

Étude observationnelle, prospective et multicentrique impliquant des gastro-entérologues hospitaliers et libéraux, menée chez des patients atteints de rectite ou recto-sigmoïdite basse (<20 cm) active d'intensité légère à modérée (score Mayo ≥ 3 et ≤ 10), et traités par Mésalazine en traitement d'induction de la poussée. Les patients ont été suivis pendant 12 mois (± 2 mois). Le critère de jugement principal (qualité de vie) était évalué par le questionnaire SIBDQ à 8 semaines (± 4 semaines) de traitement. Le handicap fonctionnel et l'incontinence fécale liés à la maladie ont été évalués respectivement à l'aide des questionnaires IBD-DI et de Cleveland.

Résultats

De décembre 2015 à Novembre 2016, 117 patients ont été inclus. Les données de 93 patients ont fait l'objet d'une analyse dont les principaux résultats sont rapportés dans le tableau 1. A 8 semaines, 76 (81%) patients étaient en rémission clinique avec une amélioration moyenne du score SIBDQ de $6,7 \pm 7,1$ points ($p < 0.001$). L'observance au traitement au cours de la période d'induction était imparfaite chez 76 (82%) patients: 17 (18%) patients ont arrêté le traitement prématurément avant la huitième semaine (formulation rectale chez tous). A l'issue de la phase d'induction, 72 (77%) patients

ont eu un traitement de maintenance. Onze (12%) patients ont rapporté un évènement indésirable au cours de l'étude, mais aucun n'était lié au traitement.

Conclusion

Chez des patients atteints d'une forme distale de RCH et traités par Mésalazine, la qualité de vie, le handicap fonctionnel et la continence s'améliorent à 8 semaines en dépit d'une observance sous optimale.

Tableau 1: principales données d'observation à l'inclusion et au terme de la période d'induction à 8 semaines, en fonction de la sévérité initiale de la poussée de RCH distale.

	Intensité légère n=48	Intensité modérée n=45	Total n=93
Genre, H/ F	26/22	24/21	50/43
Âge moyen, moy \pm ET	43,7 \pm 13,6	41,5 \pm 15,6	42,7 \pm 14,5
Ancienneté de la RCH < 1 an, N(%)	21(44%)	28(62%)	49(53%)
Mésalazine orale			16(17%)
Mésalazine locale			44(47%)
TTT combiné oral et local			33(36%)
Corticoïdes associés	7(15%)	5(11%)	12(13%)
SIBDQ Inclusion, moy \pm ET	40,4 \pm 7,1	35,9 \pm 9,1	38,2 \pm 8,4
SIBDQ Semaine 8	44,8 \pm 6,1*	43,3 \pm 7,6 *	44,1 \pm 6, 8*
IBD-DI Inclusion, moy \pm ET	21,5 \pm 19,2	32,7 \pm 20, 3	26,9 \pm 2 0,4

IBD-DI Semaine 8, moy±ET	14,0±15,3	17.6±16, 0	15,8±1 5,7
Cleveland ≥ 4 Inclusion, N(%)	9(19%)	11(24)%	20(22) %
Cleveland ≥ 4 Semaine 8, N(%)	3(6,3%)	6(13,3%)	9,7%

*p<0.001 par rapport aux données d'inclusion ET : écart type ; F : femme ; H : hommes ; moy : moyenne , N : nombre de patients

13 - Une petite lésion sous muqueuse antrale d'allure bénigne révélant un Lymphome B diffus à grande cellule localisé dans l'estomac : Cas clinique.

HOWAIZI Marc, BANI Mohammed-Amine, ROSA-HEZODE Isabelle, VIDON Mathias, HAGEGE Hervé

Une femme de 55 ans a consulté dans notre service pour exploration d'une anémie par carence martiale , sans syndrome inflammatoire. Dans ses antécédents, on note un ulcère duodéal ancien, une cardiopathie ischémique , un syndrome d'apnée du sommeil sévère appareillée et un tabagisme actif évalué à 30 paquets-années. Elle présentait une asthénie mais pas de signes B notamment pas de sueurs nocturnes, de plus, elle ne rapportait pas de symptômes digestifs. L'examen clinique était normal notamment pas de masse abdominale ni



ganglionnopathie périphérique. Au cours d'une gastroscopie Nous avons visualisé et biopsié une petite lésion sous muqueuse d'aspect bénin de 8 mm dans l'antré. Ces biopsies ont révélé un Lymphome B Diffus à Grande cellule, une seconde lecture en centre expert a confirmé le diagnostic. Les biopsies gastriques systématiques montraient

de l'inflammation et de l'atrophie sans présence d'Hélicobacter Pylori. La coloscopie a permis la résection d'un polype de 6 mm présentant en histologie une infiltration lymphocytaire avec de petits lymphocytes à prédominance B. L'EPP et les LDH étaient normaux. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien était normal, le TEP-scanner ne montrait pas de fixation hypermétabolique. La patiente a ensuite été adressée au service d'Hématologie de Henri Mondor. Le bilan d'extension ne montrait pas d'autres lésions. La RCP a préconisé un traitement par R-CHOP 21. Pour rappel, la localisation digestive la plus fréquente du lymphome non hodgkinien est gastrique (60-70%). Le plus fréquent des lymphomes digestifs est le Lymphome B diffus à grande cellule. (47%). Le lymphome gastrique compte pour 3 à 5% des tumeurs malignes de l'estomac. Les aspects principaux de lymphome gastrique sont les ulcères , les masses polypoides et l'infiltration diffuse. Les formes sous-muqueuses isolées existent mais demeurent rares, très peu décrites dans la littérature et ne sont presque jamais photographiées.

14 - Can we optimize the carcinoembryonic antigen as a prognostic biomarker in rectal cancer?

Tânia Gago, Paulo Caldeira, Joana Roseira, Catarina Cunha, Pedro Campelo, Horácio Guerreiro

Introduction:

The carcinoembryonic antigen (CEA) is a preoperative biomarker commonly used in patients with colorectal cancer (CRC). However, controversy still exists regarding its prognostic value in CRC. Recent studies have found that local CEA may play a more important role in the prognosis of CRC than overall serum CEA.

Aims:

We aimed to investigate whether the preoperative serum CEA/maximum tumor diameter (CEA/TS) serves as a prognostic factor in patients with rectal adenocarcinoma who received neoadjuvant chemoradiation therapy (NA-CRT) followed by curative tumor resection. The outcomes were downstaging (clinical stage higher than pathologic stage), complete pathologic response (no viable tumor cells in either the rectal wall or lymph nodes on pathology of the surgical resection specimen (ypT0N0M0)), overall survival (OS) (time in months from surgery to death) and disease-free survival (DFS) (time from surgery to disease recurrence).

Methods:

We retrospectively reviewed patients with rectal cancer who underwent NA-CR followed by curative tumor resection from march 2012 to october 2017. Both preoperative serum CEA level and the rectal tumor size were assessed to calculate CEA/ExT, which represents the CEA level adjusted by tumor size. All analyses were performed using Statistical

Package for the Social Sciences (version 24.0).
Results:

In all, 89 patients who satisfied both the inclusion and exclusion criteria were included: 60,7% males, overall median age of 63,8±10,42 years, and 79,8% patients with Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status of 0. In the majority of them the tumor was located in distal rectum (43,8%) and measured less than 5 cm (57,3%). In 58,4% patients, surgery was performed between 6 and 10 weeks after NA-CRT. There was downstaging in 83,1% patients and complete pathologic response in 41,6% patients. The mean CEA/ExT was 2,01ng/ml per cm. The univariate analysis indicated that higher CEA/ExT levels were associated with high CA 19-9 level (p=0,04) and low hemoglobin (p=0,03), complete pathologic response (p=0,04) and downstaging (p=0,02). According to the multivariate analysis, CEA/ExT was independently associated with downstaging (OR: 5,60; 95%CI: 1.14-26.9, p=0.03). Likewise, patients with low CEA/ExT had better OS and DFS.

Conclusion:

Preoperative CEA/ExT can be used to predict the outcomes of patients with rectal cancer who underwent NA-CRT which may influence the decision-making process for a specific treatment regimen and patient counselling.

15 - Une tumeur du bulbe en forme de Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?

T. Paupard* J. Verlynde* J. Branche** *HGE, CH Dunkerque ** HGE, CHRU Lille

Quiz Vidéo. Présentation du film. Rappel synthétique de la pathologie, des difficultés diagnostiques et du traitement.

