

## Info

- Le texte des communications du congrès
- Tout sur SanghRia
- Bien utiliser le Baclofène
- Diarrhée aiguë : penser au campylobacter
- DIU infirmiers endoscopie

N°18  
Septembre  
2017



*25 ème Congrès*  
**Angoulême**  
**22-23 septembre 2017**

**Président**

Dr I. Rosa (Créteil)

**Présidents d'Honneur :**

Dr H. Licht (Saint Denis)

Dr J. Lafon (Aix en Provence)

Dr P. Cassan (Vichy)

Dr B. Nalet (Montélimar)

Dr O. Nouel (Saint-Brieuc)

DR H. Hagège (Créteil)

Dr B. Lesgourgues (Montfermeil)

Dr J.P. Arpurt (Avignon)

**Secrétaire Général**

Dr A.J Remy (Perpignan)

**Trésorier**

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

**Conseil d'administration**

Dr J.P. Arpurt (Avignon)

Dr J.F. Cadranel (Creil)

Dr C Charpignon (Paris)

Dr B. Denis (Colmar)

Dr J.P. Dupuychaffray (Angoulême)

Dr R. Faroux (La Roche sur Yon)

Dr D. Grasset (Vannes)

Dr H. Hagège (Créteil)

Dr M. Kaassis (Chollet)

Dr C. Locher (Meaux)

Dr G. Macaigne (Lagny)

Dr S. Nahon ( Montfermeil)

Dr T Paupard (Dunkerque)

Dr A. Pauwels ( Gonesse)

Dr M. Picon (Aix en Provence)

Dr V. Quentin (Saint-Brieuc)

Dr A.J. Remy (Perpignan)

Dr C. Renou (Hyères)

Dr I. Rosa (Créteil)

Dr R.L. Vitte (Poissy)

**Conseil scientifique - 2017 -**

Président Stéphane Nahon (Montfermeil)

**Membres**

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz(Valenciennes)

Dr Baya Coulibaly(Avignon) - *entrant 2017* -Dr Khaldoun Elriz (Sud Francilien) -*entrant 2017*-Dr Armand Garioud (Creil) -*entrant 2017*-Dr Frédéric Heluewaert (Annecy) -*entrant 2017*-

Dr Severine Hommel (Aix-en-Provence)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)

Dr Christophe Renou (Hyères) -*entrant 2017*-

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne) -*entrant 2017*-**Représentants ANGH sociétés savantes**

SNFGE : B Denis (Colmar), 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).

IMPRIMÉ PAR

**SAXOPRINT** **Directeur Publication** : Dr Bruno Lesgourgues**Comité de rédaction**

Dr Camille Barrault Dr Hervé Hagège

Dr Stéphane Nahon Dr Vincent Quentin

**Maquette** : Dr Bruno Lesgourgues**Crédit Photographique** : Bruno Lesgourgues, Public domain VH

Angoulême, Wikimedia Commons,

Dépôt légal Septembre 2017 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 900 exemplaires Septembre 2017

## Editorial



## Rester optimiste !

Chères amies, chers amis,

C'est évidemment un grand honneur de devenir la Présidente de l'ANGH. Non seulement je suis la première femme à occuper ce poste, mais surtout l'ANGH représente pour moi une cause pour laquelle je me suis engagée activement depuis maintenant vingt ans, grâce à Hervé Hagège. Cet investissement m'a permis d'améliorer mes connaissances en géographie au gré des vingts congrès organisés avec maestria dans des villes à chaque fois différentes. Ainsi j'ai aussi acquis une vision plus globale des différences de pratiques et perçu les difficultés partagées dans l'exercice de notre profession.

Les six années passées à la trésorerie, la complicité avec les deux derniers présidents Bruno Lesgourgues et Jean Pierre Arpurt, m'ont permis de comprendre le fonctionnement de notre association et surtout de tisser des liens avec les collègues. Enfin j' ai appris à bien connaître nos partenaires de l'industrie dont le fidèle soutien nous permet d'organiser ce congrès et mener à bien notamment nos travaux scientifiques.

S'agissant de l'avenir de l'association, les différentes réformes mises en place, notamment celle de l'internat, peuvent faire craindre un désinvestissement des membres ou membres potentiels de l'ANGH en raison du surcroît de travail annoncé. En grande partie du fait des départs en retraite, le nombre d'adhérents est en baisse. Il faut cependant rester optimiste et communiquer le plaisir que nous avons à échanger, travailler ensemble ou défendre nos prérogatives, pour nous permettre de recruter sans relâche de nouveaux jeunes adhérents parmi nos internes actuels et nos assistants, peut-être futurs praticiens hospitaliers des hôpitaux généraux de demain. Cette politique a déjà débuté avec l'invitation au congrès de Dunkerque d'internes et d'assistants. Il en a découlé une devise simple : chaque membre du conseil scientifique invite un « jeune » au congrès. Dans le même esprit se tiendra en octobre à l'AFEV une session pour les jeunes hépatologues où j'interviendrai sur la pratique de l'Hépatologie en hôpital général, pour je l'espère, susciter des vocations.

Cette année, une fois encore, le « régional de l'étape », Jean Pierre Dupuychaffray, a organisé avec beaucoup de professionnalisme ce congrès à Angoulême : qu'il en soit chaleureusement remercié. Le programme scientifique concocté par Stéphane Nahon et ses « acolytes » du conseil scientifique est très riche. Nous aurons la chance d'avoir des conférenciers « formidables ». Madame le Professeur Christine Silvain, présidente de la Société nationale française de Gastroentérologie, nous honorera de sa présence.

Comme à chaque congrès depuis 2005, une délégation portugaise sera présente et une communication sera présentée par un interne portugais. En retour une délégation française de l'ANGH se rendra au Portugal au congrès de la NGHD en novembre.

Ce congrès sera également le moment de lancer de nouveaux protocoles fédérateurs dont le beau projet porté par Vincent Quentin d'observatoire sur les hémorragies digestives dix ans après l'étude initiale ANGH sur cette pathologie. Nous ferons également le point sur les études en cours comme APACH ou OBADE.

Enfin, la lecture de cet ANGH info ne serait pas possible sans Bruno Lesgourgues, toujours fidèle à son poste à qui nous pouvons tous dire MERCI !

Et que Vive l'ANGH !!!

Docteur Isabelle Rosa

## Partenaires 2017

---

abbvie

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF *Johnson & Johnson*

AMGEN

BIOCODEX   
France

 MAYOLY  
SPINDLER

 Bristol-Myers Squibb

 MSD

Boston  
Scientific  
Advancing science for life™

 NORGINE

COOK®  
MEDICAL

PENTAX  
MEDICAL

COUSIN  
ENDOSURG

Pfizer

echosens™  
GALAXY

 SANOFI

FERRING  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Takeda

 GILEAD

 TILLOTTS PHARMA  
ZERIA GROUP

Intercept 

 VIFOR  
PHARMA

## Au sommaire

Partenaires 2017	4
Programme du congrès	6
Les communications du congrès	8
Etudes ANGH (mars 2017)	21
Présente-moi ton hôpital : Angoulême 25ème congrès ANGH !	24
SanghGRiA	26
Création du diplôme interuniversitaire pour les infirmiers d'endoscopie	27
Baclofene et mésusage d'alcool : 5ème saison...	29
Diarrhée aiguë : penser au campylobacter !	31



## Communications du congrès

1 - APPROVIE 3: y a t-il une vie après la SVR ?	8
2 - Hépatite C traitée : bonne ou mauvaise réponse ? Un cas clinique déroutant !	8
3 - Un ictère briard inhabituel	9
4 - Foie et rein: les liaisons dangereuses	9
5 - Utilisation de la technique ShearWave-TOSHIBA :	10
6 - OBADE : Observatoire national des patients traités par Baclofene (Liorésal®)	10
7 - Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs	11
8 - Quel avenir pour l'hépatologie après l'hépatite C ?	12
9 - La Réforme de 3ème cycle de l'internat	12
10 - APACH : Cohorte de l'Adénocarcinome du Pancréas en Centre Hospitalier : Analyse des résultats chirurgicaux.	12
11 - Impact de l'endoscopiste et du pathologiste sur la détection et la caractérisation des lésions festonnées dépistées par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal	12
12 - Immunothérapie en cancérologie digestive	13
13 - Une cause inhabituelle de diarrhée	13
14 - Syndrome d'obstruction sinusoidale chez une patiente traitée par KADCYLA – trastuzumab emtansine	14
15 - Douleurs abdominales de cause inhabituelle	14
16 - Ascite et immunodépression	15
17 - RCUH sans atteinte rectale ?	15
18 - Malformation artério veineuse au niveau de l'œsophage :	16
19 - La colite à éosinophiles (CE), une pathologie émergente mal connue ? à propos d'une série mono-centrique de 37 cas.	16
20 - Prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient adulte admis SAU pour hémorragie digestive.	17
21 - L'endoscopie du futur	17
22 - The role of quantitative endoscopic ultrasound elastography in the differential diagnosis of pancreatic solid tumors - initial experience of a gastroenterology department	17
23 - Le FTRD ( Full Thickness Resection Device)est un nouveau système de résection transmurale de la paroi digestive . Nous rapportons l'expérience d'Avignon à propos de 5 cas.	18
24 - TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES STENOSES ANASTOMOTIQUES Expérience Avignonnaise	18
25 - Une cause rare de diarrhée chronique diagnostiquée en région parisienne.	19
26 - Cas clinique : Une complication neurologique inhabituelle au cours d'une maladie de Crohn sévère	19
27 - Etude du parcours de prise en charge des patients recevant une biothérapie par voie intraveineuse en hôpital de jour (HdJ)	20
28 - Résultats préliminaires des caractéristiques des patients inclus dans ICARE :	20
29 - Actualités thérapeutiques dans la RCH	20



## Programme du congrès

Vendredi 22 septembre 2017

**14h Allocution présidentielle : Isabelle Rosa**  
**Accueil des personnalités locales**

### Communications originales, cas cliniques et conférences

**Modérateurs :** Jean-Pierre DUPUYCHAFFRAY (Angoulême) ; Christophe RENO (Hyères)

14h20 – 14h32 : APROVVIE 3 : y a t-il une vie après la SVR ? *A.J. Rémy (Perpignan)*

14h32 - 14h42 : Cas clinique n°1 : Hépatite C traitée : bonne ou mauvaise réponse ? Un cas clinique déroutant ! *M. Ortiz (Perpignan)*

14h42 – 14h52 : Cas clinique n°2 : Un ictère briard inhabituel *I. Kounis (Meaux)*

14h52 - 15h02 : Cas clinique n°3 : Foie et rein : les liaisons dangereuses *H. Giudicelli (Saint Denis)*

15h02 – 15h14 : Utilisation de la technique ShearWave-Toshiba et comparaison aux autres tests utilisés dans l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique : expérience en vie réelle chez 300 patients au sein d'un CHG *A. Garioud (Creil)*

15h14 - 15h26 : OBADE : Observatoire national des patients traités par Baclofène (Liorésal) pour Alcoololo-DEpendance des services d'hépatogastroentérologie de l'ANGH-données intermédiaires *C. Barrault (Créteil)*

15h26 – 15h40 : Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (PIBAC) *D. Marone (Orléans)*

- **15h40 - 16h00 : Conférence n°1** « Quel avenir pour l'Hépatologie après l'hépatite C ? .. »  
 Pr Victor de Ledinghen (Bordeaux)

**16h00 – 16h30 : Pause**

- **16h30 - 16h50 : Conférence n°2** « La réforme du 3ème cycle de l'internat » *Hervé Hagège (Créteil)*

### Communications originales, cas cliniques et conférence

**Modérateurs :** Jean-Pierre ARPURT (Avignon) ; Agnès PELAQUIER (Montélimar)

16h50 - 17h02 : APACH : cohorte de l'Adénocarcinome du Pancréas en Centre Hospitalier : analyse des résultats chirurgicaux *R. Faroux (La Roche sur Yon)*

17h02 – 17h14 : Impact de l'endoscopiste et du pathologiste sur la détection et la caractérisation des lésions festonnées dépistées par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal *B. Denis (Colmar)*

- **17h14 - 17h34 : Conférence n°3** « Immunothérapie en cancérologie digestive .. »  
 Pr David Tougeron (Poitiers)

17h34 - 17h44 : Cas clinique n°4 - Une cause inhabituelle de diarrhée *C. Horaist (Montfermeil)*

17h44 - 17h54 : Cas clinique n°5 - Syndrome d'obstruction sinusoidale chez une patiente traitée par KADCYKA - Trastuzumabemtansine - *H. Julien (Cholet)*

17h54 - 18h04 : Cas clinique n°6 : Douleurs abdominales de cause inhabituelle *C. Mouliade (Montfermeil)*

**Assemblée générale. Isabelle Rosa**

**Samedi 23 septembre 2017**

**Communications originales, protocoles, conférence, remise du prix du meilleur cas clinique.**

**Modérateurs :** Mercedes de LUSTRAC (Angoulême) ; Vincent QUENTIN (St Brieuc)

08h30 - 08h40 : Cas clinique n°7 : Ascite et immunodépression R. Abdallah (Saint Denis)

08h40 - 08h50 : Cas clinique n°8 : RCH Like F. Heluwaert (Annecy)

08h50 - 09h00 : Cas clinique n°9 : Malformation artério-veineuse au niveau de l'œsophage : une origine rare d'hémorragie digestive haute M. Ortiz (Perpignan)

09h00 - 09h12 : La colite à éosinophiles (CE) une pathologie émergente mal connue ? A propos d'une série mono-centrique de 37 cas G. Macaigne (Jossigny)

09h12 - 09h24 : Algorithme de prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient adulte admis aux urgences d'un CHG pour hémorragie digestive Q. Thiebault (Angoulême)

**09h24 - 10h24 : Session Protocoles** Stéphane NAHON (Montfermeil)

● **10h24 - 10h44 : Conférence n°4 :** « L'endoscopie du futur »

*Pr J. Hochberger (Berlin)*

**10h45 - 11h15 : Pause**

**Communications originales et conférence.**

**Modérateurs :** Khaldoun ELRIZ (Corbeil Essonnes) ; Isabelle CREMERS (Portugal)

11h15 - 11h27: Solid tumors – initial experience of a gastroenterology department H. Ribeiro (Portugal)

11h27 - 11h39 : Le FTRD (Full Thickness Resection Device) est un nouveau système de résection transmurale de la paroi digestive. Nous rapportons l'expérience d'Avignon à propos de 5 cas S. Bellon (Avignon)

11h39 - 11h51 : Traitement endoscopique des sténoses anastomotiques B. Coulibaly (Avignon)

11h51 - 12h01 : Cas clinique n°10 : Une cause rare de diarrhée chronique diagnostiquée en région parisienne L. Nguyen (Jossigny)

12h01 - 12h11 : Cas clinique n°11 : Une complication neurologique inhabituelle au cours d'une maladie de Crohn sévère M. Vidon (Créteil)

12h11 - 12h23 : Etude du parcours de prise en charge des patients recevant une biothérapie par voie intraveineuse en HDJ S. Nahon (Montfermeil)

12h23 - 12h35 : Résultats préliminaires des caractéristiques des patients inclus dans ICARE : données issues des centres de l'ANGH S. Nahon (Montfermeil)

● **12h35 - 12h55 : Conférence n°5 :** « Traitement de la RCH : actualités et perspectives ». David LAHARIE (Bordeaux)

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



## Les communications du congrès

### 1 - APPROVIE 3: y a t-il une vie après la SVR ?

REMY ANDRE-JEAN, MERLET STEPHANE, ORTIZ MARIA DEL CARMEN Centre Hospitalier de Perpignan

Le premier objectif du traitement de l'hépatite C est d'obtenir une réponse virologique prolongée, ce qui est assuré avec les nouveaux AAD chez plus de 95% des patients. L'ANGH a acquis une expérience reconnue dans les cohortes de patients traités en « vraie vie ». Environ 2000 patients ont été inclus par les centres de l'ANGH au 31 décembre 2015 dans les cohortes APROVVIE 1 et 2. L'efficacité des traitements est identique aux résultats des essais cliniques. Le défi suivant est de connaître le devenir de ces patients une fois la guérison obtenue ; comment évoluent ces patients dans les 5 ans suivant la fin de leur traitement ?

En 2017, les premiers patients traités par inhibiteurs de protéase de 1<sup>ère</sup> génération (APROVVIE 1) sont à 5 ans de fin de traitement et les premiers patients traités par AAD à 3 ans (APROVVIE 2). Quel est et quel sera leur devenir ? C'est à cette question que veut répondre APROVVIE 3 « Suivi pendant 5 ans des cohortes APROVVIE 1 et 2 ». L'objectif était d'assurer un suivi annuel des 2 cohortes APROVVIE 1 et 2 sur les 5 ans suivant la fin du traitement antiviral (inhibiteurs de protéase de 1<sup>ère</sup> génération et AAD) soit 1500 patients environ. Les données recueillies comprenaient la SVR, mortalité, CHC, manifestations d'HTP et autres complications de la cirrhose / maladies extra hépatiques, devenir de l'asthénie et des manifestations extra-hépatiques. Les résultats obtenus chez les 300 premiers patients sont les suivants : APROVVIE 1 : 95% des patients avaient été traités par télaprevir ; 72 % d'hommes ; âge moyen 54 ans pour les hommes 51 ans pour les femmes ; génotypes : 1a 52%, 1b 31% autres 1 16% ; fibrose initiale : F0 21% F1 13% F2 10% F3 18% F4 37%. A 5 ans, 2% étaient décédés de causes non hépatiques et 3% avaient développé un CHC ; 24 % ont été retraités ultérieurement par AAD et au total 70% étaient guéris ; 22% étaient perdus de vue à ce jour. Pour les patients disposant d'une évaluation de fibrose après traitement (53%), la répartition se faisait ainsi : F0 16% F1 12% F2 21% F3 6% F4 % 45% La mesure de la qualité de vie par le questionnaire SF36 montrait une qualité de vie significativement supérieure après traitement par rapport à la population générale mais uniquement chez les femmes. La qualité de vie était identique chez les hommes par rapport à la population générale. Les résultats d'APROVVIE 2

seront détaillés lors de la présentation au congrès d'Angoulême.

### 2 - Hépatite C traitée : bonne ou mauvaise réponse ? Un cas clinique déroutant !

ORTIZ Maria Del Carmen, REMY André-Jean, HERVET Jérémy, BOUVHKIRA Hakim, MONTABONE Hakim, POURRET Anne

Les facteurs de mauvaise réponse au traitement de l'hépatite C sont connus et peuvent expliquer les échecs des nouveaux traitements antiviraux directs, même avec des taux de réponses supérieurs à 95%. Mr A présente une hépatite C de génotype 4 connue depuis 2005, liée à une contamination intraveineuse en 1983. Le bilan initial mettait en évidence une fibrose au stade F3. Mr A a été traité 3 fois sans succès entre 2007 et 2011 : à 2 reprises par interféron pégylé et ribavirine (répondeur partiel) puis par trithérapie à base de télaprevir (ATU nominative, répondeur rechuteur). Sa consommation d'alcool a toujours été excessive, avec de courtes périodes d'abstinence. L'état hépatique s'est progressivement dégradé avec constitution d'une cirrhose en 2009, puis rupture de varices œsophagiennes en 2012, 2013 et 2014. Le suivi hépatologique et addictologique a été chaotique avec une absence de suivi entre 2014 et 2016. Le patient est retrouvé et repris en charge par l'équipe mobile hépatites en 2016. Le dossier du patient est présenté en RCP avec les éléments suivants : cirrhose virale C et alcoolique non sevrée Child B (TP 55%, albumine 28g, bilirubine 45 micromoles/l) avec hypertension portale sévère chez un homme de 52 ans SDF. La charge virale était faible mesurée à 3870 UI. Un traitement de 12 semaines par ombitasvir/partiaprevir/ritonavir et ribavirine est proposé, associé à accompagnement social renforcé et hébergement d'urgence. Les médicaments comprenaient propranolol et esoméprazole. Après 2 semaines, le patient est expulsé de la structure d'hébergement suite à une alcoolisation massive et le traitement antiviral C est interrompu. La charge virale C réalisée 1 mois et 3 mois après la fin du traitement est négative. Le patient cumulait pourtant les facteurs de mauvaise réponse virologique : sexe masculin, âge supérieur à 50 ans, prétraitement par interféron ribavirine et antiprotéases, consommation excessive d'alcool, cirrhose CHILD B, compliance aléatoire lors des précédents traitements, durée de traitement courte, albumine basse et traitement par IPP. Seule la charge virale initiale faible pourrait constituer un paramètre favorable chez un patient en situation d'échec programmé inévitable !

### 3 - Un ictère briard inhabituel

Ilias Kounis (1), Marc Prieto (1), Mathieu Yver (2), Jacquot Rakotobe (3), Hatem Salloum (1), Mohamed Ali Masmoudi (1), Julien Calderaro (4), Chady Salloum (5), Christophe Locher (1)

(1) Service de gastroentérologie, (2) Service d'anatomopathologie, (3) Service de radiologie, CH Meaux, (4) Service d'anatomopathologie, (5) Service de chirurgie digestive, CHU Henri Mondor, Créteil.

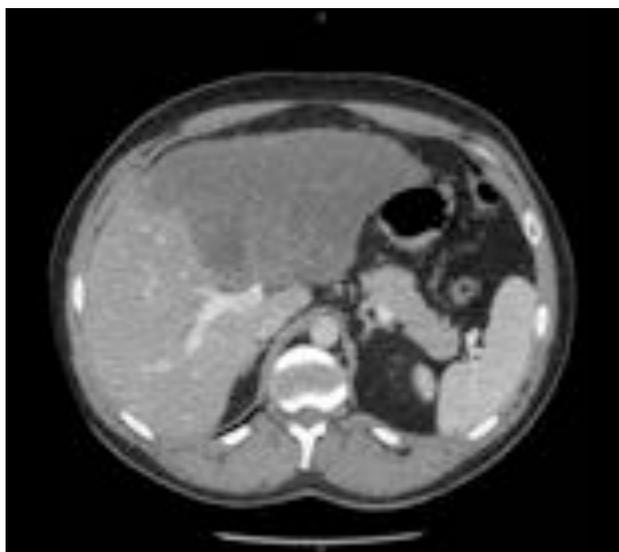
Un homme de 35 ans consulte aux urgences pour un ictère d'apparition récente avec prurit, urines foncées et selles décolorées accompagné d'épigastalgies. Pas de fièvre ni d'amaigrissement. Il ne présente pas d'antécédent personnel ni familial particulier. Pas de voyage récent hors de France. A l'examen clinique, il existe un ictère conjonctival avec lésion de grattage. Pas d'hépatosplénomégalie.

Biologie : NFS, Plaquettes, TP, ionogramme sanguin normaux, CRP=11, Bili T/C = 50/33 &#61549;mol/l. ASAT et ALAT =5N. GGT = 15N, PAL =4N, Albumine Nle, LDH Nles.

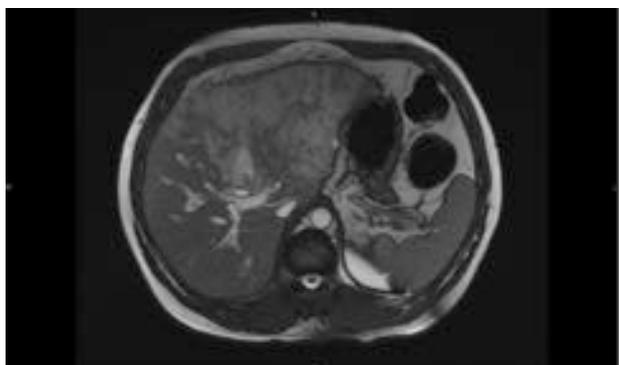
Sérologies virales négatives (B vacciné).

L'échographie abdominale retrouve une lésion hétérogène du foie gauche avec thrombose de la branche portale gauche. Pas de dilatation des voies biliaires.

Angioscanner hépatique



IRM hépatique



Une PBH est réalisée retrouvant un tissu hépatique nécrotique avec fibrose hyaline et calcifications dystrophiques. Pas de cellules tumorales.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Diagnostic, Traitement et évolution lors du congrès

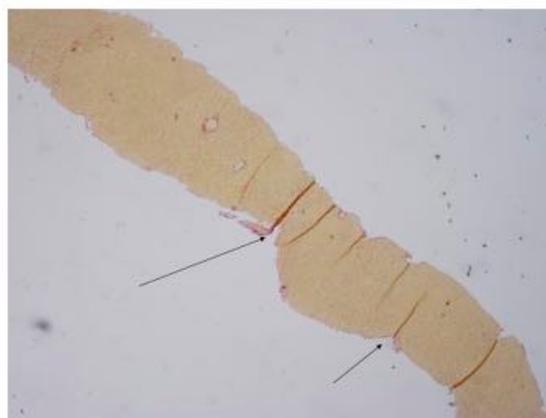
### 4 - Foie et rein: les liaisons dangereuses

Héloïse Giudicelli, Florence Skinazi, Hélène Labadie

Un patient de 28 ans d'origine sénégalaise et revenant récemment d'un voyage dans son pays est hospitalisé au centre hospitalier de Saint Denis en septembre 2016 pour une diarrhée fébrile et une ascite. Ce patient a comme principal antécédent un néphroblastome droit rompu à l'occasion d'une chute et opéré en 1993 d'une néphrectomie droite suivie d'une radio-chimiothérapie pendant 1 an par Oncovin et Adriamycine.

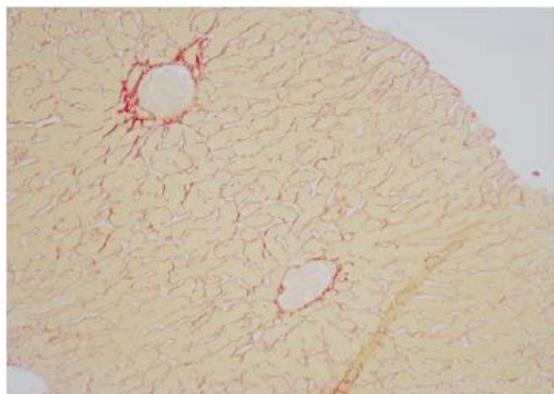
Cliniquement la température est à 38°6, la palpation de l'abdomen retrouve une hépatosplénomégalie, une ascite modérée non ponctionnable, il n'y pas d'ictère, pas d'encéphalopathie hépatique. Biologiquement, les plaquettes sont à 69000/mm3, l'hémoglobine à 10.4 g/dl normocytaire, le TP à 65%, le facteur V et le bilan hépatique sont normaux, les sérologies virales sont négatives, la sérologie bilharziose est négative. La gastroscopie retrouve des varices oesophagiennes de grade 2 et des varices sous cardiales. Le scanner abdominal montre un foie dysmorphique avec une grosse veine portale droite se propageant dans le foie gauche et des stigmates d'hypertension portale.

La PBH transjugulaire retrouve une alternance de travées hépatocytaires atrophiques et régénératives avec un aspect nodulaire sans fibrose significative.

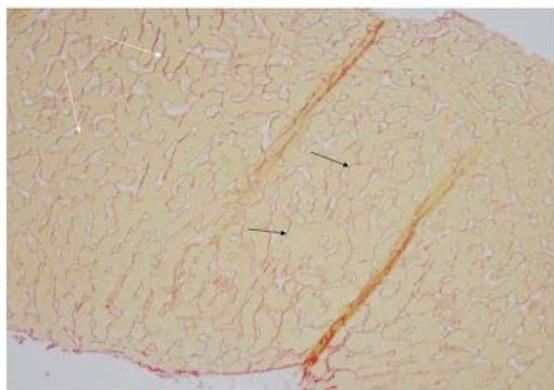


Rouge sirius. Pas de fibrose. Contours discrètement monoliformes de la biopsie (flèche)

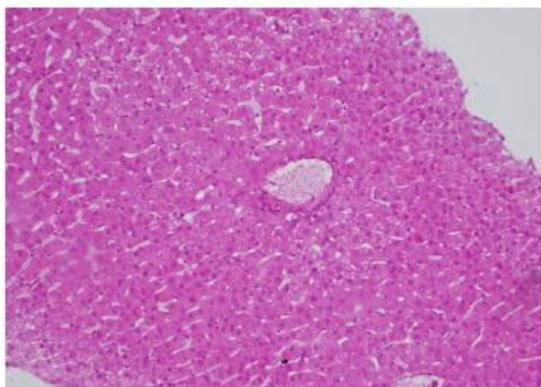
Le diagnostic retenu est celui de maladie vasculaire du foie de type HNR secondaire à la chimiothérapie. La discussion s'appuiera sur les principales conséquences hépatiques des chimiothérapies (anomalies vasculaires de la microcirculation, stéatose et stéatohépatite, nécrose, fibrose ) et sur les principales drogues responsables.



Espace porte et veines normalement présentes



Alternance de Travées regeneratives (flèches noires) et atrophiées (flèches blanches)



Aucune anomalie des hépatocytes ou inflammation

## 5 - Utilisation de la technique ShearWave-TOSHIBA :

**comparaison aux autres tests utilisés dans l'évaluation non-invasive de la fibrose hépatique : expérience en vie réelle chez 300 patients au sein d'un CHG.**

J.-F.CADRANEL(1), A.GARIOUD(1), R.DAOUD(2), C.MOKHTARI(3), B.AZZI(2), H.LISON(1), M.JIRARI(2), M.MEDMOUN(1), A.LI(3), A.SMAÏL(4), A.CAZIER(5), T.DELACOUR(3), F.KAZEROUNI(2).

1. Service d'Hépatogastroentérologie, d'Alcoologie et de Nutrition – GHPSO Creil (Oise). 2. Service d'Imagerie médicale – GHPSO Creil (Oise).

3. Service de Biologie médicale – GHPSO Creil (Oise).

4. Service de Chirurgie digestive – GHPSO Creil (Oise).

5. Service d'Anatomopathologie – GHPSO Creil (Oise).

## Introduction et buts :

Depuis une dizaine d'années, les moyens non-invasifs ont largement supplanté la ponction-biopsie hépatique (PBH) dans l'évaluation de la fibrose hépatique. Cependant, dans de nombreuses hépatopathies chroniques comme l'hépatite B ou les stéatopathies métabolique (NAFLD, NASH), l'élastométrie par Fibroscan et/ou les marqueurs sériques ne sont pas validés et/ou non faisables. L'élastographie hépatique a été développée plus récemment. Couplée à l'échographie, elle détecte la vitesse de propagation d'une onde « Shear Wave » dans le foie et propose une mesure numérique de la dureté du tissu en kPa avec un index de fiabilité de la mesure. Cette étude a pour but de comparer les résultats du Fibroscan et des marqueurs sériques Fibrotest et Fibromètre (et de la PBH quand elle a été effectuée) avec ceux d'une élastographie ShearWave-TOSHIBA dans une large population de patients atteints par une hépatopathie chronique.