16 - Cancer du pancréas métastatique : une histoire surprenante

Claire Sabat (1), Marc Prieto (1), Laurence Thomas-Marques (1,2), Mohamed Ali Masmoudi (1), Marie Cécile Cook (3) Jacquot Rakotobe (4), Mathieu Yver (5), Jérôme Cros (6), Nathalie Theou Anton (7), Pascal Hammel (8), Christophe Locher(1) (1) Hépatogastroentérologie, Meaux (2) Unité de chimiothérapie ambulatoire, Meaux, (3) Chirurgie digestive, Meaux (4) Imagerie médicale, Meaux (5) Anatomopathologie, Jossigny (6) Anatomopathologie, Beaujon (7) Département de génétique, Bichat (8) Oncologie médicale, Beaujon

En mars 2017, une patiente âgée de 68 ans consulte pour des épigastralgies avec nausées et amaigrissement récent de 7 kg. Parmi ses antécédents : anneau gastrique puis by pass en 2011, HTA, hypercholestérolémie, hypothyroïdie. Tabac=0, Alcool=0. L'examen clinique est normal avec un IP=1 et IMC= 27,3kg/m2. Le bilan biologique est normal en dehors d'une GGT à 2N Le

TDM abdomino-pelvien retrouve une lésion du corps du pancréas de 3 cm avec 3 localisations secondaires hépatiques (Image n°1)

Image n°1 : TDM abdomino-pelvien avec injection : lésion du corps du pancréas de 3 cm (flèche blanche) avec localisation hépatique secondaire du segment V (flèche noire).



La fibroscopie est normale. La biopsie chirurgicale d'un nodule hépatique montre un adénocarcinome moyennement différencié CK7+CK20- d'origine pancréatico-biliaire. Le CA19.9 est >10000 UI/ml Une chimiothérapie par Folfirinox est débutée en Mai 2017... L'évolution inhabituelle ainsi que les dernières nouvelles de cette patiente seront détaillées lors du congrès.

17 - Une bactérie qui ne fait pas dans la dentelle Lidia Ouali, Marion Jager, Florence Skinazi, Caroline De Kerguenec Service de gastroentérologie Hôpital DELAFONTAINE 93200 SAINT DENIS

Un patient de 46 ans sans antécédent en dehors d'une probable goutte du genou droit est hospitalisé au CH de Saint Denis en mai 2020 pour de la fièvre évoluant depuis 3 jours avec une diarrhée sanglante, des céphalées et des lombalgies. A l'entrée, la température est à 40°C en plateau sans instabilité hémodynamique, l'abdomen est souple et indolore. Les selles sont liquides, sanglantes et glaireuses. Biologiquement, il existe un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 14 000/mm³, une CRP à 325 mg/l et une procalcitonine à 40µg/l. Le bilan hépatique est perturbé avec une cytolyse à 5N et une cholestase (ASAT/ALAT 157/232 UI/l, PAL/GGT 79/ 500UI/l, Bilirubine T/C : 42/25µmol/l). Les prélèvements infectieux font découvrir une bactériémie à bacille gram négatif multisensible. La ponction lombaire est normale, la PCR Covid-19 est négative. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien effectué en urgence montre une masse intra hépatique hypodense présentant de petites cloisons, sans paroi bien individualisée, sans prise de contraste, faisant évoquer une masse nécrotique septique ou une lésion secondaire.

Le diagnostic d'abcès hépatique est retenu et une antibiothérapie par C3G –métronidazole est débutée. Après quelques jours, la fièvre régresse mais les douleurs lombaires se majorent avec l'apparition d'une impotence fonctionnelle des membres inférieurs, un signe de Lasègue bilatéral sans déficit sensitivo-moteur ni trouble sphinctérien, sans modification des réflexes ostéo tendineux qui sont conservés. Une IRM du rachis lombaire est réalisée en urgence Quel diagnostic évoquez-vous ? Quels examens complémentaires auriez-vous fait ?



18 - Ascite sur rupture du canal pancréatique principal associé à une décompensation oedémato-ascitique

Anaïs Bertrand (1), Cristina Levi (1), Bénédicte Lambare (1) (1) Service d'hépto-gastro-entérologie, CH Sud-Francilien, Corbeil-Essones

Introduction. Si l'ascite pancréatique est bien décrite dans la littérature, elle demeure rare parmi les causes d'ascite. Il s'agit d'un diagnostic différentiel peu évoqué en première intention, notamment chez les patients ne présentant pas de signe de maladie pancréatique. La concentration de lipase dans l'ascite supérieure à 1000 UI/L, la tomodynamométrie abdominale ainsi que la pancréatographie par résonance magnétique permettent de faire le diagnostic de la lésion pancréatique et de la rupture du canal pancréatique principal. Le traitement peut être uniquement médical, mais aussi chirurgical ou endoscopique. Cas clinique. Nous présentons le cas d'un patient qui a été pris en charge pour majoration du périmètre abdominal. L'échographie réalisée en urgence a révélé un épanchement intra péritonéal de grande abondance et la tomodynamométrie a montré une hépatopathie chronique avec des

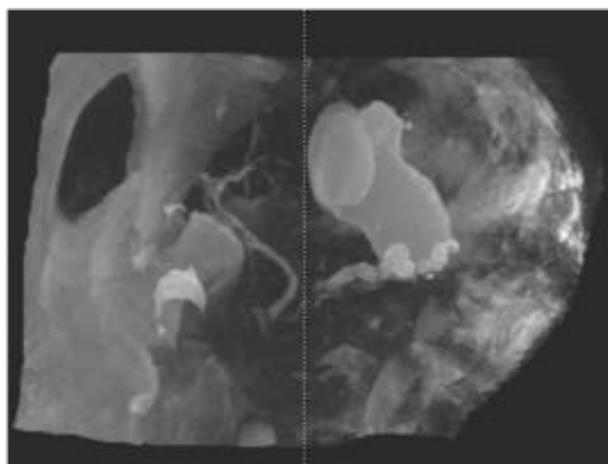
signes d'hypertension portale ainsi qu'une pancréatite chronique calcifiante.

Pseudokyste pancréatique et ascite périhépatique



Le liquide d'ascite avait un aspect brun et l'analyse biochimique retrouvait une lipase à 550UI/L. L'IRM pancréatique a révélé une fistule wirsungopéritonéale sur une rupture du canal principal pancréatique. Le patient a été mis sous traitement médical : Sandostatine et nutrition entérale, et également diurétiques. L'évolution a été marquée par la survenue d'une infection de coulée de nécrose et d'une fistulisation transdiaphragmatique responsable d'une vraisemblable médiastinite.

PancréatoIRM - Fistule pancréatique



Il a bénéficié d'un drainage transgastrique avec une évolution favorable. Discussion. La présence concomitante de deux causes d'ascite d'origine à la fois pancréatique et hépatique constitue un piège diagnostique et nécessite le traitement des deux étiologies. La particularité de la rupture du canal pancréatique présentée par le patient tient à sa localisation distale qui a limité une approche endoscopique initiale, la volumineuse ascite compliquant également le geste. Conclusion. En définitive, il s'agit d'une démarche diagnostique

complexe qui a permis de trouver deux causes d'ascite intriquées.

20 - Quality indicators in colonoscopy: audit and feedback

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, Diana Ramos, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

Introduction:

In the last decade, societies of gastrointestinal endoscopy identified quality in colonoscopy as a priority on their agenda, given the significant discrepancy between gastroenterologists/endoscopy units concerning rate of cecal intubation, rate of adenoma detection or quality of bowel preparation. Thence, a set of quality indicators was identified in order to measure the performance of the gastroenterologist or the endoscopy unit, aiming the implementation of approaches to optimize performance. An audit study to evaluate these indicators, followed by the disclosure of the results (feedback), may improve individual and collective performance. Aim and Methods: We aimed to assess the impact of an internal audit and feedback on compliance to quality indicators in colonoscopy. We conducted an intervention study on a group of specialists and residents of Gastroenterology. Random 350 screening or diagnostic colonoscopies were included from patients aged ≥ 50 years between September/2017 and August/2018. Quality indicators were assessed according to ESGE recommendations (2017). In November/2018, the results of the audit were disclosed to the group. Then, another sample of 350 colonoscopies performed between January-September/2019 was similarly selected and analysed.

Results:

700 patients were included (55% male; mean age 67 ± 10 years). 86% of colonoscopies performed without sedation. After the audit and feedback intervention, significant improvements were found in the cecal intubation rate (90,9% vs 94,9%, $p < 0,05$), photodocumentation of the appendiceal orifice (65,4% vs 80,1% , $p < 0,001$), reporting of quality of bowel preparation (87,1% vs 99,1%, $p < 0,001$) and use of a quantitative validated scale to assess bowel cleansing (66,9% vs 92,9%, $p < 0,001$). There was also an increase in the rate of detection of polyps (41,8% vs 47,2%) and adenomas (33,3% vs 36,4%) after the intervention, but with no statistical significance.

Conclusions:

An internal audit and feedback intervention improved the compliance of gastroenterologists to quality indicators in colonoscopy. If seen as a dynamic process of ongoing improvement, this type of study can be useful to create awareness for the

need of implementation of methodologies to optimize individual and collective performance.