## Matériel et méthodes :

Entre novembre 2016 et mai 2017, une série de patients suivis pour une hépatopathie chronique (hépatite virales B ou C, hépatite auto-immune, stéatohépatite et autres) ont eu consécutivement une évaluation non-invasive de la fibrose hépatique par Fibroscan, Fibrotest et/ou Fibromètre et une élastographie ShearWave-TOSHIBA effectuée en intercostal sur trois sites différents lors d'une échographie abdominale. L'ensemble de ces données a été colligé avec celui de la PBH si disponible pour une analyse statistique effectuée à l'aide du logiciel StatView. Pour chaque hépatopathie chronique, les données quantitatives pour chaque méthode d'évaluation de la fibrose hépatique ont été exprimées en médiane±écart type et comparées à l'aide d'un test de chi-2 (p significatif si inférieur à 0,05).

## Résultats :

300 patients ont été inclus dans cette étude.

Les résultats seront présentés lors du congrès de l'ANGH à Angoulême en septembre 2017.

## Conclusions :

Suite aux résultats présentés dans cette étude monocentrique, un projet plus large d'étude multicentrique promue par l'ANGH est à envisager.

## 6 - OBADE : Observatoire national des patients traités par Baclofène (Liorésal®)

**pour Alcool-DEpendance dans les services d'hépatogastroentérologie de l'ANGH - données intermédiaires**

Camille Barrault (1), Hortensia Lison (2), Christophe Locher (3), Florence Skinazi (4), Valérie Bourcier (5), Xavier Causse (6), Thierry Thevenot (7), Béziers (8), Charlotte Costentin (9), Vincent Quentin (10), Céline Jouan (1), Jérôme Barré (1), Jean-François Cadranel (2), Camille Jung (1).

## Rationnel

Le baclofène (BAC) est un agoniste du récepteur GABA-B utilisé dans le traitement de

l'alcool-dépendance pour diminuer la consommation déclarée d'alcool (CDA). Il fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation dans cette indication accordée par l'ANSM en mars 2014. Ce traitement est actuellement utilisé par de nombreux addictologues sans que les modalités de prescription soient clairement définies (population, posologie...). Le but de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques actuelles en hépatogastroentérologie, en particulier chez les patients ayant une maladie alcoolique du foie.

#### But

L'objectif principal de notre observatoire est d'évaluer les modalités de prescription du baclofène pour alcool-dépendance dans les services d'hépatogastroentérologie d'hôpitaux généraux affiliés à l'ANGH. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la tolérance du baclofène, la CDA, les marqueurs biologiques du mésusage d'alcool ainsi que les marqueurs de la fonction hépato-cellulaire chez les patients cirrhotiques.

#### Patients et Méthodes

Les données à l'inclusion et tous les 3 mois pendant 12 mois ont été recueillies de façon rétrospective pour les patients traités depuis juin 2012 et de façon prospective pour ceux traités à partir de septembre 2014. Les données recueillies étaient psychosociales, addictologiques, hépatologiques et biologiques.

#### Résultats et Conclusion

Entre mars 2015 et décembre 2016, 210 patients consécutifs dans 10 services d'hépatogastroentérologie ont reçu du baclofène pour alcool-dépendance. Les caractéristiques de la population traitée et les données de suivi intermédiaires (3 ou 6 mois) seront présentées au congrès de l'ANGH.

### 7 - Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (PIBAC).

*Marone D (1), Causse X (1), Potier P (1), Labadie H (1), Macaigne G (1), Cadranel JF (1), Salloum H (1), Henrion J (1), Renou C (1), Zanditenas D (1), Hommel S (1), Ollivier-Hourmand I (3), Arpurt JP (1), Bresson-Hadni S (2), Fontanges T (2), Schnee M (1), Boyer N (2), Bettan L (1), Coscone-Cioaca S (1), Heluwaert F (1), Castelnau C (2), Rosa I (1), Beorchia S (2), Hanslik B (2), Bonny C (2), Roque-Afonso AM (4), pour l'ANGH (1), le CREGG (2), le CHU de Caen (3), le CHU Paul Brousse (4).*

En 2012, les recommandations de l'EASL ont considéré comme porteurs inactifs du VHB les patients porteurs d'AgHBs, d'anticorps anti-HBc et anti-HBe, sans surinfection virale, sans signe d'hépatopathie évoluée, dont les transaminases ALT étaient constamment normales et la charge virale < 20000 UI/ml (surveillance tous les 3 ou 4 mois pendant au minimum 1 an), alors que le seuil de charge virale retenu dans les précédentes recommandations (2009) était de 2000 UI/ml. La

quantification de l'AgHBs semble aussi pouvoir aider à identifier les porteurs inactifs du VHB (< 1000 UI/ml pour le génotype D, < 100 UI/ml pour les génotypes B et C). Plus récemment, un Ag HBcr (core-related) < 3 log d'UI/ml a été retenu comme très évocateur de portage inactif. Enfin, il est de plus en plus clair que des comorbidités interviennent dans l'évolution de la fibrose hépatique. Nous avons inclus consécutivement les porteurs inactifs du VHB vus en consultation, avec le projet de les surveiller durant 5 ans et d'évaluer si l'AgHBs quantitatif à l'inclusion permettait de confirmer le portage inactif ou de reconnaître des porteurs actifs dans cette population. L'influence de l'AgHBs quantitatif à l'inclusion, de l'évolution dans le temps de l'Ag Hbs quantitatif, du génotype viral, des comorbidités (consommation chronique d'alcool ou de tabac, syndrome métabolique, HTA, diabète, dyslipidémie) sur la survenue d'événements (séroconversion anti-HBs, passage à l'hépatite active) sera également étudiée.

De septembre 2014 à juin 2016, 665 porteurs inactifs du VHB ont été recrutés. 113 dossiers sont actuellement insuffisamment renseignés et nous n'avons pu travailler que sur 552 dossiers. Parmi ceux-ci, 56 ont dû être exclus : charge virale > 20000 UI/ml, n = 3 ; charge virale indétectable et AgHBs non quantifiable, n = 10 ; pas de charge virale renseignée à l'inclusion, n = 43. La population étudiée est donc de 496 patients, 455 en consultation hospitalière (91,7%), 41 en consultation libérale (8,3%).

On compte 52% de femmes, 48% d'hommes (sex ratio 0,91), d'un âge moyen de 42 ans + 12 (extrêmes 19-79). Les inclus étaient originaires d'Afrique sub-saharienne (46 %), d'Asie du sud-est (13%), de France métropolitaine (13%), du Maghreb (11%), d'Europe occidentale ou d'Amérique du nord (8 %), d'Europe de l'est (3%), des territoires français d'outre-mer (3%), du Moyen Orient (2%) ou d'ailleurs (1%), ce qui est très proche des données de l'INVS sur les patients infectés par le VHB et vivant en France métropolitaine.

Ces patients déclaraient une consommation quotidienne moyenne d'alcool : nulle (89%), < 30 g (9%), > 30 g (2%) ; de tabac : nulle (90%), < 20 g (9%), > 20 g (1%) ; de cannabis : nulle (99%), occasionnelle (0,4%), quotidienne (0,6%).

2,9% des inclus avaient un IMC < 18,5 (maigre), 43,1% un poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9), 36,8% un surpoids (IMC entre 25 et 29,9), 12,8% une obésité de classe 1 (IMC entre 30 et 34,9), 3,6% une obésité de classe 2 (IMC entre 35 et 39,9), 0,8% une obésité de classe 3 (IMC de 40 et +), ce qui est comparable aux données d'OBEP1 2012.

La charge virale B à l'inclusion chez les 496 patients analysables était : indétectable chez 10,3% ; quantifiable et < 2000 UI/ml chez 71,6% ; > 2000 et < 20000 UI/ml chez 18,1%.

La quantification de l'AgHBs était < 100 UI/ml pour

17,3% de ces patients, entre 100 et 999 UI/ml pour 23,9% d'entre eux et de 1000 UI/ml ou+ chez 58,9%.

Le génotype a pu être recherché chez 425 patients, il n'était pas réalisable chez 112 d'entre eux du fait d'une trop faible charge virale. Les 313 génotypes identifiés se répartissaient entre le A (27,2%), le B (6,7%), le C (5,1%), le D (25,2%), le E (35,5%) et le F (0,3%).

L'AgHBs quantitatif et la charge virale B quantitative n'apparaissent pas corrélés (R2 0,07, p 0,26). Aucune différence de charge virale n'était constatée en fonction du génotype viral.

**Conclusion :** nous avons inclus près de 700 porteurs inactifs de l'AgHBs, l'étude des 496 dossiers suffisamment renseignés à ce jour montre une population relativement jeune, comparable à la population nationale pour le sex ratio et l'IMC. Nos patients sont en revanche majoritairement originaires d'Afrique, infectés principalement par les génotypes E, A, D, avec une antigénémie élevée. L'existence d'une fraction significative de patients à charge virale élevée (18,1%) donnera un intérêt particulier à leur surveillance dans les 5 ans à venir.

## 8 - Quel avenir pour l'hépatologie après l'hépatite C ?

Pr Victor De Ledinghen

## 9 - La Réforme de 3ème cycle de l'internat

Hervé Hagège,

## 10 - APACH : Cohorte de l'Adénocarcinome du Pancréas en Centre Hospitalier : Analyse des résultats chirurgicaux.

R Faroux(1), M. Baconnier(2), R. Yeung(3), F. Khemissa(4), J.L. Legoux(5), C. Locher(6), I. Raoto, I(7). Pripon, A(8). Boruchowicz(9), R. Combes(10), S. Manet-Lacombe(11), C. Becker(12), D. Grasset(13), N. Abdelli(14), K. Elris(15), M.P. Liebaert(16), A. Pelaquier(17), V. Quentin(18), C. Poupardin(19), G Macaigne(20), J. Dimet(1) (1)La Roche sur Yon, (2)Annecy, (3)Jolimont, (4)Perpignan, (5)Orléans, (6)Meaux, (7) Avignon, (8)Le Mans, (9)Valenciennes, (10)Niort, (11)Pontoise, (12)Les Sables d'Olonne, (13)Vannes, (14)Corbeil Essonnes, (15)Chalons en Champagne, (16)Angoulême, ((17) Montelimar, (18)St Brieuc, (19)Montfermeil, (20) Lagny.

### Introduction :

L'adénocarcinome du pancréas (ADKP) avec environ 12 000 nouveaux cas par an en France, et presque autant de décès est un cancer dont l'incidence augmente. On dispose cependant de peu de données en dehors des centres de référence, en particulier pour les patients opérés. Objectif principal : La cohorte APACH, a permis de décrire sur une large population prospective multicentrique les caractéristiques épidémiologiques et cliniques actuelles des ADKP,

et ses modalités de prise en charge en Centre Hospitalier(CH). Nous décrivons ici la population des patients opérés.

**Patients et méthodes :** Inclusion exhaustive d'octobre 2013 à novembre 2015, dans les centres de l'ANGH, des patients présentant un adénocarcinome du pancréas avec preuve histologique ou cytologique. Après inclusion et description des données initiales, un suivi était mis en place pour une durée de 5 ans ou jusqu'au décès du patient.

**Résultats :** 1136 patients ont été inclus dans 50 centres. Après exclusion des dossiers inéligibles, 1086 patients sont à ce jour analysables. 282 patients ont été opérés (26%). 225 étaient jugés résécables. Nutrition péri opératoire 30%. 21% avec drainage endoscopique ou radiologique préalable pour sepsis 7%, demande du chirurgien 7%, Délai de prise en charge chirurgical trop long 22% et bilirubine jugée trop élevée 64%. 196 gestes à visée curative ont été réalisés (18%) : 156 DPC, 35 SPG 5 autres. Sur des données déclaratives, la mortalité opératoire est de 3% et 75% sont réséqués R0. La tumeur était T1 (7%), T2 (18%), T3 (69%), T4 (6%). 63% des patients étaient opérés dans l'établissement ayant fait le diagnostic. La survie médiane de la totalité de la cohorte est de 11 mois, la survie des patients réséqués non R0 est de 15,4 mois. La médiane n'est pas atteinte à 24 mois pour les patients réséqués R0.

### Conclusion :

Malgré un pronostic qui reste sombre, sur une cohorte non sélectionnée, 18% des patients sont opérés à visée curative. Alors que plus de 60% des patients sont opérés en CH, la survie médiane des patients réséqués R0 est supérieure à 24 mois. Les résultats seront actualisés au moment du congrès

## 11 - Impact de l'endoscopiste et du pathologiste sur la détection et la caractérisation des lésions festonnées dépistées par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal

B Denis, I Gendre, JP Ghnassia, P Perrin, ADECA Alsace

20 à 30% des cancers colorectaux (CCR) se développeraient à partir de lésions festonnées, au 1er rang desquelles les adénomes/polypes sessiles festonnés (A/PSF). Ces lésions, difficiles à détecter en endoscopie, sont sous-diagnostiquées par les pathologistes. Selon les séries, elles représentent 1 à 15% des polypes colorectaux et leur prévalence varie de 1 à 22%. Elle est > 8% dans les séries rapportées par des binômes endoscopiste expert + pathologiste expert. Le but de ce travail était d'évaluer l'impact de l'endoscopiste et du pathologiste sur la détection et la caractérisation des lésions festonnées dépistées par le programme de dépistage organisé (DO) du CCR.

**Méthodes :** Evaluation des coloscopies et polypes colorectaux réséqués de janvier 2011 à juin 2016

dans le programme de DO du CCR de la région Alsace. Seuls les endoscopistes ayant réalisé  $\geq 50$  coloscopies et les pathologistes ayant analysé  $\geq 100$  polypes étaient évalués.

**Résultats :** 11 738 patients bénéficiaient d'une coloscopie et 14 590 polypes étaient réséqués. 1480 coloscopies et 697 polypes étaient exclus de l'étude. Au total, 11 841 polypes réséqués chez 10 258 patients par 109 endoscopistes étaient inclus, analysés par 38 pathologistes. Il s'agissait de 8769 (74%) adénomes et 2563 (22%) lésions festonnées. Ces dernières se répartissaient en 2349 (92%) polypes hyperplasiques, 209 (8%) A/PSF, dont 131 (63%) avec dysplasie de bas grade et 1 avec foyer d'adénocarcinome, et 5 (0,2%) adénomes festonnés traditionnels (AFT), dont 3 (60%) avec dysplasie de bas grade. La terminologie employée par les pathologistes pour désigner ces lésions festonnées était très variable : plus d'une dizaine de formulations différentes étaient employées. La précision « sessile » ou « traditionnel » manquait dans 140 cas (65%). Les 209 A/PSF étaient réséqués chez 156 patients (hommes 67%). Leur taille variait de 2 à 25 mm. 105 (50%) étaient situés dans le colon proximal. 33 (16%) A/PSF recto-sigmoïdiens  $\leq 5$  mm étaient probablement plutôt des polypes hyperplasiques. La prévalence globale des A/PSF était de 1,5%, significativement plus élevée chez l'homme (1,8%) que chez la femme (1,2%) ( $p = 0,01$ ). Elle augmentait significativement avec l'âge (1,2% chez 50-59 ans, 1,6% chez 60-69 ans, et 2,0% chez 70-74 ans) ( $p = 0,05$ ) et variait de 0 à 20% selon l'endoscopiste et de 0 à 9,1% selon le pathologiste. Elle augmentait significativement avec le temps, de 0,7% en 2011-12 à 1,1 % en 2013-14 et 2,5 % en 2015-16 ( $p < 0,01$ ). L'étude évaluant l'impact de l'endoscopiste portait sur 10 963 polypes réséqués chez 9504 patients par 68 endoscopistes. L'étude évaluant l'impact du pathologiste portait sur 10 786 polypes analysés par 24 pathologistes, réséqués chez 5040 patients. Parmi les endoscopistes ayant réalisé  $\geq 50$  coloscopies, le taux de détection des A/PSF (TDA/PSF) variait de 0 à 7,8% (idem dans le colon proximal). Le TDA/PSF dans le colon proximal augmentait significativement avec le temps, de 0,2% en 2011-12 à 0,6 % en 2013-14 et 1,5 % en 2015-16 ( $p < 0,01$ ). Parmi les 24 pathologistes ayant analysé  $\geq 100$  polypes le TDA/PSF variait de 0 à 9,4% (0 à 7,5% dans le colon proximal). 16 (24%) endoscopistes n'avaient détecté aucun A/PSF [23 (34%) aucun dans le colon proximal] et 3 (13%) pathologistes n'en avaient jamais diagnostiqué [6 (25%) aucun dans le colon proximal]. 23 (11%) polypes  $\geq 1$ cm du colon proximal qualifiés d'hyperplasiques par le pathologiste étaient probablement d'authentiques A/PSF. En incluant ces polypes hyperplasiques  $\geq 1$ cm du colon proximal dans la définition des A/PSF, le TDA/PSF dans le colon proximal passait de 0,8 à 1,1% pour les 68 endoscopistes (0 à 7,8% selon

l'endoscopiste) et de 1,6 à 2% pour les 24 pathologistes (0 à 7,5% selon le pathologiste). La corrélation entre taux de détection des adénomes (TDA) et TDA/PSF était médiocre ( $R = 0,3$ )

**Conclusion :** La prévalence des A/PSF dans notre programme de DO du CCR est évaluée à 1,5%, à la limite inférieure de la fourchette rapportée dans la littérature. Il existe d'énormes variations du TDA/PSF, à la fois liées à l'endoscopiste et au pathologiste, sources d'inégalités dans le programme français de DO du CCR. Un tiers des endoscopistes et un quart des pathologistes n'en détectent jamais dans le colon proximal. Les progrès significatifs observés avec le temps sont encourageants, mais insuffisants. Ce constat est inquiétant eu égard à l'importance croissante attribuée à la voie festonnée dans la carcinogénèse colorectale.

## 12 - Immunothérapie en cancérologie digestive

*Pr David Tougeron*

### 13 - Une cause inhabituelle de diarrhée

*Clémence Horaist, Mehdi Belhassan, Mathilde Petiet, Vincent Jouannaud, Stéphane Nahon*

Patiente de 81 ans hospitalisée en urgence pour la prise en charge d'une diarrhée aiguë non glairo sanglante et douleurs abdominales depuis 48h.

Dans ses antécédents sont retrouvés : un syndrome dépressif traité depuis 10 ans par fluoxétine à la dose de 20 mg par jour, un lymphome folliculaire diagnostiqué en 2006 traité par plusieurs lignes de chimiothérapie et depuis janvier 2017 par idelalisib (Zydelig) à la dose 150 mg matin et soir.

A l'arrivée dans le service, la patiente est apyrétique, pouls et tension normaux et poids sans modification récente du poids. L'abdomen est sensible dans son ensemble à la palpation sans défense. A l'interrogatoire : on ne trouve pas de voyage récent, pas de notion de repas à risque, pas de contagion, pas de nouvelle prise médicamenteuse. Au bilan biologique : Hb 14,2g/dl ; lymphocytes 0,4 G/L ; TP 88% ; ASAT 5.5N ; ALAT 7N ;GGT et PAL normales, ionogramme sanguin normal, créatininémie normale, albumine 25 g/L et CRP normale. Une TDM abdomino pelvienne avec injection de produit de contraste réalisé montre un épaissement de la paroi du colon (prédominant au niveau du sigmoïde) sans complication, associé à une thrombose de la veine ovarienne droite. Le bilan infectieux (coprocultures, recherche de clostridium difficile toxigène, examen parasitologique des selles, sérologies des hépatite A, B, C et E, recherche de CMV) est négatif.

La rectosigmoidoscopie montre des ulcérations millimétriques multiples de la muqueuse rectosigmoïdienne avec des intervalles de muqueuse saine. Les biopsies concluent à une colite sub-aiguë chronique avec perte de la

mucosécrétion, érosions superficielles et apoptose focale.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Quelle est votre conduite à tenir ?

**14 - Syndrome d'obstruction sinusoidale chez une patiente traitée par KADCYLA – trastuzumab emtansine**

*Hélène JULIEN (1), Anaise BLOUET (2), Derek BARDOU (1), Julie ANTIER (1), Julien BAUDON (1), Mehdi KAASSIS (1).*

*(1) : Hépatogastroentérologie ; (2) : Oncologie médicale, CH CHOLET 49300*

La maladie veine-occlusive ou syndrome d'obstruction sinusoidale (SOS) est définie par une atteinte des cellules endothéliales sinusoidales puis une obstruction des veines centrolobulaires. Elle doit être différenciée des Hyperplasies Nodulaires Régénératives (HNR) qui font partie du groupe des Maladies Porto Sinusoidales.

De nombreux médicaments ont été incriminés dans ce syndrome SOS notamment l'oxaliplatine ainsi que historiquement la greffe de moelle osseuse.

Nous rapportons çà notre connaissance le 1er cas de SOS survenu sous chimiothérapie par KADCYLA® (trastuzumab emtansine) pour cancer du sein. Cette présentation est l'occasion de redéfinir l'entité du SOS, proche de la maladie veine-occlusive.

**Cas clinique**

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 84 ans chez qui est découvert en 2014 un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche de grade II HER2 amplifié RE+ RP- en 2014 avec métastases pulmonaires.

Les ATCD sont marqués par une cardiopathie ischémique avec stent, un diabète insulino-dépendant, des ATCD de cancer du sein chez sa mère.

La patiente a été traitée initialement par chirurgie (mastectomie totale en 2014) puis chimiothérapie de 1ère ligne métastatique par TAXOL et HERCEPTINE hebdomadaire de décembre 2014 à mai 2015 puis HERCEPTINE en maintenance de mai 2015 à mars 2016. En Mars 2016, le scanner TAP montre l'apparition de métastases hépatiques, histologiquement documentées, sous traitement d'entretien par HERCEPTINE. Devant la progression de la maladie, il est introduit une chimiothérapie de 2ème ligne métastatique KADCYLA. Au bilan intermédiaire, on retrouve une efficacité de la chimiothérapie avec une nette diminution des lésions pulmonaires et hépatiques. Après 8 cures de KADCYLA, la patiente est hospitalisée pour hématomésothorax. La FOGD retrouve des varices œsophagiennes stade II avec du sang frais dans l'estomac, traitées par ligatures. La biologie montre une élévation des GGT à 4N, ALAT 2N, plaquettes 245 000, TP 72 %.

Le scanner abdomino-pelvien retrouve une ascite de faible abondance, une hépatomégalie, des signes d'hypertension portale avec voies de dérivations péri-ombilicales sans signes de

progression hépatique métastatique, sans thrombose portale.

La ponction biopsie hépatique retrouve une péliose, des sinusoides congestifs et une fibrose péri-sinusoidale centrolobulaire s'intégrant dans le cadre d'un SOS. Une déclaration de pharmacovigilance était réalisée.

L'Etat général s'est progressivement dégradé, ne permettant pas la reprise d'une chimiothérapie. La patiente est décédée en décembre 2016.

**Discussion**

Le SOS est une pathologie de la microcirculation hépatique retrouvant initialement une atteinte des cellules endothéliales sinusoidales et de l'espace de Disse. Histologiquement, les sinusoides apparaissent congestifs avec des lésions de péliose, puis une fibrose centrolobulaire va pouvoir se développer avec une atteinte des veines centrolobulaires qui vont s'oblitérer.

La chimiothérapie par KADCYLA composée de trastuzumab emtansine, est indiquée pour le traitement des

patientes atteintes de cancer du sein HER2 + métastatique non résecable, ayant reçu une 1ère ligne de chimiothérapie. Le trastuzumab est un anticorps monoclonal humanisé contre HER2, récepteur du facteur de croissance humain surexprimé dans 20% à 25% des cancers du sein. L'emtansine est un inhibiteur des microtubules dérivé de la maytansine.

Cette chimiothérapie est connue pour donner une hépatotoxicité avec principalement une élévation des transaminases sériques asymptomatiques, notamment l'emtansine peut être liée à une élévation des enzymes sériques ou des élévations de la bilirubine chez 24% des patients. De plus, des cas de décès dus à une insuffisance hépatique, ont été signalés. Un rapport récent d'hyperplasie régénérative nodulaire chez 2 femmes atteintes d'un cancer du sein qui ont été traitées pendant 16 mois avec du trastuzumab emtansine suggère que le traitement peut aussi être source de lésions vasculaires au foie pouvant conduire à la régénération nodulaire dans le cadre d'une maladie porto sinusoidale.

**Conclusions**

Un SOS peut apparaître sous KADCYLA (trastuzumab emtansine). A notre connaissance, nous en rapportons le 1er cas. Il s'agit d'une complication à ne pas méconnaître du fait d'une symptomatologie clinique plus fruste que dans sa forme historique post-allo greffe. Il convient de plus de différencier le SOS et la maladie veine-occlusive, du groupe des Maladies Porto Sinusoidales dont fait partie l'HNR, et bien une relation entre ces 2 entités soit possible.

**15 - Douleurs abdominales de cause inhabituelle**

*Charlotte Mouliade, Clémence Horaist, Mehdi Belhassan, Vincent Jouannaud, Stéphane Nahon*

*Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil*

Un patient de 34 ans consulte aux urgences le 01/02/2017 pour éruption cutanée d'allure purpurique. Il n'a pas d'antécédent, ne prend aucun traitement et n'a pas voyagé récemment. Il déclare une consommation occasionnelle de cocaïne.

Le 18/01/2017 : apparition d'une fièvre à 38.5° isolée. Le lendemain : lésions érythémato-papuleuses non prurigineuses au niveau des mains et des pieds s'étendant progressivement sur le tronc. Amélioration spontanée de l'éruption pendant quelques jours. Le 22/01, apparition d'une nouvelle éruption associée à une toux et une odynophagie. Le 01/02, consultation aux urgences pour persistance des lésions cutanées avec apparition de douleurs d'allure inflammatoire des articulations inter-phalangiennes proximales des deuxième et troisième doigts de la main droite. Par ailleurs, apparition de douleurs épigastriques intenses majorées par la prise alimentaire associés à des vomissements. Pas de point d'appel infectieux, pas d'altération de l'état général.

Au bilan biologique : GB 9.9 G/L, Hb 12, 9 g/dL, Plaquettes 534 G/L, CRP 52 mg/L, créatinine 78 µmol/L, bilan hépatique normal, lipase normale.

La TDM abdomino-pelvienne montre un épaississement et une prise de contraste du jéjunum proximal sur 10cm, associés à une infiltration du mésentère et la présence de ganglions mésentériques et d'un épanchement pelvien. Les vaisseaux sont perméables.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ? Quel traitement proposez-vous ?

**16 - Ascite et immunodépression**

*Raef Abdallah, Luis Ferreira, Michèle Pouteau, Florence Skinazi*

*Service de gastroentérologie, service de réanimation médicale Hôpital DELAFONTAINE 93200 Saint Denis*

Une patiente de 60 ans ancienne aide-soignante est hospitalisée au CH de Saint Denis en janvier 2017 pour altération de l'état général, douleurs abdominales et diarrhée évoluant depuis 2 semaines. La patiente est traitée pour une bronchite chronique post tabagique et a l'habitude de boire du Ricard quotidiennement.

A l'entrée, elle est apyrétique, l'abdomen est tendu et mat.

Biologiquement, il existe un syndrome inflammatoire avec une hyper leucocytose à 30 000/mm<sup>3</sup>, une CRP 200 mg/l et une anémie à 10 g/dl normochrome normocytaire. Le bilan hépatique est perturbé avec une cholestase (bilirubine T/C 60/42, GGT/PAL 299/179 UI/L). Une ponction d'ascite est réalisée : liquide pauvre en protides non infecté. Les sérologies virales sont négatives, les anticorps anti tissus sont négatifs.

Le scanner abdominal retrouve un foie dysmorphique et homogène, avec une circulation



veineuse collatérale importante, une ascite assez peu abondante. La gastroscopie retrouve des varices oesophagiennes de grade 1.

Une cirrhose alcoolique est suspectée.

L'état clinique de la patiente se dégrade ensuite rapidement: apparition d'un état septique avec une infection du liquide d'ascite (ILA) à *Enterococcus avium*; les urines et les hémocultures périphériques sont positives à *Entérocooccus faecalis*. Une antibiothérapie adaptée est prescrite.

Malgré cela, l'état clinique continue de s'aggraver:

- hémorragie digestive et melena: la gastroscopie retrouve des traces de sang noir dans l'estomac, les VO ne saignent pas,

- récurrence d'une ILA à *Entérobacter sakazakii*

- SDR, le LBA est positif à staph coagulase négatif et *aspergillus fumigatus*. L'antigénémie aspergillaire est positive. Un traitement adapté est prescrit

- déglobulisation à 5g /dl. La gastroscopie retrouve des filaments déposés sur la muqueuse gastrique et de multiples lésions arrondies en relief difficilement décollables.

Quels prélèvements auriez vous faits? Quel est votre diagnostic?

**17 - RCUH sans atteinte rectale ?**

*HELUWAERT Frédéric,*

*Service hépato-gastro-enterologie - Centre hospitalier Annecy genevois, 1 av de l'hôpital BP 90074 metz tessy – 74374 pringy cedex*

Nous présentons 2 cas de patients présentant une atteinte évocatrice de RCUH, mais atteinte rectale ? Ces deux cas correspondent ils à une entité distincte ?

**Cas n°1 :**

Patient de 67 ans, présentant depuis 15 jours 3 semaines quelques épisodes de rectorragie sans modification du transit, Pas de faux besoins. Patient sous KARDEGIC. Une rectosigmoidoscopie est réalisée .Le rectum présente une muqueuse normale. Pas d'anomalie muqueuse jusqu'à 25 - 30 cm de la marge anale où on voit apparaître au sein d'une zone diverticulaire une muqueuse assez évocatrice d'une rectocolite hémorragique, granitée, fragile au contact. Cette muqueuse est discrètement ulcérée, cette colite apparaît tout à fait segmentaire sur 10 - 15 cm au delà la muqueuse redevient tout à fait normale jusqu'à l'angle colique gauche. L'aspect histologique est en faveur d'uen RCUH, il y a d'authentiques abcès cryptiques et de nombreux polynucléaires neutrophiles, pas

d'infestation a CMV

**Cas n°2 :**

Patiente ayant bénéficiée au mois d'aout 2014 une coloscopie ayant mis en évidence une inflammation péri diverticulaire au niveau sigmoïdien. Persistance de douleurs abdominales et des épisodes de rectorragies. Décision d'une nouvelle exploration endoscopique. Pas d'anomalie sur le bas rectum et le moyen rectum. Dès le haut rectum, apparition d'une muqueuse congestive, granitée, de manière circonférentielle. Cet aspect se prolonge à minima sur une quinzaine de centimètres avec des diverticules. L'aspect est tout à fait atypique. Histologiquement, il s'agit d'une muqueuse colique d'architecture conservée, dépourvue de toute ramification glandulaire cryptique ou de branchement cryptique. Le chorion est légèrement congestif avec trainées d'éléments inflammatoires où prédominent les polynucléaires neutrophiles. Ceux-ci sont volontiers en exocytose, réalisant des images de cryptite ainsi que des abcès cryptiques. Absence de granulome épithélioïde. Absence de stigmate d'infestation virale. Pas d'argument en faveur d'une éventuelle colite ischémique. Qu'est-ce donc ?