21 - Comment évaluer les performances d'un endoscopiste en coloscopie : quels indicateurs ? quels standards ?

Bernard Denis, Isabelle Gendre, Philippe Perrin, Nicolas Tuzin ADECA Alsace Colmar, CHU Strasbourg

Tout programme d'amélioration de la qualité de la coloscopie intègre l'évaluation des performances de l'endoscopiste. Outre le taux de coloscopies complètes, le principal indicateur est le taux de détection des adénomes (TDA). Il a pourtant ses limites : binaire, il dépend du résultat anatomopathologique et ne prend pas en compte les adénomes avancés, le nombre d'adénomes réséqués ni la voie festonnée. Le but de ce travail était d'évaluer d'autres indicateurs de performances et de proposer des standards pour le programme français de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique (FIT). Méthodes : Evaluation des performances des endoscopistes sur toutes les coloscopies FIT+ réalisées en Alsace lors des deux 1ères campagnes FIT (C1 et C2) (juin 2015 - juin 2019). Seuls étaient évalués les endoscopistes ayant fait ≥ 30 coloscopies. Les indicateurs étaient groupés en 3 catégories évaluant les capacités de détection, de diagnostic optique de lésion néoplasique et de polype dégénéré pT1, et de polypectomie. Résultats : Un total de 14.228 coloscopies FIT+ étaient réalisées par 116 endoscopistes. 773 (5,4%) révélant un cancer étaient exclues, de sorte que 13.455 coloscopies étaient évaluées (moyenne d'âge 62,4 ans, hommes 59,6%). Le nombre de coloscopies par endoscopiste variait de 1 à 623 (moyenne 116, médiane 85). 42 (36,2%) endoscopistes réalisant < 20 coloscopies FIT+ annuelles étaient qualifiés à faible volume. Globalement, le taux d'intubation caecale (TIC) était de 97.1%. 7 endoscopistes (6,0%) avaient un TIC $< 90\%$, et 16 (13,8%) entre 90 et 95%. Le TIC était $< 90\%$ chez 12.5% des endocopistes à faible volume, significativement supérieur à 1,5% chez ceux à gros volume ($p=0.01$). Il n'y avait pas de corrélation entre le volume de coloscopies de l'endoscopiste et la plupart des indicateurs de détection, à l'exception du taux de détection de lésions festonnées proximales ($>$ angle gauche) (TDLFprox), significativement plus élevé chez les endoscopistes à gros volume (7,8%) que chez ceux à faible volume (5,9%) ($p=0.01$). Un total de 388 coloscopies par 36 endoscopistes réalisant < 30 coloscopies dans la période étaient exclues des analyses suivantes qui portaient sur 13.067 coloscopies réalisées par 80 endoscopistes. Il n'y avait pas de différence de TDA global entre C1 (58,0%) et C2 (57.0%)($p=0,2$). Par contre, le TDLFprox augmentait significativement de 7,0% en C1 à 8,5% en C2 ($p < 0,01$). Les TDA et TDLFprox

variaient selon l'endoscopiste, respectivement de 27,8% à 81,0% et de 0% à 24,6%. Leur corrélation était assez bonne (Pearson = 0,7, $p < 0.01$). Alors que 5/72 (6,9%) endoscopistes avaient un TDA $\geq 45\%$ et un nombre moyen d'adénomes (NMA) $< 0,8$, un seul sur 48 (2,1%) avait un TDA $\geq 55\%$ et un NMA $< 0,8$. De même, alors que 36,1% des endoscopistes avaient un TDA $\geq 45\%$ et un TDLFprox $< 4\%$, seuls 4,2% avaient un TDA $\geq 55\%$ et un TDLFprox $< 4\%$. Le TDLFprox était $> 1\%$ chez 94% des endoscopistes et $> 5\%$ chez 62,5%. Les nombre moyen d'adénomes et nombre moyen d'adénomes par coloscopie avec adénome n'apportaient aucun renseignement supplémentaire par rapport au TDA au seuil de 55%. En analyse multivariée, les facteurs liés significativement au TDA étaient le sexe, l'âge, les antécédents de dépistage, le taux d'hémoglobine fécale, le TIC $< 90\%$, et l'endoscopiste. Une augmentation de 10 $\mu\text{g/g}$ du taux d'hémoglobine fécale était associée à une élévation de 2% du TDA. Le mode d'exercice, l'année, le délai entre test et coloscopie, et le volume de coloscopies n'étaient pas significativement liés. Les facteurs liés significativement au TDLFprox étaient le sexe, les antécédents de dépistage par coloscopie, le TIC $< 90\%$, et l'endoscopiste. Au total, et tenant compte pour le calcul du TDA de l'intervalle de confiance à 95% lié au nombre de coloscopies évaluable pour chaque endoscopiste, 2485 patients (18,5%) étaient explorés par 25 endoscopistes (21,6%) dont le TDA était suboptimal, $< 55\%$. Les capacités de diagnostic optique des endoscopistes étaient évaluées par le taux de détection des lésions non néoplasiques (TDLNN) et les sensibilité et valeur prédictive négative pour le diagnostic de polype dégénéré (pT1). Le TDLNN variait de 0 à 73,2% (moyenne 24,5%). Sa corrélation avec le TDA était moyenne (Pearson = 0,24, $p = 0.03$). Le TDLNN des endoscopistes dont le TDA était $> 70\%$ était de 39,5%, significativement supérieur à celui des endoscopistes dont le TDA était $\leq 70\%$ (21,4%, $p < 0,001$). Des seuils minimal $< 30\%$ et cible $< 25\%$ sont proposés pour le TDLNN. La sensibilité pour le diagnostic de polype dégénéré (pT1) était de 44,9% (27,0% pour les pédiculés et 54,3% pour les non pédiculés), la valeur prédictive négative de 94,6%. Les compétences en polypectomie étaient évaluées par le taux de résection endoscopique des gros polypes bénins ≥ 20 mm (TREP+20). Il était de 82,7% chez 1057 patients, 67,4% dès la coloscopie initiale, 7,6% lors d'une 2ème coloscopie par le même endoscopiste, et 7,8% par un autre endoscopiste. Il était de 95,2% pour les gros polypes pédiculés, 70,2% pour les non pédiculés ($p < 0.001$). Il augmentait significativement de 78,3% en 2015-16 à 85,9% en 2017-18 ($p < 0.01$). Il variait de 0 à 100% selon l'endoscopiste (médiane 72,0%), était $\geq 90\%$ chez 24,8% des endoscopistes (91,3% chez 4 experts) et $< 80\%$ chez 58,4%. Il n'y avait aucune corrélation entre TREP+20, indicateurs de

détection et volume de coloscopies. Seuls 85 patients (7,3%) étaient adressés pour résection endoscopique à un collègue plus expérimenté. Au total, 60 à 90% des résections chirurgicales pour gros polype bénin étaient considérées comme abusives, soit 110 à 165 patients.

Conclusion :

Cette étude montre la persistance d'énormes disparités de performances entre endoscopistes. A condition d'élever le standard souhaitable entre 55% et 70% pour les coloscopies FIT+, le TDA suffit comme seul indicateur de détection. Un endoscopiste dont le TDA est $\geq 55\%$ (environ la moitié des endoscopistes) est un bon détecteur d'adénomes, d'adénomes multiples et d'adénomes/polypes festonnés sessiles. Les performances de diagnostic optique de lésion non néoplasique et de polype dégénéré pT1 sont nettement inférieures dans la vraie vie que dans les séries d'experts. Les compétences en polypectomie sont elles aussi très disparates avec un taux de recours excessif au chirurgical en cas d'échec. Un volume annuel de coloscopies FIT+ < 20 est corrélé à un taux significativement plus faible de coloscopies complètes, de détection de lésions festonnées proximales et un taux plus élevé de résection de lésions ni néoplasiques ni festonnées qui devraient être laissées en place. Près d'un patient sur 5 ne bénéficie pas d'une prise en charge optimale suite à un test FIT+... ce qui pose la question de la pertinence d'une certification, voire d'une accréditation des endoscopistes participant au programme national de dépistage organisé.

22 - Corrélation entre classification de CONECCT et histologie des polypes coliques : Résultats sur une série monocentrique rétrospective de 300 polypes consécutifs.

L. Costes, I. Rosa, M. Bani, S. Bendaoud, C. Somsouk, A. Wampach, M. Vidon, T. Lons, AC. Lesage, B. Pellat, D. Gillot, H. Hagège

L'ESGE recommande que tout polype soit décrit selon son aspect macroscopique dans la classification de Paris. La classification CONECCT est largement utilisée mais non encore recommandée par les sociétés savantes pour une utilisation systématique. Cette classification a l'avantage de résumer en seul tableau des classifications parfois complexes d'utilisation.