**18 - Malformation artério veineuse au niveau de l'œsophage :**

**une origine rare d'hémorragie digestive haute**

*Maria Del Carmen ORTIZ, Faiza KHEMISSA, Ana SAEZ, Caroline AMOUROUX, André-Jean REMY Service d'Hépatogastro-entérologie et de Cancérologie Digestive, Centre Hospitalier de Perpignan*

Nous rapportons le cas d'un patient de 66 ans hospitalisé dans le service de réanimation pour hémorragie digestive haute grave. Il s'agissait d'un patient ayant comme principal antécédent une néoplasie pulmonaire traitée par chirurgie et radiochimiothérapie, considérée en rémission totale. Le patient est adressé aux urgences du Centre Hospitalier en provenance d'un autre établissement pour une hémorragie digestive haute sévère se manifestant par une hématomèse associé à une instabilité hémodynamique. Une première gastroscopie réalisée en urgence à l'admission met en évidence du sang frais tapissant la muqueuse œsophagienne.



À 27 cm des arcades dentaires existait une formation pseudo tumorale bourgeonnante suspecte dans ce contexte avec un saignement en jet nécessitant un geste d'hémostase par hémospay. Il est réalisé un angioscanner qui décrit un possible saignement actif à minima au niveau de la lésion.

Le patient est transféré dans notre hôpital pour une réanimation adaptée à son état instable.

Après avoir constaté une stabilité clinique, hémodynamique et biologique, la décision de faire une nouvelle gastroscopie est prise afin de réaliser des biopsies de la lésion à visée diagnostique. Le deuxième examen met en évidence une lésion du tiers moyen de l'œsophage d'allure pseudo tumorale, non pulsatile. Une tentative de biopsie est réalisée entraînant une hémorragie digestive massive et le décès rapide du patient.

L'autopsie réalisée a montré la présence d'une malformation artério veineuse à l'origine de cette évolution fatale. La revue de la littérature sur les malformations artério-veineuses œsophagiennes à l'origine d'hémorragies digestives hautes réalisée confirme la rareté de cette étiologie dont la gravité ne doit pas être sous estimée.

PJ photo

**19 - La colite à éosinophiles (CE), une pathologie émergente mal connue ? à propos d'une série mono-centrique de 37 cas.**

*Gilles Macaigne (1), Mathieu Yver (2), Pierre Lahmek (3), Christophe Locher (4), Trompette Marie (1), Dorian Dikov (2), François Kemeny (2).*

*(1) Service de Gastro-Entérologie, (2) Service d'anatomo-pathologie. Centre Hospitalier de Marne la Vallée. (3) Service de Gastro-entérologie. Centre hospitalier de Limeil Brévannes. (4) Service de Gastro-entérologie. Centre hospitalier de Meaux*

*Introduction*  
 La CE est une entité pathologique liée à une infiltration anormale de la muqueuse colique par des éosinophiles, pour laquelle il n'y a pas actuellement de consensus sur les critères diagnostiques histologiques. Il s'agit d'une pathologie relativement fréquente chez le nourrisson et l'enfant, le plus souvent secondaire à une allergie aux protéines du lait de vache. Chez l'adulte, la CE est beaucoup plus rare et a été beaucoup moins étudiée, seuls des cas cliniques isolés ou de petites séries étant publiés. Il s'agit d'une pathologie probablement en augmentation, sous estimée car mal connue.

**Malades et Méthodes :**

La totalité des cas de CE diagnostiqués entre 2013 et 2016 au CH de Marne la Vallée a été colligée. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, endoscopiques, histologiques et évolutives ont été recueillies prospectivement. Chaque malade a bénéficié d'une coloscopie totale avec biopsies recto-coliques étagées et iléales, la gastroscopie n'étant réalisée qu'à l'initiative de l'investigateur. Le diagnostic de CE était porté histologiquement en

cas d'augmentation du taux de polynucléaires à éosinophiles > 20/champ à fort grossissement dans au moins 2 secteurs coliques (colon droit, transverse, gauche, rectum) et/ou dans l'iléon, sans autre étiologie évoquée histologiquement.

**Résultats :**

38 malades avec le diagnostic histologique de CE ont été inclus (65% de femmes – âge moyen 44,3 ans). Les indications du bilan endoscopique étaient une diarrhée seule (74%), des douleurs abdominales sans diarrhée (14%), des rectorragies ou un méléna (20%) et une anémie ferriprive (3%). La coloscopie était anormale chez 37% des malades (14/38), les lésions retrouvées étant les suivantes : érythème 86%, œdème 57%, érosions 86% et ulcérations 57% des cas. Les lésions endoscopiques prédominaient au niveau du colon droit (43%) puis du colon gauche (36%). Sur le plan étiologique, 10 (27%) malades avec une CE secondaires (2 mastocytoses, 5 maladies de crohn, 2 causes médicamenteuses, 2 parasitoses) et 27 (73%) une CE primitives. Parmi ces 27 malades, 12 (43%) avaient un terrain allergique connu au moment du diagnostic. Les 2 groupes de CE primitives et secondaires ont été comparés pour les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques endoscopiques et histologiques. Les résultats statistiques, les traitements proposés et l'évolution sous traitement des malades avec CE primitive seront présentés le jour du congrès.

**Conclusion :**

Il s'agit à notre connaissance de la première série de CE de l'adulte rapportée jusqu'alors. Dans notre travail, les 3/4 des CE étaient primitives. Les résultats des comparaisons entre les CE primitives et secondaires seront présentées au congrès.

**20 - Prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient adulte admis SAU pour hémorragie digestive.**

*Thiebault Q. (1), Dupuychaffray JP. (1), De Lustrac M. (1), Driguez E. (1), Andrieux V. (1), Mesnier T (2), Delaire L (2), Calvat S. (3), Cracco C. (3)*

*1 : Service de Hépatogastroentérologie. Centre Hospitalier d'Angoulême 2 : Service d'accueil des urgences. Centre Hospitalier d'Angoulême 3 : Service de Réanimation polyvalente. Centre Hospitalier d'Angoulême*

**Objectif :**

La prise en charge initiale des hémorragies digestives en Centre Hospitalier Général est difficile, notamment devant l'absence, dans de nombreux établissements, d'unités dédiées type Soins Intensifs de gastro-entérologie. Il n'existe pas actuellement de recommandations générales applicables à tout CHG. L'objectif de ce travail est donc de proposer une stratification de la prise en charge initiale d'un patient adulte admis aux urgences pour une hémorragie digestive.

**Méthodes :**

Plusieurs scores pronostiques reconnus (Score de Rockall et score de Glasgow-Blatchford) ainsi qu'une revue de la littérature médicale dans ce domaine, ont été utilisés afin d'identifier les différentes situations cliniques à risque. Un algorithme décisionnel a ensuite été rédigé avec la collaboration des différents services impliqués dans la prise en charge initiale.

**Résultats :**

Le groupe de travail s'est constitué autour d'un urgentiste, un réanimateur et d'un gastro-entérologue travaillant au centre hospitalier d'Angoulême. L'existence d'une instabilité hémodynamique à la prise en charge initiale (Etat de choc hémorragique, Tachycardie > 100, Hypotension, hypo perfusion périphérique) nécessite un transfert en réanimation. En absence de troubles hémodynamiques, les principaux critères modifiant la prise en charge initiale des patients sont l'âge (+/- 70 ans), la présence de comorbidités (Hypertension portale connue, traitement antiagrégants plaquettaire ou anticoagulant, cardiopathie ischémique) et le taux initial d'hémoglobine. Le délai de réalisation de l'endoscopie initiale varie en fonction du sous-groupe à risque. Ainsi, une endoscopie digestive haute (FOGD) à 48 heures peut-être envisagée chez les patients en ambulatoire. Une FOGD est recommandée dans un délai de moins de 12 h, en cas de prise en charge réanimatoire. Ces protocoles mentionnent également le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (posologie et voie d'administration), des antibiotiques et des dérivés de la somatostatine. Enfin, cet algorithme signale également la stratégie restrictive transfusionnelle avec un seuil de 7g/dl sauf en cas d'instabilité hémodynamique non contrôlée ou de syndrome anémique sévère (coronaropathie). Les hémorragies digestives hautes et basses ont été intégrés dans l'algorithme, la distinction n'ayant pas d'impact dans les 24 premières heures.

**Conclusion :**

La rédaction d'un algorithme de prise en charge initiale des patients adultes admis aux urgences pour hémorragie digestive permet une uniformisation des attitudes au sein d'un établissement hospitalier sans unité de soins intensifs dédiée. Malgré l'absence d'évaluation formalisée, l'algorithme simplifie la discussion entre les différents services impliqués. Un travail prospectif serait donc à mener pour évaluer la bonne utilisation de cet outil.

**21 - L'endoscopie du futur**

*Pr J. Hochberger (Berlin)*

**22 - The role of quantitative endoscopic ultrasound elastography in the differential diagnosis of pancreatic solid tumors - initial experience of a gastroenterology department**

*Helena Ribeiro, Cátia Leita, Richard Azevedo, João Pinto, José Tristan, Rui Sousa, Eduardo Pereira, Ana Caldeira, António Banhudo; Gastroenterology Department of Amato Lusitano Hospital, Castelo Branco, Portugal*

Introduction:

Quantitative second generation endoscopic ultrasound (EUS) elastography allows the quantitative analysis of tissue stiffness. EUS elastography has been studied in the differential diagnosis of solid tumors of the pancreas and seems to be a useful auxiliary diagnostic tool.

#### **Aims and Methods:**

The aim of this study was to evaluate the accuracy of the quantitative EUS elastography in the differential diagnosis of pancreatic solid masses, discriminating malignant from benign masses, using strain ratio (SR) analysis. A preliminary study was conducted for 9 months and included 20 consecutive patients who underwent EUS for the evaluation of solid pancreatic masses. EUS elastography was performed by 2 operators, using a linear echoendoscope (Pentax® EG3870UTK) attached to Hitachi® HI VISION Preirus platform. The mean of 3 measures was considered as the SR final result for each lesion. EUS-fine needle aspiration of the lesions was performed after SR assessment and the final diagnosis was based on the cytology or histology results. Accuracy of the elastography was obtained by the analysis of ROC curves.

#### **Results:**

Included 20 patients with solid pancreatic tumors with conclusive histological / cytologic diagnosis (4 inflammatory masses, 14 adenocarcinomas and 2 neuroendocrine tumors). The mean SR value was significantly higher in the malignant tumors comparing with the benign tumors (37,70 vs 11,31;  $p < 0,001$ ). The sensitivity and specificity of SR for detection of pancreatic malignancy for a cut of 15.89 were, respectively, 93.7% and 100% (area under the curve of 0.98, 95% CI). The overall accuracy of the EUS elastography using the SR for the detection of pancreatic malignancy was 95%.

#### **Conclusion:**

Despite the small sample, this preliminary study suggests that quantitative EUS elastography is promising in the diagnostic approach of solid pancreatic lesions, showing good accuracy in the differentiation between malignant and inflammatory masses. It may complement the study and characterization of the tumors, aiding in the diagnostic and follow-up of this patients.

### **23 - Le FTRD ( Full Thickness Resection Device)est un nouveau système de résection transmurale de la paroi digestive . Nous rapportons l'expérience d'Avignon à propos de 5 cas.**

*S.Bellon, JP.Arput, B.Coulibaly, A.Raoto, T.Andriantseno*

Ce nouveau système de résection endoscopique, consiste à attirer sans aspiration, à l'aide d'un pince la lésion dans un capuchon, puis à larguer un clip de type Ovesco à la base de la pièce, puis à couper cette pièce à l'aide d'une anse. Il permet en théorie de pouvoir réséquer toute la paroi sur laquelle repose la lésion, dont la musculature. Cette technique est indiquée principalement pour les récidives post polypectomie, les polypes ne se soulevant pas, les polypes de situation difficile. Elle est aussi utilisée dans l'exérèse de lésions sous muqueuses et les biopsies transmuraux (Hirschprung,...).

Sur une période de 8 mois, nous avons sur le CH Avignon, réalisé 5 procédures FTRD. 2 pour résections incomplètes, 2 pour localisations difficiles (dont un polype sur l'orifice appendiculaire) et 1 tumeur neuro endocrine de la paroi gastrique. Toutes les procédures ont duré moins d'une heure. La taille moyenne des pièces était de 24 mm. La résection était R0 dans tous les cas. Les lésions rectales et coliques ont montré les histologies suivantes :

Adénome simple: 1, Adénocarcinome in situ : 2, Adénocarcinome SM2 : 1. La lésion gastrique était une TNE bien différenciée grade G1. 1 complication est survenue pour le polype situé sur l'appendice : appendicite nécessitant une prise en charge chirurgicale.

Les avantages de cette technique sont nets:

Accès au caractère transmural complet de la paroi, créant une situation de concurrence pour certaines chirurgies Temps de réalisation et courbe d'apprentissage nettement plus rapide que pour la dissection (une journée de formation théorique et pratique) Taux de complications peu élevé.

Les inconvénients principaux:

La taille des pièces est limitée à 35-40 mm du fait du diamètre du capuchon.

le diamètre du système monté rend l'accès au tube digestif supérieur aléatoire.

Le système FTRD permet, dans certaines situations, de remplacer de façon relativement simple et sûre, la mucoséctomie, la dissection et parfois même la chirurgie

### **24 - TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES STENOSES ANASTOMOTIQUES Expérience Avignonnaise**

*B.COULIBALY, D.IMBERT, S.BELLON, S.BRAMLI, JP ARPURT*

Les sténoses anastomotiques digestives sont fréquentes. La reprise chirurgicale représente un traitement lourd. L'alternative classique est la dilatation pneumatique.

Pour des sténoses courtes (<20mm) le traitement par la mise en place d'une prothèse en forme de diabolo pour prévenir la migration pourrait être proposé.

Nous rapportons le cas de Mr DEDE, 86 ans  
 Gastrectomie des 2/3 il y a 25 ans  
 AEG et vomissements depuis 3 mois  
 FOGD : cancer moignon anastomotique sténosant  
 Dilatation à visée palliative et pose prothèse diabolo (30/16) Récidive des symptômes au bout de 4 semaines  
 TDM : migration prothèse  
 Chirurgie récusée car dénutrition majeure  
 Décision de pose d'une prothèse diabolo sur mesure (Film et photos)  
 Prise en charge palliative chez ce patient. Evolution favorable à 2mois  
 Après discussion en RCP demande de l'équipe chirurgicale proposition de prise en charge de sténoses bénignes courtes par le même type de prothèse.  
 2 prothèses sur anastomose recto sigmoïdienne (Cas et Photo)  
 1 prothèse sur sténose post sleeve après échec dilatation(cas et photo)  
 Modalités : discussion médico chirurgicale préalable, information patient, procédure sous AG et sous CO2.  
 La pose d'une prothèse type diabolo sur des sténoses anastomotiques bénignes courtes ou à titre palliatif pourrait être une alternative efficace en première intention à la dilatation

**25 - Une cause rare de diarrhée chronique diagnostiquée en région parisienne.**

*Lanhan Nguyen (1), Coline Delalandre (1), Mathieu Yver (2), Dorian Dikov (2), Marie Trompette (1), Gilles Macaigne (1)*

*(1) Service de Gastro-Entérologie, (2) Service d'anatomo-pathologie. Centre Hospitalier de Marne la Vallée.*

Une femme de 40 ans, d'origine pakistanaise, consulte pour une diarrhée évoluant depuis 7 ans, faite de 10 à 15 selles liquides quotidiennes non glairo-sanglantes, dont 3 nocturnes, associée à une perte de 20 kgs sans altération de l'état général. Il n'y a pas de douleur abdominale, ni de fièvre, ni de manifestation extra-digestive. L'examen clinique est normal. Elle ne présente pas d'antécédent personnel ni familial particulier. La diarrhée aurait débuté au retour d'un séjour familial de quelques semaines au Pakistan, sans autre cas familial signalé.