En pratique courante cette classification tend à être la première utilisée. L'utilisation de cette classification nécessite une formation spécifique des endoscopistes. Dans le service nous avons décidé en 2019 de généraliser l'utilisation des classifications Paris et CONECCT pour tout polype après formation de l'équipe (deux sessions en mai 2018 et février 2019). Nous avons ensuite évalué le nombre de polypes décrits selon Paris et CONECCT et la corrélation entre la classification CONECCT et l'histologie. Il s'agit d'une étude rétrospective

conduite dans le centre d'endoscopie digestive du CHI de Créteil du 1er janvier 2020 au 16 mars 2020. L'étude a porté sur 300 polypes consécutifs sur 138 coloscopies. La taille moyenne des polypes était de 6.8mm en moyenne (de 1 à 50mm). La classification de Paris était présente pour 79% des polypes et celle de CONECCT pour 92%. L'étude de la corrélation CONECCT avec l'histologie a donc porté sur 276 polypes. Au total 58% des polypes étaient bien classés selon CONECCT. Il existait une classification CONECCT correcte pour 41% des polypes hyperplasiques, 24% des polypes festonnés, 70% des polypes adénomateux de bas grade et 67% des polypes adénomateux de haut grade et 100% pour les cancers invasifs. Les caractéristiques des polypes figurent sur le tableau 1 Conclusion : La classification des polypes est réalisée systématiquement par l'équipe depuis 2 ans. La corrélation entre l'histologie et la classification CONECCT reste insuffisante malgré une formation de l'équipe. D'autres moyens de formation complémentaire devront être mis en place de façon à améliorer la caractérisation des polypes selon CONECCT.

276 polypes avec description selon la classification CONECCT		
Histologie	n	% de corrélation
hyperplasique	51	41
Festonné	45	24
Adénome de bas grade	175	70
Adénome dysplasie de HG	3	67
Cancer	2	100

23 - Un diagnostic qui fait « Pschitt »

Valérie Rossi Raouf Aït Youssef

Quizz endoscopique

Nous rapportons deux cas consécutifs à un mois d'intervalle d'un aspect endoscopique en coloscopie qui peut surprendre ceux qui ne l'ont jamais rencontré. Le premier cas est une découverte fortuite lors d'un examen de dépistage, l'autre plus orienté par une tomodensitométrie préalable pour douleurs abdominales. Une brève mise au point sur cette pathologie relativement rare sera faite lors du congrès.

24 - Des nodules coliques?

Alexandre Sayadi¹, Mohamed Amine Bani², Isabelle Rosa¹, Sihem Bendaoud¹, Anne Wampach¹, Celine Somsouk¹, Mathias Vidon¹ 1 : Service d'Hépatogastro-Entérologie, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 40 avenue de Verdun, 94010 Créteil cedex 2 ; Service d'Anatomie

pathologique, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 40 avenue de Verdun, 94010 Créteil cedex

Mme N., une femme de 62 ans, a été prise en charge dans notre service pour explorations endoscopiques dans le cadre d'hématochézie intermittente ancienne et d'un test FIT positif. Elle n'a jamais réalisé de coloscopie. Elle est originaire du Congo et est en France depuis 2016. Elle a comme principaux antécédents une infection par le VIH depuis 1987 avec une prise en charge difficile au Congo (ruptures de stock d'antirétroviraux régulières) au stade SIDA du fait d'un antécédent de tuberculose pulmonaire, ainsi que plusieurs carcinomes épidermoïdes : carcinome épidermoïde infiltrant HPV-induit de la vulve gauche en 2017, en rémission ; carcinome épidermoïde mandibulaire droit en 2018, en rémission ; carcinome épidermoïde du sillon inter-fessier en 2017, en rémission). La charge virale VIH est négative mais les CD4 restent entre 50 et 150 CD4/mm³ depuis le début de la prise en charge de la patiente. Le seul traitement pris est le GENVOYA (Emtricitabine, Elvitégravir, Cobicistat, Ténofovir). Cliniquement, elle n'a pas de douleurs abdominales ni de trouble du transit en dehors d'une hématochézie intermittente. Il n'y a pas de perte de poids récente ni d'altération de l'état général. Biologiquement, la patiente a une anémie normocytaire arégénérative à 10g/dL avec une carence en acide folique sans carence martiale, une supplémentation est alors débutée. Une coloscopie est alors réalisée, et met en évidence plusieurs lésions centimétriques sur l'ensemble du cadre colique, nodulaires, centrées par une érosion ou une ulcération superficielle, sans saignement spontané. Plusieurs de ces lésions sont biopsiées. Il y a par ailleurs 4 polypes infracentimétriques d'allure adénomateuse, pour lesquels une exérèse sera réalisée durant l'endoscopie. L'examen histologique confirmera l'origine adénomateuse sans dysplasie des 4 polypes retirés. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques concernant les lésions nodulaires réparties sur l'ensemble du cadre colique chez cette patiente VIH ? Le diagnostic sera présenté lors du congrès



25 - Intérêt de la coloscopie en immersion : étude monocentrique rétrospective

René-Louis Vitte, Frédérick Moryoussef, Hanene Habbassi, Ruth Tennenbaum. CHI Poissy Saint Germain.

Introduction :

La coloscopie est l'outil de dépistage des adénomes et du cancer colo-rectal mais des cancers de l'intervalle peuvent apparaître principalement en cas de non respect des recommandations de suivi ou de qualité de l'examen. Un des critères concerne le taux d'intubation caecale fonction de la morphologie du patient, de la technique ou de l'expérience de l'opérateur. En cas de coloscopie incomplète la coloscopie en immersion est alternative facile et économique. L'objectif était donc d'évaluer la faisabilité de cette technique et son taux de succès. Matériels et méthodes :

Nous avons inclus de façon rétrospective l'ensemble des coloscopies en immersion réalisées sur le CHI Poissy St Germain. Les examens étaient réalisés sous anesthésie générale avec endoscope Pentax EC38-i10F2 ou Fuse F1C-150. Un CAP était monté pour les indications de polypectomie. La progression jusqu'au bas fond caecal se faisait avec aspiration des résidus et instillation d'eau à température ambiante par pompe à galets (MTW) suivie d'une Insufflation d'air ou de CO2 au retrait pour examen de la muqueuse colique. Résultats : 20 coloscopies en immersion ont été réalisées par un seul opérateur de mai 2018 à juin 2020. L'âge moyen des patients était de 64 ans (50-80). Les indications de la coloscopie princeps étaient les suivantes : dépistage (n=12), carence en fer (n=3), rectorragies (n=2), douleurs abdominales (n=2), fixation caecale en TEP-scan (n=1). Les patients étaient adressés par 10 gastroentérologues pour : échec de coloscopie (n=10), polypectomie/mucosectomie (n=6), antécédent de coloscopie difficile (n=2), obésité (n=2). Le taux d'intubation du bas-fond caecal était de 100%, avec 26 polypes dépistés, 24 réséqués de 3 à 20mm : 0-Is (n=8), 0-Ila (n=12), 0-IIb (n=4) dont 13 adénomes en dysplasie de bas grade, 2 adénomes festonnés sessiles sans dysplasie (n=2) et 9 en attente d'interprétation (n=9). Parmi les patients référés pour polypectomie/mucosectomie (n=6), 2 patients n'ont pu être traités (LST caecale de très grande taille et lésion valvulaire). Il n'existait pas de complication liée au geste durant l'hospitalisation. Conclusion :

La coloscopie en immersion a permis de rattraper de manière simple, sans formation préalable, des échecs de coloscopie dans 100% des cas. Pour les patients référés pour résection de polypes, le taux de succès était de 67% sur cette courte série. La coloscopie en immersion est une technique d'appropriation aisée et simple à mettre en œuvre permettant de rattraper les échecs de coloscopie et de polypectomie.

26 - Retour d'expérience du système AI Discovery Pentax. Dunkerque Juillet 2020.

Dr T. Paupard, Dr H. Hudziak Unité d'endoscopie. Service d'Hépatogastroentérologie Centre Hospitalier Dunkerque.

Retour d'expérience d'un essai indépendant sur site (2 opérateurs), d'un nouveau système d'aide à la détection des polypes coliques. Assistance par un module endoscopique d'intelligence artificielle (IA). Présentation de la technique avec courtes sessions vidéos.

27 - Drainage endoscopique des sténoses de la voie biliaire : vintage ou new age ?

Serge BELLON, Andry RAOTO, Tina ANDRIANTSENO, Alban BENEZECH, Coline BOSSHARDT, Slim BRAMLI, Jean-Pierre ARPURT

Le drainage endoscopique des sténoses malignes de la voie biliaire (SNVB) est actuellement réalisé de façon préférentielle par endoscopie interventionnelle conventionnelle : l'ERCP. Les techniques chirurgicales puis radiologiques disparaissent au fil des années. L'écho endoscopie interventionnelle (EEI) est aussi utilisée dans cette indication depuis le début des années 2000. Cependant, elle est restée réservée aux impossibilités de l'ERCP (anatomie modifiée, échecs techniques). Pourtant le rapport bénéfice/risque de cette technique mérite d'être analysé. Ainsi, dans la littérature récente, les études ont démontré la non infériorité de l'EEI, avec des taux de faisabilité et d'efficacité identiques mais moins de complications que l'ERCP. Sur Avignon, nous avons utilisé l'EEI dans 27 cas de SNVB soit 16 cas d'hépatocystostomie (HGS) et 11 cas de cholédoquobulbostomie (CBS). Motif : 17 cas : sténoses ou prothèses duodénales 4 cas : anatomies modifiées 3 cas : échec technique ERCP 3 cas : abords en première intention Faisabilité : 25 cas sur 27 Efficacité : 100 % des cas avec une baisse de la bilirubine +/- rapide (de 1 à 19 jours) Complications : 3 cas tous traités médicalement Durée de l'examen : 59 minutes pour HGS et 21 minutes pour CBS Le drainage des SNVB par EEI est réalisé depuis 20 ans en deuxième intention. Du fait de l'accumulation d'expérience des opérateurs et des progrès du matériel (prothèses d'apposition luminale), il connaît actuellement un essor important avec un rapport bénéfice/risque qui semble favorable. Plusieurs études récentes ont donc essayé de comparer cette technique à l'ERCP, en première intention. Elles confirment l'intérêt de l'EEI avec des avantages en termes de gain de temps et de taux de complications (notamment quant à la pancréatite aiguë). Il faut cependant noter qu'il existe un surcoût lié au matériel et que les résultats ont été obtenus par des centres experts et pas « dans la vraie vie ». Nos résultats sur le Centre Hospitalier Général d'Avignon sont donc intéressants à ce titre et montrent des chiffres globalement superposables à ceux de cette littérature. Ils peuvent de ce fait apporter des

arguments en faveur de l'EEI en première intention. Une étude multicentrique de la SFED est en cours et devrait permettre de répondre définitivement aux places respectives de l'endoscopie conventionnelle (vintage ?) et de l'écho endoscopie interventionnelle (new age ?), en première intention, pour le drainage des SNVB.

28 - Début d'expérience du drainage biliaire sous contrôle écho-endoscopique par mise en place d'une prothèse d'apposition luminale en alternative au drainage transcutané au Centre Hospitalier de Valenciennes.

Julien Lollivier, Rachida Leblanc, Marie Colin, Arnaud Boruchowicz

Introduction :

Le drainage biliaire par mise en place d'une prothèse d'apposition luminale sous contrôle échoendoscopique est une technique récente. Il est proposé actuellement en deuxième intention en cas d'échec de drainage biliaire par voie transpapillaire. Il est le plus souvent réalisé en centre expert. Il constitue une alternative au drainage biliaire transcutané par voie radiologique compte tenu de sa plus faible morbidité. Nous présentons notre retour d'expérience des premiers patients traités dans notre centre. Matériels et méthodes Entre Décembre 2019 et Juin 2020 les patients présentant un ictère avec dilatation de la voie biliaire principale supérieure à 15 mm, secondaire à une tumeur biliaire ou pancréatique et après échec du cathétérisme biliaire par voie transpapillaire ont bénéficié de cette technique. Les patients étaient en situation palliative sans projet de traitement chirurgical. Le drainage biliaire guidé par échographie per endoscopique a été réalisé sous anesthésie générale à l'aide d'une prothèse d'apposition luminale (type « HOT AXIOS »). En cas de choledoco-bulbostomie une prothèse de 6 mm de diamètre et de longueur de 8 mm était utilisée. En cas de drainage par cholecysto-gastrostomie une prothèse de 8 mm de diamètre et de 8 mm de longueur était utilisée. Les opérateurs, formés à l'endoscopie interventionnelle biliaire et pancréatique, avaient bénéficié d'une formation préalable à la mise en place de ce type de prothèse. Résultats Nous avons réalisé trois drainages biliaires par la mise en place d'une prothèse d'apposition luminale guidé par échographie per endoscopique. Les échecs du cathétérisme de la papille étaient : la présence d'une sténose duodénale pour deux patients nécessitant la pose d'une prothèse duodénale et un envahissement tumoral de la papille ne permettant pas son accès. Deux cholédoco-bulbostomies et une cholecysto-gastrostomie ont été réalisés. L'âge moyen des patients était de 72 ans. Les trois patients présentaient un ictère avec un taux de bilirubine totale moyen de 179 mg/L et une dilatation du cholédoque supérieure à 15 mm (moyenne de 23

mm). Un patient présentait une cirrhose CHILD A6 avec ascite secondaire à une carcinose péritonéale mais sans épanchement liquidien au site de la mise en place de la prothèse. Deux patients étaient sous anticoagulation à visée curative pour fibrillation atriale et ne présentaient pas de maladie métastatique au moment de l'intervention endoscopique. Dans les trois cas il existait un succès technique, clinique avec disparition du prurit, de la douleur, diminution de l'intensité de l'ictère et biologique avec un taux de bilirubine total moyen dans les 10 jours post opératoire à 94 mg/l. Une complication post opératoire à type de pneumopathie d'inhalation était observée chez un patient traitée par antibiotiques. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11 jours. Deux patients sont décédés, respectivement deux et quatre mois et demi après le drainage. Le troisième patient est à domicile deux mois et demi après le drainage.

Conclusion :

Le drainage biliaire par la mise en place d'une prothèse d'apposition luminale guidé par écho endoscopie a été efficace et réalisé sans complication chez 3 patients en situation palliative dans notre expérience. Cette technique a permis un retour à domicile et d'éviter un drainage transcutané.



Présente-moi ton hôpital : le CHANGE (Centre Hospitalier ANnecy GEnevois)

Frédéric Heluwaert (Annecy)



Hopital au bord du lac « les tresums »

Et si on faisait un petit retour en arrière...

En 1755, pour unifier les différents hospices présents à Annecy depuis plusieurs centaines d'années, un « Hôpital Général » est édifié à Annecy sur ordre du Roi. En 1864, un peu plus au nord d'Annecy, 4 ans après le rattachement de la Haute-Savoie à la France, un hôpital verra le jour à St Julien en Genevois. En 1975, l'hôpital Général d'Annecy déménage sur le site du Trésum avec ses services d'hospitalisations et son plateau technique, et prend ses quartiers face au lac, il y restera durant 33 ans. Le 11 juillet 2008, est inauguré le nouveau Centre Hospitalier de la Région Annécienne en présence de

Roseline Bachelot, alors ministre de la Santé. En 2011, une communauté hospitalière de territoire est signée entre les hôpitaux d'Annecy, de St Julien, de Gex et de Rumilly. Le 1er janvier 2012, une direction commune est créée entre les hôpitaux d'Annecy et de St Julien pour renforcer la coopération entre les 2 établissements principaux. Le 1er janvier 2014, naît le CHANGE (Centre Hospitalier ANnecy GEnevois) avec une organisation médicale unique et la création de 10 pôles médicaux, communs aux 2 sites, pour assurer une prise en charge et développer des projets communs. De nombreux travaux de rénovation sont réalisés sur le site de St Julien en Genevois (rénovation maternité, extension des services de soins de suite et de réadaptation).

Après 2016, création du GHT « Haute Savoie-Pays de Gex » regroupant:



📍 le **CHANGE** 1768 lits MCO, soins de suite, santé mentale et USLD :

- 📍 assurant soins de proximité (plus de 450 000 journées d'hospitalisation/an , plus de 100 000 passages/an aux urgences)
- 📍 et les soins de recours départemental en neurochirurgie, neurovasculaire, chirurgie cardiaque et cardio-vasculaire
- 📍 un plateau technique complet avec 3 TDM, 2 IRM, 2 salle de chirurgie cardiovasculaire, 19 salles d'opérations (plus de 32 000 interventions/an) et 2 maternités (3850 naissances/an)

📍 le **Centre Hospitalier de Rumilly**

- 📍 Avec 243 lits d'EHPAD, 65 lits de SSR, 30 lits de médecine

📍 le **Centre Hospitalier de Gex**

- 📍 Avec 270 lits d'EHPAD et USLD et 20 lits de SSR

En 2021, Le CHANGE continue de se moderniser avec la création de nombreuses extensions: création d'une centre ambulatoire (chirurgie ambulatoire et endoscopies digestives), extension des blocs opératoires, création d'une nouvelle structure d'accueil des urgences et d'un nouveau bâtiment de Cancérologie Public privé regroupant oncologie, radiothérapie et recherche clinique.

Le service de Gastro-entérologie du CHANGE, regroupe sur les 2 sites, 10 praticiens hospitaliers, 21 lits d'hospitalisations, 10 lits de chirurgie ambulatoire, 8 lits de chimiothérapie de jour, 3 lits d'hôpitaux de jour pour biothérapie, 5 salles d'endoscopies, plus de 8000 endoscopies/an dont 600 écho-endoscopies et 400 CPRE/an. De nombreux patients bénéficient d'inclusions dans des programmes de recherche clinique.