Le bilan biologique initial est en faveur d'un syndrome de malabsorption associant anémie ferriprive, hypocholestérolémie, hypo-protidémie à 58 g/L et hypo-albuminémie à 31 g/L. Il n'y a pas d'hyperéosinophilie, de dysthyroïdie, de syndrome inflammatoire. La sérologie VIH, les coprocultures et examen parasitologique des selles sont négatifs. Le reste du bilan est normal en dehors d'une hypogammaglobulinémie à 6,6 g/L avec diminution des IgG.

La colo-iléoscopie terminale, les biopsies recto-coliques étagées et iléales, la gastroscopie et les

biopsies gastriques sont normales. Les biopsies duodénales montrent une atrophie villositaire totale avec hypertrophie des cryptes, infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire du chorion, hyperlymphocytose intra épithéliale à 70 pour 100 cellules épithéliales, sans parasite retrouvé. La recherche d'IgA anti-transglutaminase est négative, sans déficit en IgA.

L'entéro-IRM réalisée en ville est normale. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien retrouve un épaissement pariétal minime et non spécifique de la totalité de l'intestin grêle avec adénopathies centimétriques mésentériques d'allure inflammatoire.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?  
 Diagnostic, traitement et évolution au congrès...

**26 - Cas clinique : Une complication neurologique inhabituelle au cours d'une maladie de Crohn sévère**

*Mathias VIDON, Isabelle ROSA, Laurent COSTES, Alix PORTAL, Hervé HAGEGE CHI Créteil*

Madame B., patiente de 43 ans, présente une maladie de Crohn découverte en 2010, initialement traitée par Cortancyl et Fivasa. En avril 2012 présence d'une fistule recto-vaginale et d'une atteinte pan-colique et iléale sévère associée à une tuberculose pulmonaire probable traitée par quadrithérapie, puis bithérapie pendant 1 an. En Janvier 2013 il est instauré un traitement par Imurel et Rémicade, jusqu'en décembre 2014, date à laquelle la patiente est perdue de vue. Le 15 octobre 2016 : la patiente est hospitalisée pour une poussée sévère iléo-pan-colique avec abcès non collecté au niveau du flanc gauche et une fistule recto-vaginale non abcédée. On débute une antibiothérapie par Rocephine et Flagyl et une nutrition par modulen en exclusif, permettant une régression de l'abcès. Après discussion, on décide de reprendre le traitement par anti TNF et on réalise le 01/11/2016 une perfusion de Remsima 5mg/kg, avec poursuite de la Rocephine et du Flagyl jusqu'au 07/11/2016. Après la 1ère perfusion de remsima la patiente se plaint d'une allodynie et d'une hyperesthésie douloureuse au niveau des mains et des pieds, non calmée par les antalgiques classiques ou par le Lyrica. Un EMG est pratiqué le 18/11/16 qui ne retrouve pas d'anomalie aux quatre membres. Après avis neurologique, le 18/11/16 la deuxième perfusion de remsima avec polaramine est administrée. On reprend la bi-antibiothérapie car le scanner de contrôle montre une récurrence de l'abcès.

Le 27/11/16 la patiente présente une aggravation de la dysesthésie des membres inférieurs, puis une dysarthrie, une diplopie intermittente et un flou visuel. A l'examen clinique la patiente présente un syndrome cérébelleux, une hypoesthésie bilatérale des membres inférieurs jusqu'aux genoux, une atteinte de la sensibilité proprioceptive et thermoalgique et un déficit moteur aux quatre membres.

L'IRM cérébrale du 05/12/2016 retrouve des hypersignaux FLAIR au niveau des noyaux dentelés et sur l'ensemble du tronc cérébral et de la substance blanche sous corticale des centres semi-ovales. Le fond d'œil montre œdème papillaire bilatéral et une hémorragie inféro-maculaire. L'EMG du 20/12/2016 montre une neuropathie axonale sensitivo-motrice à vitesses lentes et longueur dépendante avec abolition des PES aux membres inférieurs. La ponction lombaire montre une protéinorachie à 0,186 g/l, un liquide clair sans éléments.

Quel est votre diagnostic ?

### **27 - Etude du parcours de prise en charge des patients recevant une biothérapie par voie intraveineuse en hôpital de jour (HdJ)**

*Stéphane Nahon, Isabelle Lutgen, A Dellal, Lisette Malhao, Mehdi Belhassan, Clémence Horaist*

Introduction

L'optimisation du parcours des patients recevant une biothérapie fait partie des préoccupations des équipes soignantes. En effet, elle doit permettre de réduire à la fois de temps de passage des patients mais aussi de réduire les coûts. Le programme IV Pass étudie la prise en charge en Hôpital de Jour (HDJ) des patients recevant une biothérapie en intraveineuse, en analysant le temps passé à chacune des étapes du parcours.

Méthodologie

IV Pass a été développé sur la base d'une enquête menée auprès de 3 hôpitaux (publics et privé) en 2012, en utilisant la méthode d'évaluation ABC (Activity Based Costing; permet d'évaluer l'ensemble des ressources consommées pour une activité donnée). Ce programme étudie la prise en charge en Hôpital de Jour (HDJ) des patients recevant une biothérapie en intraveineuse, en analysant le temps passé à chacune des étapes du parcours : admission à l'hôpital, accueil du patient (installation du patient – relevé des constantes), consultation médicale (validation de la cure) et prémédication, mise en place de la perfusion et surveillance et sortie de l'hôpital.

Alimenté par des données recueillies dans le service, l'outil permet d'évaluer la durée d'une séance de perfusion et la répartition des coûts entre leurs différents postes.

La démarche a été initiée en février 2016, le recueil des données a été réalisée du 18.04.2016 et le 27.05.2016 auprès de 30 patients (15 patients MICI et 15 patients RIC). Le recueil était réalisé par l'équipe soignante. Après cette première analyse (A1), des mesures correctrices ont été proposées, avec à nouveau une analyse (A2) des temps de parcours sur un échantillon de 42 patients du 21 novembre au 16 décembre. Enfin, de cette dernière analyse, de nouveaux objectifs ont été fixés.

Résultats

Le temps de parcours initial était en moyenne de 7

heures avec de nombreuses attentes : du bilan sanguin, validation du traitement, acheminement de la perfusion depuis la pharmacie (préparation centralisée). Nous avons alors proposé : de réaliser les bilans sanguins en externe, de valider le traitement par le médecin avant 9h30 et de sensibiliser la pharmacie pour optimiser la préparation de la perfusion. La deuxième analyse a montré une réduction très significative du temps de parcours de 7 à 5 heures en moyenne. De cette analyse nous avons proposé d'optimiser la préparation à la pharmacie et de supprimer la prémédication chez les patients en traitement d'entretien avec un objectif de temps d'hospitalisation à 4 heures.

Conclusion

L'étude des temps de parcours du patient hospitalisé en HDJ selon la méthodologie IV PASS a permis de réduire significativement le temps d'hospitalisation.

### **28 - Résultats préliminaires des caractéristiques des patients inclus dans ICARE : données issues des centres de l'ANGH**

*Stéphane Nahon, Laurent Peyrin-Biroulet, Laurent Beaugerie*

Introduction

Après Césame, ICARE (étude Européenne) propose d'évaluer les risques d'infection et de cancer chez les patients ayant une MICI (Crohn et RCH) traités par anti-TNF et/ou immunosuppresseur et/ou vedolizumab. Méthodologie

Chaque médecin peut inclure jusqu'à 50 patients répartis en cinq strates : 10 sans anti-TNF ni IMS, 10 avec IMS seuls, 10 avec anti-TNF seuls, 10 avec anti-TNF et IMS et 10 avec Vedolizumab avec ou sans IMS.

Résultats

Après 1 an d'inclusion, plus de 1000 malades ont été inclus en France. Parmi les 75 médecins qui ont inclus au moins un malade, 15 étaient membres de l'ANGH. Cela représentait donc X malades provenant de l'ANGH.

La répartition était la suivante : à venir pour le congrès

Conclusion

Un an après le début des inclusions,

### **29 - Actualités thérapeutiques dans la RCH**

*David Laharie*

## Etudes ANGH (mars 2017)

### ● Etudes en cours

#### Tube digestif

##### ICARE

(étude européenne, Laurent Beaugerie/Laurent Peyrin-Biroulet, Relais S. Nahon)

Après Cesame, ICARE (étude Européenne) propose d'évaluer les risques d'infection et de cancer chez les patients ayant une MICI (Crohn et RCH) traités par anti-TNF et/ou immunosuppresseur et/ou vedolizumab. Chaque médecin inclura sur une période de 1 ans, 22 patients (5 sans anti-TNF ni IMS, 5 avec IMS seuls, 5 avec anti-TNF seuls, 5 avec anti-TNF et IMS et 2 avec Vedolizumab), le suivi se fait sur 3 ans essentiellement par le patient via internet (smartphone/internet). Lancement Mai 2015. Présentation JFHOD 2015 par Laurent Beaugerie.

**Contact:** ljerber@getaid.org, snahon@ch-montfermeil.fr

##### MICI, ANTI-TNF et POST PARTUM

(Marion Simon/Stéphane Nahon)

« Suivi des recommandations du post-partum sous anti-TNF dans les MICI : vaccination et allaitement »

Voici les liens pour les questionnaires (remplissage <10 mn) :  
Partie 1 : (données MICI, tt antiTNF, allaitement) : <http://www.anghweb.net/limesurvey2/index.php/882924/lang-fr>  
Partie 2 (données vaccination (BCG et rotavirus) nouveau-né) : <http://www.anghweb.net/limesurvey2/index.php/147288/lang-fr>

**Contact:** snahon@ch-montfermeil.fr

#### Hépatopancréas

##### PIBAC

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

**Contact:** xavier.causse@chr-orleans.fr

Inclusions en cours

##### TEAM-P

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

**Contact:** agnes.pelaquier@free.fr

Environ 145 inclusions des centres ANGH. Difficultés rencontrées: e-CRF long à remplir, beaucoup d'items. Comment y remédier ? Intervention d'ARC ?

#### Oncologie

##### FOLFA (PRODIGE 25)

Etude de phase II randomisée évaluant l'affibercept +/- lV5fu2 en 1ère ligne de traitement des cancers colorectaux métastatiques non résécables

**Contacts:** roger.faroux@chd-vendee.fr

Etude FFCD-ANGH-UNICANCER testant une première ligne de chimiothérapie par LV5FU2 plus ou moins Affibercept pour des patients métastatiques non résécables de cancer colorectaux dans une stratégie multiligne.

### ● Etudes à venir

#### Tube digestif

##### SanghRIA

(HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES 10 APRES) : début octobre 2017

**Contact:** vincent.quentin@ch-stbrieuc.fr, snahon@ch-montfermeil.fr

#### Hépatopancréas

##### COCANASH

(Hugues Blondon, Versailles) : impact du café sur la NASH

**Contact:** hblondon@ch-versailles.fr

Début inclusion: à définir

##### VHE et MICI

(Christophe Renou) : prévalence VHE au cours des MICI et relation avec anti-TNF et IMS

**Contact:** crenou@ch-hyeres.fr

Début inclusion: avril 2017

##### APPROVIE III

(André-Jean Remy, Alex Pariente, Hervé Hagège, Bruno Lesgourgues) :

**Contact:** andre.remy@ch-perpignan.fr

##### COLPAC

(Christophe Corpechot, relais M. Picon)

Observatoire prospectif national du syndrome LPAC coordonné par le Dr C. Corpechot (St Antoine). Critères d'inclusion : tout malade ayant un LPAC syndrome sans nécessité d'une analyse génotypique.

**Contact:** christophe.corpechot@aphp.fr, mpicon@ch-aix.fr

### ● Etudes terminées

(en cours de publication)

#### Oncologie

##### APACH

Observatoire prospectif des cancers du pancréas (Roger Faroux) POSTER JFHOD 2017

**Contacts:** roger.faroux@chd-vendee.fr et lucie.auzanneau@chd-vendee.fr (ARC responsable)

Au 15ème mois de cet observatoire qui doit durer 2 ans, près de 650 patients sont inclus. L'objectif des 1000 inclusions devrait être atteint. Les données manquantes restent importantes et justifient une aide au remplissage pour les centres les plus en difficultés. Hépatopancréas

##### APPROVIE II

(Alex Pariente, Hervé Hagège, Bruno Lesgourgues) :

**Contact:** alexandre.pariente@ch-pau.fr

#### OBADÉ observatoire baclofène dans l'alcoolodépendance

contacts: : camille.barrault@chicreteil.fr et celine.jouan@chicreteil.fr (ARC du CHIC)

##### RESIST (A. Pauwels) :

Etude observationnelle sur les infections à bactérie résistante chez les patients atteints de cirrhose,

**Contact:** arnaud.pauwels@ch-gonesse.fr

##### ANGHe

(Christophe Renou) : infection VHE aiguë et cirrhose alcoolique décompensée

**Contact:** crenou@ch-hyeres.fr

#### Tube digestif

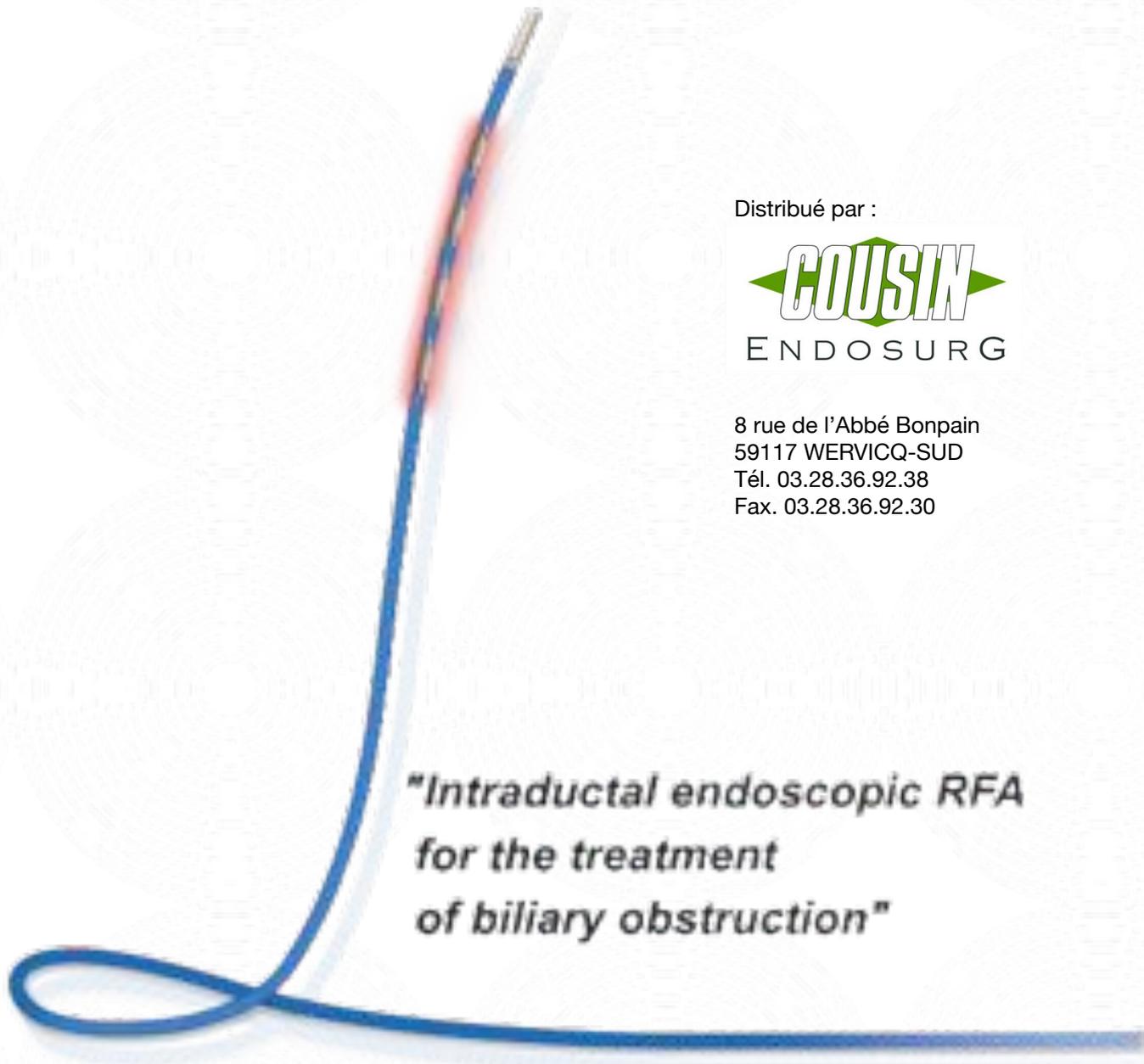
##### COLITES INFECTIEUSES A CAMPYLOBACTER