Conseil scientifique : passage du témoin !

Déjà 6 ans : que le temps passe vite !

Stéphane Nahon (Montfermeil)

Et oui, il y a 6 ans, je succédais à Christophe Renou à la présidence du conseil scientifique de l'ANGH, Jacques Denis avait su « professionnaliser » le CS, traces suivies par Christophe Renou en y ajoutant la touche Toulon puis Porquerolles. Six années bien remplies partagées entre travail scientifique mais aussi et surtout des liens d'amitiés forts qui se sont tissés notamment autour de la maison (certains comprendront) à Porquerolles, il y a certes pire... Cependant, nous avons toujours su travailler efficacement et dans une parfaite ambiance et harmonie afin d'accompagner les études du CS mais aussi de sélectionner les communications de notre congrès et d'établir le programme.

Je souhaite remercier tous les membres du CS qui ont accompagné cette dynamique. Je remercie également Jean-Pierre Arpurt pour ses encouragements et sa bienveillance, Isabelle Rosa ma complice de toujours et Arnaud Boruchowicz qui a toujours suivi nos projets. André-Jean Rémy va succéder à Isabelle Rosa à la présidence de l'ANGH. Connaissant son implication dans les études de l'ANGH, nul doute qu'il accompagnera le CS. J'ai toute confiance en Armand Garioud qui va me succéder. Il allie à la fois les valeurs de l'ANGH et la rigueur scientifique. Il continuera à porter le CS en poursuivant son évolution numérique aidé toujours de notre Bruno national.

Pendant ces 6 ans, le CS s'est féminisé et rajeuni (probablement pas assez encore). Des études ont été publiées (peut-être pas suffisamment encore !), d'autres ont vu le jour. Le projet le plus marquant et bien évidemment SANGHRIA que Vincent Quentin a mené à la perfection et dont les premières publications vont venir. Nous avons pu voir à travers cette étude que nous étions capable de passer à la vitesse supérieure et rentrer dans les clous de la recherche clinique telle qu'elle doit être effectuée.

Pendant cette mandature, les études OBADE, APACH, PIBAC, LPANGH, KIDEPIS, MICI VHE, MICI-HEBDO, CAMPYLO-ANGH, ALBU-LIVE, LES APPROVIE 1-3, (et j'en oublie certainement) ont vu le jour, ont été présentées ou ont été publiées. Cela témoigne de la réactivité de notre association et de nombreuses idées vont bientôt voir le jour.

Si le nouveau président m'y autorise, je continuerai à apporter ma pierre à l'édifice du CS.

Bon vent au nouveau président du CS et bon vent à l'ANGH !



Les échos du conseil scientifique

A. Garioud (Villeneuve-Saint-Georges)

La crise sanitaire liée à la Covid 19 a quelque peu modifié la vie de l'ANGH au printemps dernier. Du fait des restrictions de mouvement sur le territoire national suivant le confinement, le Conseil scientifique (CS) qui finalise l'organisation du Congrès n'a pu avoir lieu en mai comme chaque année. C'est donc en petit comité mi-juillet que le programme et les derniers préparatifs du congrès ont été établis.

Cette année, ce ne sont pas moins de 28 abstracts qui ont été reçus puis sélectionnés : 19 communications et 9 cas cliniques dont la qualité scientifique a été reconnue par le vote des membres du CS. Un grand cru en prévision encore cette année.

Quant aux études phares de l'ANGH, de nouvelles publications arrivent :

- DESCRIPT 2 a été accepté par EJGH, SANGHRIA avec l'étude principale et 2 ancillaires (hémorragies +/- anticoagulants et hémorragies intrahospitalières vs communautaires) est en cours de soumission tout comme
- OBADE dont le but était d'observer les modalités de prescription et l'efficacité du baclofène en cas d'alcoolodépendance. La relève est assurée avec plusieurs projets porteurs à venir :
- Cohorte NASH en CHG,
- Modalités de la renutrition post-PAB,
- Observatoire sur la CPRE en CHG.
- Quelques enquêtes de pratique aussi
 - avec l'évaluation de la vaccination chez le patient cirrhotique,
 - l'accessibilité du TIPS en CHG
 - les modalités du dépistage du CHC chez le patient VHB chronique
- et bientôt nous aurons les résultats à 5 ans de l'étude prospective de suivi des VHB inactifs avec PIBAC que nous suivons régulièrement depuis son lancement en 2014 lors du congrès de Béziers.

Les idées sont là, les projets aussi. Ils constituent de futures présentations en congrès nationaux/internationaux et publications d'intérêt.

Pour plus d'informations sur ces études, consultez le site angh.net et notamment sa partie adhérent qui a été refondée (cf page 35).

Les Etudes de l'ANGH

● Etudes en cours

Tube digestif

ICARE

Etude européenne multicentrique. Risques de cancer chez MICI traités par biothérapie +/- IS.
S. Nahon (Montfermeil) - Coord: L. Beaugerie

Hépto Pancreas

PIBAC

Etude multicentrique. Suivi prospectif de VHB inactifs.
X Causse (Orléans)

COLPAC-RADICO

Observatoire national sur le LPAC syndrome
D Zanditenas (Bry-sur-Marne) - Coord. C Corpechot

CHIEF

Cohorte prospective de patients suivis/traités pour CHC

● Etudes à venir

Tube digestif

ACTIVITE PHYSIQUE ET MICI

Evaluation de l'activité physique au cours des MICI
C Horaist, S Nahon (Montfermeil)

Hépto Pancreas

CAPABLES

Etude multicentrique. Pratiques de renutrition post PAB
D Grasset (Vannes), G Macaigne (Lagny)

OBSERVATOIRE 'NASH EN CHG'

Etude multicentrique. Suivi prospectif de patients NASH
C Renou (Hyères), A Garioud (Villeneuve St Georges)

VACCIR-ANGH

Enquête de pratique sur la vaccination des patients cirrhotiques. Durée 1 mois.
A Baron (Corbeil-Essonnes)

HOSPI-VHC

Etude bi-site. Résultats d'un dépistage systématique VHC en chirurgie ambulatoire sur 1 mois.

PARACENTESE ET ANESTHESIE LOCALE

Etude multicentrique. Evaluation d'un protocole d'AL.
I Rosa (Créteil)

CPRE ANGH

Observatoire sur la CPRE en CHG: indications, complications, etc ..
RL Vitte / F Moryoussef (Poissy)

DÉPISTAGE DU CHC AU COURS DU VHB

Enquête de pratique sur le dépistage de CHC au cours de l'hépatite B
S Barge (Bry-sur-Marne)

FIBROSCAN EN CHG

Enquête de pratique sur l'utilisation du Fibroscan en CHG
D Zanditenas (Bry-sur-Marne)

TIPS EN CHG

Accessibilité et modalités du TIPS en CHG
I Rosa (Créteil) - Coll: AFEF

● Etudes terminées et/ou en cours de publication

SANGHRIA

Etude multicentrique prospective sur l'HDH (ulcère et HTP)
Comparaison à l'étude faite il y a 10 ans par l'ANGH.
3 articles: princeps, H. et anticoagulants, H. intrahospitalières.
V Quentin (St-Brieuc)

VHE-MICI

Etude multicentrique faite en HDJ. 488 patients inclus.
Etude de la prévalence de l'infection VHE en cas de MICI
C Renou (Hyères)

KIDEPIST

Etude multicentrique rétro/prospective faite en consultation
Etude des patients adressés en CHG après dépistage VHC
I Rosa (Créteil)

OPTIMUM

Etude multicentrique sur la prise en charge de la RCH
Rémission, facteurs prédictifs de rechute. 812 patients.
ANGH relais: S Nahon (Montfermeil)

Vaccination/allaitement et anti-TNF

Etude multicentrique rétrospective.
S Nahon (Montfermeil) - Coll. avec GETAID

TEAM-P

Observatoire des TIPMP
ANGH relais: A Pelaquier (Montélimar), RL Vitte (Poissy)

DESCRIPT 2

Prise en charge de la CBP et AUDC
Accepté par EJGH
A Pariente (Pau) JP Arpurt (Avignon)

OBADE

Etude multicentrique. Prescription et efficacité du baclofène dans l'alcool-dépendance (cirrhose ou non)
C Barrault (Créteil)

APACH

Etude de cohorte multicentrique. 1148 patients.
ADK pancréas, histoire, traitement, pronostic
R Faroux (La Roche / Yon)

LPANGH

Etude multicentrique
Suivi de patients suivis pour LPAC-syndrome
M Picon (Aix en Provence)



Témoignage : un soignant soigné Vivre la COVID-19 qui peut toucher chacun d'entre-nous

Hervé Hagège (CHI Créteil).