(Gilles Macaigne) PLENIERE JFHOD 2017

**Contact :** gmacaigne@ch-marnelavallee.fr

# ELRA™

*Endo Luminal Radio-frequency Ablation electrode*



Distribué par :

**COUSIN**  
ENDOSURG

8 rue de l'Abbé Bonpain  
59117 WERVICQ-SUD  
Tél. 03.28.36.92.38  
Fax. 03.28.36.92.30

*"Intraductal endoscopic RFA  
for the treatment  
of biliary obstruction"*

Global distributor: **TaeWoong** 

Bldg C-06, Daebong 1/3 place Business Tower 118 Hanaumae 1st st, Itaewon  
TEL: +82-2-3129-4101 FAX: +82-2-3129-4107 E-mail: tae@tw.com

Manufacturer: **COUSIN** 

Bldg 3-06, Daebong 1/3 place Business Tower 118 Hanaumae 1st st, Itaewon  
TEL: +82-2-3129-4101 FAX: +82-2-3129-4107 E-mail: tae@tw.com

Endo Korea 210-115  
[www.210115.net](http://www.210115.net)

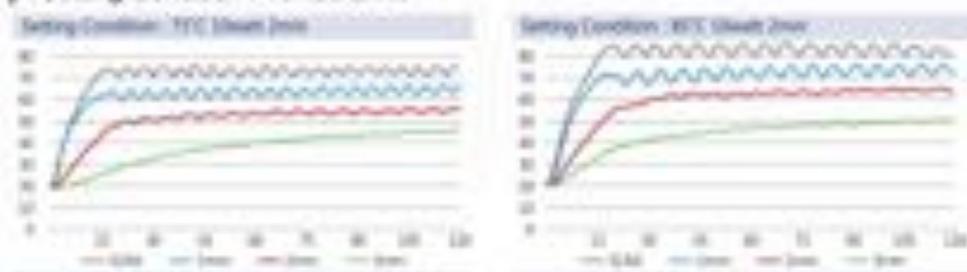
Endo Korea 410-115  
[www.410115.net](http://www.410115.net)

**TaeWoong**   
MEDICAL

## ○ Features

- Temperature based ablation makes safe procedure and prevents tissue charring for decreasing any chance of perforation

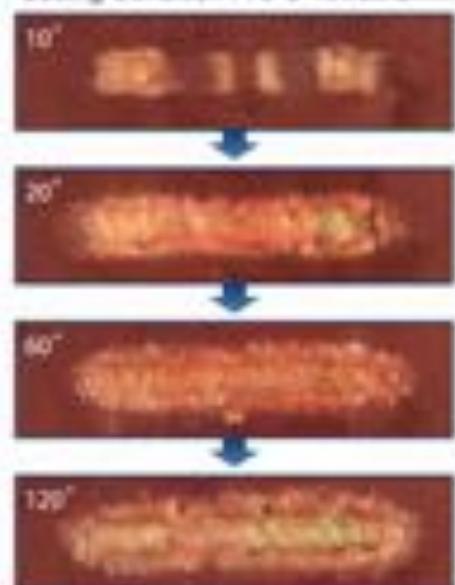
[ Bovine Liver ] - Setting Condition : 10watt 2min



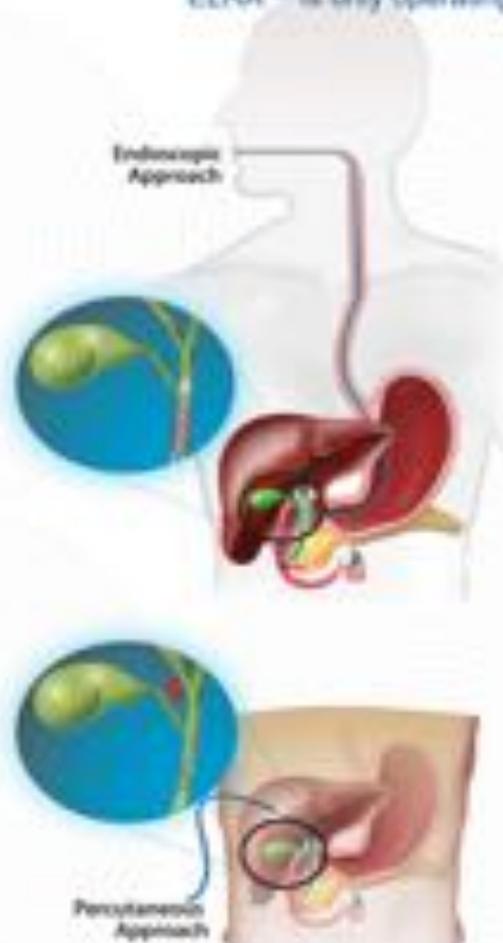
- Multiple bipolar electrode provides linear ablation and no need ground pads
- Various lengths of electrode helps for correct targeted ablation



[ Bovine Liver ]  
-Setting Condition : 75°C 10watt 2min



ELRA™ is only operating with VIVA combo™ generator



## ○ Ordering Information

### Endoscopic Approach

Code	Total Length(cm)	Exposure Length(mm)	Diameter
7-4818L	175	18	7Fr(2.31mm)
7-4833L		33	

### Percutaneous Approach

Code	Total Length(cm)	Exposure Length(mm)	Diameter
7-4818S	40	18	7Fr(2.31mm)
7-4833S		33	



## Présente-moi ton hôpital : Angoulême 25ème congrès ANGH !



mais aussi une histoire, une ville, une région !

*JP Dupuychaffray*

*Angoulême*



### «Titulaire du label « ville d'Art et d'histoire »

Angoulême accueille en septembre 2017 le 25ème Congrès National de l'ANGH. A la richesse des conférences sélectionnées par le conseil scientifique, devrait s'ajouter la découverte d'une cité de caractère dans laquelle il fait bon

vivre.

Angoulême se laisse facilement parcourir à pied. L'ancien château des Valois devenu Hôtel de ville vit naître en 1492 Marguerite d'Angoulême reine de Navarre, l'aînée de deux ans du futur roi François 1er qui naquit à Cognac. On retiendra de Marguerite son engagement dans la protection des artistes, des poètes en particulier. Elle fût l'une des premières femmes de lettres françaises (L'Heptaméron). En 1524, le navigateur Giovanni da Verrazzano, dévoué à François 1er, explore la côte nord-américaine jusqu'à une baie qu'il nomme Nouvelle Angoulême en hommage à l'ex-duc d'Angoulême devenu roi de France. Ce nouveau territoire deviendra New Amsterdam puis New York. En 1964, le pont Verrazano reliant Staten Island à Brooklyn est inauguré en hommage au navigateur. A Angoulême, le cours arboré qui part du château des Valois vers le promontoire ouest du centre historique est rebaptisé Place New York ; un film documentaire sur l'histoire commune aux deux villes est en préparation.

Aujourd'hui, la cité des Valois est surtout connue comme la ville des festivals avec quelques manifestations de renommée internationale : festival de la bande dessinée, festival des musiques métisses, festival du film francophone, circuit international des remparts. Elle est également la ville de l'Image, les écoles du campus offrent de nombreuses formations de niveau national et européen portant sur la bande dessinée, la création numérique, le cinéma d'animation, les médias interactifs.

La Charente est un département à faible densité de population, 353000 habitants. L'aire urbaine

### «Festival de la bande dessinée, festival des musiques métisses, festival du film francophone »

d'Angoulême regroupe 161000 habitants, l'agglomération en compte 110000 et Angoulême intra-muros environ 45000.

Des champs de formation plus proches de notre activité s'ouvrent peu à peu. Ainsi la rentrée de septembre 2017 accueillera la 1ère promotion d'étudiants à la PACES au centre universitaire de la Charente en lien avec la faculté de médecine de Poitiers.



**«Le centre hospitalier d'Angoulême 1164 lits et places dont 572 lits en MCO »**

Le centre hospitalier d'Angoulême est un CHG de taille moyenne comprenant 1164 lits et places dont 572 lits en MCO.



Toutes les spécialités médico-chirurgicales sont présentes en dehors de la neurochirurgie et de la chirurgie cardiothoracique. Le plateau technique lourd comprend : 1 TEP scanner, 2 scanners multicoupes, 1 IRM 1.5 complétée récemment d'une IRM 3T, 2 appareils d'angiographie numérisée, 2 accélérateurs de particules, et 2 caméras à scintillation double tête.

Notre service d'hépatogastroentérologie a été récemment rénové et restructuré avec la réduction de 30 à 24 lits dont 6 lits sont mutualisés avec le service de néphrologie, auxquels s'ajoutent quelques lits d'hôpital de jour et de semaine. L'activité d'endoscopie comprend un plateau technique pour les actes sans

**« Le principe d'une astreinte paramédicale pour les endoscopies urgentes de nuit, WE et jours fériés a été validé »**

**« Notre équipe d'endoscopie est la seule à assurer les astreintes d'endoscopie du département »**

anesthésie générale, une salle d'endoscopie au bloc central, deux salles de désinfection ; la plupart des actes diagnostiques et thérapeutiques sont réalisés sur site. Le principe d'une astreinte paramédicale pour les endoscopies urgentes de nuit, WE et jours fériés a été validé, l'astreinte sera fonctionnelle en novembre 2017. L'activité de cancérologie digestive est réalisée au sein du service d'oncologie par 2 praticiens à temps partagé entre l'hépatogastroentérologie et l'oncologie. L'effectif médical comprend 5 PH dont 1 praticien exerçant en hôpital secondaire, et 1 assistant partagé avec le CHU qui sera bientôt le 6ème PH de l'équipe soit un équivalent de 4,7 ETP pour notre service.

**« Groupement Hospitalier de Territoire de Charente »**

Notre centre hospitalier est l'établissement de recours du Groupement Hospitalier de Territoire de Charente incluant les hôpitaux de Cognac, Barbezieux, Châteauneuf, Confolens, Ruffec, et La Rochefoucauld. Notre équipe d'endoscopie est la seule à assurer les astreintes d'endoscopie du département. Rattaché au CHU de Poitiers au sein de l'ancienne Poitou Charentes, le centre hospitalier d'Angoulême occupe désormais une place privilégiée à égale distance des 3 CHU de la grande région Nouvelle Aquitaine (Bordeaux, Poitiers, Limoges) avec lesquels nous entretenons des relations amicales en hépatogastroentérologie, chirurgie digestive, et cancérologie digestive.

Le congrès ANGH constitue chaque année un lieu d'échanges sur les questions scientifiques mais aussi professionnelles propres à l'exercice en CHG. Celles et ceux qui ne sont pas des habitués de cette manifestation pourront goûter à ce moment de convivialité portée par l'ANGH depuis 25 ans. Des assistants et des internes de la spécialité seront présents, ainsi que quelques fidèles gastroentérologues des hôpitaux portugais.

Pour conclure, je remercie tous les membres du conseil d'administration de l'ANGH d'avoir validé la candidature d'Angoulême, avec un remerciement appuyé à Bruno Lesgourgues, Isabelle Rosa, et Jean-Pierre Arpurt pour leur confiance et leur aide logistique.

Au plaisir de vous accueillir dans notre ville !

## SanghGRiA



# Saignement digestif ANGH Registre Incidence Actualisée Lettre ouverte

Vicent Quentin  
Saint Brieuc



Chères et chers collègues,

Cet espace d'expression qu'on me laisse pour promouvoir SanghRiA me donne surtout envie de vous conter une petite histoire, tant pour vous faire vivre les coulisses de l'élaboration d'une étude clinique que pour vous faire partager le plaisir qu'il y a à participer aux instances de l'ANGH et ainsi vous inciter à y adhérer sans modération !

Tout a commencé à la brasserie du Train bleu à la gare de Lyon, lors du dîner clôturant la session du conseil scientifique de janvier 2015. Notre président Stéphane Nahon lance « innocemment », un verre de vin du sud-ouest à la main, entre fromage et dessert : « Tu sais Vincent, je crois que ce serait intéressant de faire un truc du genre – hémorragies digestives hautes, 10 ans après - . On devrait avoir des données intéressantes. ». Je commençais à bien connaître l'individu pour comprendre que, derrière son sourire en coin, le projet était déjà bien avancé dans son esprit et qu'il ne cherchait plus que la cheville ouvrière ... De mon côté, après avoir participé à différents protocoles de l'ANGH et mené quelques études monocentriques j'attendais LE projet qui me permettrait de m'épanouir au sein du conseil scientifique. Je crois me souvenir qu'après quelques verres supplémentaires, que me servait notre président, l'œil malicieux, j'ai dit (ou crié ?) « Banco, je suis ton homme ! ».

Le chemin fut long et alterna périodes d'émulation (les semaines entourant nos conseils scientifiques), de lenteurs administratives (dossier du CCTIRS en 2016, de la CNIL et du CPP en 2017), et de stress (vais-je finir le tableur du CRF dans les temps ? vais-je être à la hauteur ?). Cependant je me suis toujours senti porté par l'esprit ANGH insufflé par les membres du groupe

de travail, du conseil scientifique et des collègues rencontrés ici et là lors de congrès ou de symposiums. Cet esprit peut se révéler par du temps donné sans compter pour relire un texte ou un tableur, cogiter ensemble sur telle ou telle modification du protocole ou même juste un petit mot désintéressé d'encouragement. Le réseau d'amitiés professionnelles ainsi créé sur le territoire est la clé de la réussite de nos études.

Et le résultat le voilà, aujourd'hui devant vous en ce mois de septembre 2017 à Angoulême ! Je passerai rapidement sur les conditions qui ont vu germer, dans l'esprit de certains, l'acronyme et le slogan de cette étude ... pour me concentrer maintenant sur sa promotion.

### **Le synopsis ci-contre vous résume le déroulement de l'étude**

La comparaison avec l'étude de 2005 sera bien sur extrêmement intéressante. Nous avons inclus en 2005 un effectif de 3298 patients et réalisé quelques publications internationales (dont une dans Endoscopy).