Une garde mémorable

En cellule de crise, nous avons décidé pour faire face au déferlement COVID et aider nos collègues urgentistes de mettre en place une garde d'intérieur assurée par une soixantaine d'assistants et PH du CHIC. Afin de montrer l'exemple je me suis inscrit pour prendre la 1ère garde. Cela faisait plus de 20 ans que je n'avais pas pris de garde et je dois dire que j'avais une petite appréhension qui s'est vite estompée avec l'enchaînement des appels partout dans l'hôpital. Vers 2h du matin une infirmière d'un des 5 secteurs COVID m'a sollicité pour un patient qui était en train de mourir dans des conditions épouvantables. En effet, ce patient qui avait une cancer ORL très évolué et une infection COVID restait très dyspnéique et franchement très inconfortable malgré la morphine, avec une saturation à 72% sous 15 litres d'oxygène. Il ne portait pas de masque qu'il ne supportait pas du tout. Lorsque je suis allé le voir j'avais enfilé la surblouse, les gants, les lunettes et bien sûr le masque. Il s'agissait d'un masque chirurgical et j'ai appris, après coup, que dans les chambres de ces patients sous oxygène à haut débit ou sous aérosols, il existe une suspension de virus dans l'air et qu'il fallait porter un masque FFP2.

« j'ai appris, après coup »

Je n'y croyais pas, mais le diagnostic évoqué a été rapidement confirmé

Cinq jours après cette garde qui m'a rajeuni, je me sentais fatigué, subfébrile, mais sans dyspnée et sans toux. Une infection par le Corona virus a été évoquée. Je n'y croyais pas du tout, mais le diagnostic a été rapidement confirmé sur le scanner thoracique qui mettait en évidence des images typiques, suivi d'une RT-PCR positive.

Une évolution classique et peu inquiétante au début

Bien que sans signe de gravité initialement j'ai passé une nuit à l'hôpital pour surveillance. Je pense que les collègues ont eu peur pour moi... Le lendemain, j'ai fait remarquer qu'il y avait plus grave que moi à prendre en charge et on m'a laissé sortir en promettant de revenir si cela n'allait pas bien.

Une aggravation elle aussi classique, au 8ème jour

Cela n'a pas loupé. Au 8ème jour je me sentais mal avec malaise et dyspnée. Le sénior de garde d'intérieur était ce jour-là mon assistante à qui j'ai dit que je débarquais dans le service sans passer par les urgences. Je comprends l'angoisse soulevée, mais je n'avais vraiment pas envie de transiter par les urgences à 6h du matin.

Une prise en charge initiale dans le service, comme à la maison

Sous oxygène, lopinavir-ritonavir et dexaméthasone cela n'allait pas trop mal. Je me sentais rassuré au sein même de mon service transformé en secteur Covid, le 5ème et dernier du CHIC. J'étais serein au milieu de mes collègues gastroentérologues et de mes infirmières. Le soir, la visite de ma femme qui restait dans le couloir, mais pouvait m'apercevoir par la porte entre-ouverte de ma chambre, était le temps fort dans mes journées. Cela n'était bien sûr pas autorisé, mais ma chambre était placée de telle façon qu'elle ne croisait aucun autre patient.

« Finalement, il fallait se rendre à l'évidence »

Une évolution pas très sympa avec un transfert en USC COVID

Finalement, il fallait se rendre à l'évidence, malgré l'oxygène, les antiviraux et les corticoïdes, la saturation en oxygène baissait, sous les 90% et j'ai été transféré en unité de soins continu COVID, l'antichambre avant un éventuel passage en réa. Malgré l'oxygénation à haut débit, les antiviraux et les corticoïdes, une saturation qui baisse et continue de baisser d'heure en heure Je n'y suis pas resté très longtemps dans cette USC COVID. Malgré l'oxygène optiflow avec un haut débit de 60 l/min, ma saturation ne remontait pas. Je me souviens parfaitement du passage du chef de service de

réanimation m'annonçant le passage dans son service et également de la discussion sur un éventuel traitement par tocilizumab que j'avais accepté.

Le passage en réa et les premières heures avant la sédation et l'intubation : gommés ?

Le passage en réa a été effacé de ma mémoire et notamment le brancardage, l'arrivée et les quelques heures qui ont précédé mon intubation. J'étais pourtant bien conscient car j'ai retrouvé sur mon smartphone des échanges de SMS très précis avec ma femme ou des collègues.

« La mort c'est sûrement plus dur pour ceux qui restent que pour ceux qui partent... »

L'angoisse de la mort

Je connaissais bien les risques encourus et j'avais laissé des consignes précises à ma femme



« Un petit coin de ciel bleu laisse toujours l'espoir pour... »

s'il arrivait l'irréparable. J'étais bien conscient, mais épuisé et finalement pas si angoissé. La mort c'est sûrement plus dur pour ceux qui restent que pour ceux qui partent.

Le séjour en réa avec une première partie faite de rêves et cauchemars

Devant l'orage cytokinique que j'avais développé, l'injection de tocilizumab a eu un effet spectaculaire dans mon cas avec un contrôle rapide de la fièvre qui est passée de 41°C en plateau à 38°C et avec la diminution de la CRP de 500 à 200 en 48 h. De la dizaine de jours intubé-ventilé, je ne me souviens que de quelques rêves et cauchemars vécus intensément. Les réanimateurs m'ont expliqué que cela était certainement lié aux vieux sédatifs utilisés, seuls disponibles à ce moment-là.

Le réveil, l'extubation et la dure réalité

Le réveil et l'extubation furent difficiles. J'étais très agité et voulais tout arracher. Évidemment dans mon cauchemar, les réanimateurs m'avaient abandonné, dans mon lit de réa, intubé, au bord de la mer, à marée montante... Après dissipation des brumes liées aux sédatifs, les premiers visages que j'ai vus se pencher sur moi étaient ceux des aides-soignantes et des infirmières.

La reprise de contact avec les proches qui restaient éloignés de moi



« une belle éclaircie... »

Incapable d'ouvrir mon smartphone et encore moins d'envoyer un SMS, c'est grâce à une infirmière que j'ai pu envoyer mon premier SMS à ma femme. En fait, ce SMS a été envoyé par cette infirmière, sous ma dictée : "Madame, je suis l'infirmière qui s'occupe de votre mari. Il souhaite vous dire ..."

Des infirmières et aides-soignantes exceptionnelles

Lorsqu'on se trouve du côté des soignés, dépendant pour tous les gestes de la vie, c'est là qu'on se rend compte du rôle essentiel des soignants. Elles ont été là pour m'écouter, me tenir la main, m'alimenter, me changer si nécessaire, me rassurer, sécher mes larmes, etc...

Une nuit, vers 2h du matin alors que je n'arrivais pas à dormir une infirmière m'a proposé de faire un shampoing. Je l'ai bien regardée et lui ai déclaré bêtement que c'était une drôle d'idée à cette heure-là. Elle m'a répondu : " Vous allez voir, cela va vous faire du bien!". Elle avait raison, j'ai pu dormir comme un bébé, pendant 4 heures, et en plus avec des cheveux propres...

Vivre la dépendance

Je ne supportais pas d'être dépendant des autres. L'idée d'appeler, d'attendre et ensuite d'expliquer à des soignants débordés mes besoins me gênait considérablement. Du coup, j'essayais de m'autonomiser le plus vite possible. J'ai réclamé le fauteuil dès le lendemain de mon extubation et je me suis aventuré à sortir seul de mon lit. Pour un simple pipi, cela m'a valu des chutes et malgré tout des inondations avec change complet du lit et du bonhomme.

Les aides-soignantes et infirmières m'étaient indispensables pour tous les gestes du quotidien. Bien que difficile à supporter pour moi, elles avaient le savoir-faire pour me mettre à l'aise et finalement me laisser faire dans une confiance absolue.

« Je ne pensais pas

être pareillement submergé.. »

Un soutien provenant de tous les côtés : services et ensemble du personnel du CHIC et du CHIV, collègues du GHT et de Mondor, ANGH, gastroentérologues de toute la France et bien sûr famille et amis

Sorti des brumes liées à la réa, j'ai constaté que j'avais reçu plusieurs centaines de SMS ou mails de soutien provenant de tous côtés. J'avais à ce moment-là une labilité émotionnelle et je pleurais facilement à la lecture de certains témoignages d'affection ou de sympathie qui me sont allés droit au cœur. Je ne pensais pas être pareillement submergé. J'ai souhaité répondre à tous ces messages et je m'excuse si j'ai oublié de façon bien involontaire certains. C'est à ce moment-là que je me suis rendu compte de ce qui m'était arrivé et de la chance de m'en être sorti.

Le coach pour la rééducation

En sortant de réa, j'avais quelques kilos en moins. J'avais de la réserve et a priori cela ne pouvait pas me faire de mal, mais en fait il s'agissait de muscles et j'étais alors incapable de tenir debout ou même d'ouvrir un blister de médicament. Johan, mon coach APA (Activité Physique Adaptée), a beaucoup fait pour que je reprenne confiance en moi. Il ne me faisait pas de cadeau et sa stimulation bienveillante m'a vraiment aidé à progresser beaucoup plus vite.

Le retour à la maison

Le meilleur jour de l'hospitalisation, c'est le jour de la sortie. Quel bonheur de retrouver mes proches que je n'avais pas vus depuis près d'un mois. En fait, ce n'est pas tout à fait exact. Contre toutes les consignes et interdictions, j'ai pu voir passer sous ma fenêtre de chambre d'hospitalisation située au 2ème étage ma femme et mes deux enfants qui venaient discrètement me faire coucou après 20h. C'était notre petit secret que je n'ai partagé qu'avec le chef de service de réa et Isabelle Rosa, seuls au courant avant ce témoignage.

La reprise du boulot

Légèrement dyspnéique et surtout très fatigable, c'est avec un réel plaisir que j'ai repris le boulot, trop content de retrouver les équipes et les patients... Lors de mes parcours dans les couloirs du CHIC j'ai été plus qu'ému d'avoir de nouveaux témoignages de sympathie de soignants que je connaissais de vue sans même connaître leur nom, mais eux connaissaient mon nom et tenaient à me témoigner de leur soutien.

« Finalement, je me suis rendu compte que ma famille, c'est aussi l'ANGH. »

Voilà, c'est une histoire bien banale, mais elle a clairement marqué de façon indélébile ma modeste existence. Habituellement acharné du travail, j'ai décidé de consacrer plus de temps à ma famille ainsi qu'à mes amis et j'ai promis à ma femme de plus dépasser les 2 fois 35 heures hebdomadaires.

L'ANGH dans tout cela a été un soutien indéfectible non seulement pour moi, mais aussi pour ma femme. Finalement, je me suis rendu compte que ma famille, c'est aussi l'ANGH.



Témoignage : l'impact du COVID-19 sur les Services de Gastroentérologie au Portugal

Dr Isabelle Cremers, Gastroentérologue

Présidente du Board Européen de Gastroentérologie et Hépatologie de l'UEMS Centre Hospitalier de Setúbal, EPE Setúbal, Portugal cremers.tavares@gmail.com

L'augmentation exponentielle du nombre de cas de COVID 19 en Europe a imposé l'émergence de nombreuses recommandations et normes par différentes entités et sociétés nationales et internationales, incluant le Portugal. Cela a impliqué une profonde réorganisation des services hospitaliers, notamment en termes de priorisation des soins, gestion interne, de l'équipement et du matériel et des ressources humaines.



Les unités d'endoscopie sont parmi celles qui ont le plus subi cette nouvelle réalité. Le risque élevé de transmission associé aux procédures endoscopiques exige une attention particulière et une évaluation du risque de tous les patients proposés à des examens endoscopiques, afin que des mesures puissent être prises pour la protection individuelle adéquate et l'hygiène et la sécurité des espaces.

Au Portugal, l'activité endoscopique a chuté de 60-80% à partir du 15 Mars et jusqu'à la fin de Mai. Seuls les examens cliniquement urgents ont été jugés éligibles, tous ceux qui ne remplissaient pas les critères étant reportés, selon l'importance clinique et compte tenu de l'imprévisibilité évolutive de la pandémie. Dans les cliniques et

hôpitaux privés beaucoup d'unités d'endoscopie ont fermé leurs portes pendant cette période.

A partir de la fin de Mai et en Juin, un grand effort a été fait pour reprendre une activité croissante, mais les consignes de sécurité obligent à faire un nombre réduit d'examen par salle, ce qui nous mène à prolonger les programmes jusqu'à la fin de l'après-midi, ce qui pose un problème au niveau du personnel soignant. Nous estimons que la liste d'attente a été allongée de 3 mois. Un autre souci concerne les coûts croissants du matériel de protection individuelle.

L'activité de consultation a également subi un changement radical, transformée en consultations par téléphone. Il n'y a pas de recommandations ou d'informations claires sur les instructions pour les consultations par téléphone. Nous estimons une diminution de 40% des consultations sur les mois de Mars à Juin.

Au niveau des infirmeries, nous avons dû « entasser » les malades dans un nombre réduit de lits hospitaliers, afin de réserver d'avantage de lits pour les malades COVID ou suspects de COVID.

Autre élément non moins pertinent et limitant pour le développement de l'ensemble l'activité clinique, c'est la gestion des ressources humaines. La disponibilité des équipes est limitée par des plans d'urgence visant à minimiser l'impact de la pandémie, la survie fonctionnelle des services et des institutions, entraînant une diminution voire l'absence d'éléments spécifiquement différenciés. Depuis la mi-Mars jusqu'à la fin de Mai beaucoup d'internes et de spécialistes ont été déplacés de leurs Services afin de renforcer les équipes d'urgence interne et externe et les équipes COVID.

A ajouter à ce panorama, toute activité clinique différée aura inévitablement un impact sur le pronostic des patients et la reprise du système de santé. La restriction de l'accès généralisé actuel aux soins de santé et, dans ce cas, plus spécifiquement aux actes endoscopiques, augmentera la pression exercée sur les services de santé et augmentera le risque d'un diagnostic et d'un traitement tardif de situations graves voire de cancers, malgré la priorité donné à toute suspicion de situation grave.

L'enseignement de nos internes de gastroentérologie est également menacé par la réduction des actes de la spécialité, c'est-à-dire, la période de Mars-Juin, avec une réduction de 50-80% de l'activité endoscopique, selon les hôpitaux, par la période actuelle, à partir du 1er juin, où il y a une reprise graduelle et par l'incertitude de l'évolution de la pandémie.

Setúbal, le 2 Juillet 2020



Philippe Cassan un des piliers fondateurs de l'ANGH nous a quitté...

*Isabelle Rosa Présidente
André-Jean Rémy Président élu*

C'est avec une immense tristesse que nous apprenons la disparition de notre ami Philippe Cassan. Il a fait l'essentiel de sa carrière comme Chef de Service à l'Hôpital de Vichy.

Chaleureux, remarquable interniste, pointu dans ses domaines de compétences, discret et modeste par ailleurs, il aura laissé une empreinte déterminante, dans l'association.

Il a été notre Président de 1994 à 2000.

Nous adressons à son épouse Monique, ses enfants, sa famille et ses amis nos condoléances émues

*Alexandre Pariente
(A4 Association des Amis des Anciens de l'ANGH)*

Le Dr Philippe CASSAN nous a quittés le 30 juillet, à 76 ans, de l'évolution implacable d'une maladie diagnostiquée moins d'un an plus tôt.

Originaire d'une famille protestante de la région nîmoise, il avait fait ses études à Paris, puis médecine.

Externe puis interne des hôpitaux de Paris en 1969, il avait fait un internat polymorphe marqué notamment par un service militaire à Dakar, de la médecine interne dans le service de Claude BETOURNE avec Roger LEVY, de la réanimation avec André MARGAIRAZ, et de l'hépatogastroentérologie principalement dans le service de Jean-Pierre ETIENNE. Il avait été ensuite chef de clinique dans l'aile gastroentérologique du service de médecine interne d'Ambroise Paré.

Excellent enseignant au lit du malade, il a été aussi le conférencier d'internat de nombreux collègues dont Thierry POYNARD. Il a ensuite quitté Paris pour exercer comme chef de service d'HGE à l'hôpital général, d'abord à Rodez, puis à Vichy où il a terminé sa carrière professionnelle.

Il avait été un des fondateurs de l'Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH) dont il fut le second président, après Jacques LAFON, et membre du bureau de l'association de formation continue en hépato-gastroentérologie (FMC-HGE).



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

**PRISE EN CHARGE
DES MALADIES
BILIO-PANCREATIQUES**



Que les cas soient
SIMPLES OU COMPLEXES,
la norme des soins devrait être tout sauf normal.

PARCE QUE LES OBSTACLES D'AUJOURD'HUI SONT LES AVANÇÉES DE DEMAIN.

Pour gérer les maladies pancréato-biliaires complexes de manière efficace et efficiente, vous avez besoin de plus que de simples traitements standards. Nous vous proposons une gamme de solutions EUS*, diagnostic et thérapeutique, pour vous permettre d'offrir un traitement adapté aux patients.

*EUS (Endoscopic Ultra Sound): Echo-endoscopie

Acquire™, Dispositif de biopsie par aiguille fine (BAF) sous échoendoscopie - Le dispositif de biopsie par aiguille fine Acquire est conçu pour prélever des échantillons dans des lésions gastro-intestinales sous-muqueuses et extramuraux via le canal interventionnel d'un écho-endoscope à balayage curviligne. Classe IIa - CE2797 - 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