### **Bibliographie**

Gastrointestinal Bleeding With Oral Anticoagulation: Understanding the Scope of the Problem  
MUTHIAH VADUGANATHAN, MD, MPH DEEPAK L. BHATT, MD, MPH  
*Clinical Gastroenterology and Hepatology* May 2017  
Volume 15, Issue 5, Pages 691–693

Acute Lower Gastrointestinal Bleeding  
Ian M. Gralnek, M.D., M.S.H.S., Ziv Neeman, M.D., and Lisa L. Strate, M.D., M.P.H.  
*N Engl J Med* 2017; 376:1054-1063 March 16, 2017

Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer  
Loren Laine, M.D.  
*N Engl J Med* 2016; 374:2367-2376  
Fiches pratiques : site SNFGE <http://www.snfge.org/>  
site POST'U : <http://www.fmcgastro.org/>



SANGHRIA	
INCLUSION N°002	
Le patient	Investigateur responsable
Initiales : BM	Nom : Dr Paul Martin
Sexe : Masculin	Centre n° : 10
Mois/année de naissance : 07/1999	
Date d'inclusion : 21/06/2017	

AVANT L'ENDOSCOPIE	
Lieu d'arrivée	Directement en salle d'endoscopie
Nécessité d'un remplissage	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
Fréquence cardiaque	65 bpm
Pression artérielle systolique à l'admission (ou au moment de l'hémorragie pour les patients déjà hospitalisés)	89 mmHg
Etat de choc (PAS < 100 et pouls > 100)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
Hémoglobine à l'arrivée (ou au moment de l'hémorragie pour les patients déjà hospitalisés)	9 gr/L
Erythromycine	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
Délai de l'endoscopie par rapport à l'admission (pour les patients non hospitalisés) ou par rapport à la connaissance de l'hémorragie (pour les patients en cours d'hospitalisation)	6-12h

SCORES PROGNOSTIQUES	
Score de Blatchford	
Hémoglobine à l'arrivée (ou au moment de l'hémorragie pour les patients déjà hospitalisés)	9 gr/L
Urée	25 mmol/L
Fréquence cardiaque	65 bpm
Pression artérielle systolique	89 mmHg
Syncope	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Mélena	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non

## SanghGRiA

**Type d'étude :** Etude prospective observationnelle multicentrique. Description épidémiologique des hémorragies digestives hautes dans les hôpitaux généraux.

**Objectifs secondaires :** Etude des facteurs de risque. Etude de la prise en charge thérapeutique. Etude des données évolutives.

**Période d'inclusion :** octobre 2017- sept 2018.

**Critères d'inclusion :** Tout patient présentant une hématomèse, un mélena ou une anémie aiguë avec présence de sang dans l'estomac (gastroskopie, sonde naso-gastrique) survenant en dehors ou au cours d'une hospitalisation.

**Quel CRF ? :** il s'agit d'un e-CRF. En équivalent papier, il y a : une demie page sur les données du centre (à ne remplir qu'une fois), une page recto-verso sur les données du patient, une page sur les données avant endoscopie, une page recto-verso sur les données de l'endoscopie, une page après l'endoscopie et enfin une demie page pour le suivi à 6 semaines. Seulement 12 données biologiques seront colligées

**Contacts :** [vincent.quentin@ch-stbrieuc.fr](mailto:vincent.quentin@ch-stbrieuc.fr)  
[snahon@ch-montfermeil.fr](mailto:snahon@ch-montfermeil.fr) et notre dévouée ARC  
[marie-cecile.herve@ch-stbrieuc.fr](mailto:marie-cecile.herve@ch-stbrieuc.fr)



## Création du diplôme interuniversitaire pour les infirmiers d'endoscopie

Fanny DURAND

Cadre supérieur de santé de pôle CHU LIMOGES

Membre du conseil d'administration du GIFE

### Coordonnateur du programme

L'association Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) participe à des actions de formations depuis 1983, date de sa création.

Cette formation dispensée lors de congrès, s'est ensuite intensifiée avec une semaine de formation annuelle. L'augmentation de ces journées intervient suite à la demande croissante des professionnels, à la spécificité de l'endoscopie qui est sans cesse en évolution et nécessite en conséquence un personnel formé, entraîné à ces nouvelles activités.

C'est ainsi que nous avons décidé de créer un Diplôme Inter-Universitaire à la faculté de Limoges avec le partenariat des facultés de St Etienne et de Brest.

### Le besoin de formation spécifique

Un sous groupe du GIFE, composé de membres du conseil d'administration et de l'ancienne présidente, a construit à partir de 2010, une fiche métier, un référentiel d'activité afin de déterminer les compétences requises pour un professionnel exerçant en unité d'endoscopie. Les activités sont variées, portent sur la prise en charge patient, l'organisation et coordination des soins pour le patient programmé comme pour l'urgence, la gestion des risques et démarche qualité, les procédures de désinfection des matériels, les contrôles d'hygiène et de traçabilité selon la législation en vigueur; la formation des professionnels et la recherche.

La SFED, (Société Française d'Endoscopie Digestive) spécifie en 2014 que :

« Le personnel d'endoscopie doit être **spécialisé et formé** ; son expertise doit être entretenue et

régulièrement améliorée par une **formation permanente**, placée sous la **responsabilité de l'établissement**.

L'Ordre National infirmier (ONI) s'est prononcé :  
-« *l'infirmier est qualifié « d'expert en endoscopie », celui qui « réalise des soins infirmiers et organise des activités en salle d'endoscopie diagnostique et interventionnelle visant au bon déroulement de l'acte endoscopique et à l'accompagnement du patient, qui concourent au diagnostic, au traitement et à la recherche ».*

La nouvelle instruction du 4 juillet 2016 s'inscrit dans cette continuité, « *L'établissement assure une activité de formation. Il doit, pour cela avoir une bonne connaissance des spécificités du plateau technique d'endoscopie. Il est en charge du suivi de l'évaluation des compétences des professionnels ».*

Dans la formation infirmière en soins généraux, il n'y a pas de temps dédié à l'activité d'endoscopie. Le personnel infirmier est donc affecté dans des unités d'endoscopie et bénéficie de formation « sur le terrain » par ses pairs, eux-mêmes formés par le compagnonnage.

### **Le programme de formation**

Les professionnels exerçant en endoscopie ont souhaité une formation diplômante pour valider leur compétence.

Le programme porte sur les disciplines de gastro-entérologie, pneumologie et urologie tenant compte des regroupements des plateaux techniques dans les établissements de santé.

La formation est à la fois enseignée en cours présentiel (2 semaines/an) ou en e-learning (3 semaines/an), laissant un libre accès à l'étudiant pour se former, compte tenu qu'il poursuit son exercice professionnel.

### **Le contenu des cours**

Les cours portent de façon générale, sur la technique de soin en endoscopie, la qualité avec la gestion les vigilances, la méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, les normes de maintenance, désinfection des endoscopes, de protection des personnels, le droit des patient, sur une durée total d'enseignement théorique de 175 heures dont 14 heures de pratique sur modèle EASIE à l'institut de recherche et de formation en endoscopie digestive (IFRED).

### **Les stages**

Deux semaines de stage soit 70 heures seront à effectuer dans un autre lieu que celui de son exercice professionnel.

### **Les évaluations**

Elles sont au nombre de trois, 2 sous forme de QCM et le mémoire avec la soutenance.

L'association Européenne ESGENA (The European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates) demande aux infirmiers de publier des travaux selon la méthode scientifique et les infirmiers en France doivent s'inscrire dans cette évolution.

### **Conclusion**

Cette année 2016/2017 a validé la première promotion de DIU infirmier en endoscopie.

Un questionnaire de satisfaction est en cours d'analyse par un des étudiants de la promotion, afin d'ajuster l'enseignement attendu par les étudiants.

Une demande de certification du diplôme est prévue pour la prochaine rentrée universitaire, et il sera présenté au congrès de l'ESGENA en octobre 2017.

Le coût de la formation s'élève à 3000 € + les frais d'inscription

Pour obtenir des renseignements sur l'inscription à ce DIU vous pouvez aller sur le site de la faculté de Limoges [www.medecine.unilim.fr](http://www.medecine.unilim.fr) ou sur le site du GIFE [www.gife.fr](http://www.gife.fr).

### **Bibliographie**

- L'infirmier en endoscopie : quelles compétences pour quel rôle ? Olivier SYLVANT  
*Acta Endoscopica*. DOI 10.1007/s10190-013-0334-4 Recommandation de la SFED pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive
- INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins
- Recommandations relatives au personnel d'endoscopie *Acta Endoscopica*. (2014) 44 : 196-200

**Relecture** : Mme C BARRUE (présidente du GIFE) et Mme L QUERAUX

## **Baclofène et mésusage d'alcool : 5ème saison...** Camille Barrault (Créteil)

contractures spastiques, le baclofène ne fait pour le moment que l'objet d'une RTU dans le champ de l'addiction. Cet agoniste du récepteur GABA-B

### **Consommation d'alcool : de nouvelles recommandations**

Le mésusage d'alcool est à l'origine d'une diminution de l'espérance de vie de 20 ans et de 50 000 décès par an [1] par cancers (30%), maladies

« 3 études : **Bacloville (Médecine générale) Alpadir (Addictologie hospitalière), OBADE (ANGH Hôpitaux généraux)** »

cardio-vasculaires (25%) et cirrhose (15%). Il est aussi la 1ère cause d'hospitalisation en France avec 400 000 hospitalisations par an.

Pas plus de 10 « verres » par semaine. Antérieurement les recommandations de la SFA [2] étaient de ne dépasser < 21 verres (hommes) < 14 verres (femmes), pas plus de 4 verres par occasion, pas d'alcool en cas de maladie chronique, pas d'alcool en cas de grossesse. La parité et les résultats de mortalité ci-dessus cités ont abouti en mai 2017 à de nouvelles recommandations françaises suggérant de ne pas dépasser 10 verres (unités standard) par semaine [3]. Pour mémoire un verre standard ou unité d'alcool contient 10g d'alcool pur (volume en décilitres x degré x 0,8 – densité de l'alcool). C'est ce que contient un verre qu'on sert dans les cafés ou les restaurants.

### **Place du baclofène dans le traitement du mésusage d'alcool**

Les médicaments ayant l'AMM sont les suivantes : 1) les benzodiazépines dans le traitement du sevrage alcoolique ; 2) le naltrexone (Revia®), l'acamprosate (Aotal®), le disulfirame (Espéral®) dans le maintien de l'abstinence ; 3) le nalméfène (Selincro®) dans la réduction de la consommation. Le baclofène fait l'objet d'une RTU et comme le nalméfène, l'acamprosate et le naltrexone agissent directement ou indirectement sur le système de récompense cérébral commun à toutes les addictions.

Bien que mis sur le marché dès 1975 et bien connu en neurologie (Liorésal) pour son action myorelaxante et anti-nociceptive en cas de

(GABA-ergique), d'élimination rénale quasi exclusive, inhiberait la voie dopaminergique. Il a fait l'objet de débats passionnés et passionnés, ultra-médiatisés qui l'ont en partie discrédité et qui ont malheureusement occulté les très sérieuses études cliniques [4].

Les résultats des études randomisées à forte dose les plus récentes ont été partiellement rendus publiques mais n'ont pas encore fait l'objet de publication.

**L'étude Bacloville** (médecine générale ambulatoire) a enrôlé 320 patients dans 52 centres ambulatoires. Les patients étaient traités 1 an « à la carte » avec un maximum de 300 mg/jour. Le baclofène permettait une consommation à faible risque (<20 g/j femmes et <40g/j hommes) dans 57 % des cas vs 37 % avec le placebo.

**L'étude Alpadir**, hospitalière (services d'addictologie) a évalué 316 patients pendant 24 semaines avec sevrage avant la randomisation avec une dose cible de 180 mg/jour pour tous les patients. La CDA initiale moyenne était de 95 g/j (70% > 60 g/j) et la dose moyenne atteinte était de 153 mg (65 % ont atteint 180 mg). Avec le baclofène, l'abstinence complète à 20 semaines était de 10 % mais on observait une diminution de la CDA de - 55 g/j avec le baclofène vs - 44g /j avec le placebo (ns). Le baclofène avait une action significative sur le craving. Les effets secondaires étaient analogues avec le baclofène = 95 % et avec placebo 92 % (ns) (aucun EII grave).

Toutefois, dans les 2 études près de 30% des patients étaient perdus de vue. Ces résultats seulement partiels ont été communiqués à aux journées de la SFA en mars 2017 [5].

En ce qui concerne les malades atteints de maladie alcoolique du foie avec ou sans cirrhose, l'étude observationnelle bicentrique Creil-Créteil (étude « pilote » de l'étude OBADE-ANGH) a permis de suivre 100 patients dont plus de 60 % de cirrhotiques, pendant 1 an, avec des doses « à la carte » pouvant monter jusqu'à 240mg/jour. Bien que sans groupe témoin, on observait une bonne tolérance et la prise en charge pluri-disciplinaire (médicale, sociale et psychologique) associée au

traitement par baclofène permettait un suivi prolongé et une diminution significative de la consommation d'alcool. Tous ces résultats étaient confirmés par l'amélioration des marqueurs biologiques de consommation d'alcool et de fonction hépato-cellulaire. Ce travail a été accepté pour publication et actuellement sous presse [6]. Les inclusions de l'**observatoire national OBADE** sont terminées mais le suivi est en cours et devrait se terminer fin décembre 2017. Nous vous remercions par avance de compléter vos données de suivi manquantes : les résultats pourront alors être soumis pour communication aux JFHOD 2018.

### **Le baclofène en 2017 : une actualité toujours brûlante**

En mars 2017, les résultats préliminaires de la surveillance du baclofène dans le cadre de la RTU avaient poussé l'ANSM à simplifier les conditions de prescription (en particulier ne plus avoir à enregistrer systématiquement les patients dans le portail internet de l'ANSM) tout en respectant toujours les recommandations de prescriptions. Pour mémoire, l'initiation du traitement doit être progressive pour trouver la dose minimale efficace (dose initiale 3x5 mg/jour / augmentation par paliers de 3 jours jusqu'à suppression du *craving* / en cas d'effets secondaires allonger la durée des paliers, revenir au palier inférieur, mieux répartition de la dose.... attention à la conduite au début) [7]. Les seuils critiques étaient les suivants : 1) dès 120 mg/jour : avis d'un addictologue ; 2) dès 180 mg/jour (120 mg/jour > 65 ans) : décision collégiale : CSAPA ou service hospitalier d'addictologie ; 3) dose maximale autorisée : 300 mg/jour.

**« La direction de l'ANSM a donc récemment décidé de diminuer la dose maximale autorisée à 80 mg/j »**

Malheureusement, début juillet, les résultats d'une étude de la sécurité sociale, encore une fois très médiatisés, montreraient une augmentation de la morbi-mortalité du baclofène au-delà de 180 mg/jour [8]. La direction de l'ANSM a donc récemment décidé de diminuer la dose maximale autorisée à 80 mg/j ce qui est très en deçà des doses habituellement utilisés par les addictologues (120 à 180 mg/j). Cette décision a eu lieu malgré une étude de tolérance du baclofène actuellement en cours, initiée par l'équipe du CHRU de Lille sur initialement dans la région Nord (Baclophone) et récemment

étendue et dont l'ANGH est partenaire (coordinateur régional Camille Barrault). Elle est contestée par de nombreux acteurs de l'addictologie dans une lettre ouverte au directeur de l'ANSM [9].

Toutefois, une étude ancillaire d'OBADE, en coopération avec l'équipe de pharmacologie de Cochin est en cours et pourrait aussi permettre d'apporter de nouveau un peu de lumière scientifique à ce débat rageur. En effet, un dosage du baclofène (pic et résiduelle) a été réalisé chez 70 patients du CHIC inclus dans l'observatoire afin de mieux comprendre la pharmacocinétique du baclofène et surtout la disparité interindividuelle de la posologie efficace. Certains résultats, poolant les patients du CHIC et des patients suivis à Cochin et Chenevier en addictologie, ont d'ailleurs déjà été communiqués aux Journées de la Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique en 2016.

L'histoire n'est donc pas terminée et nous attendons avec impatience la saison 6....

### Références bibliographiques

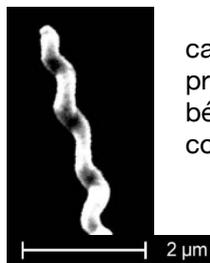
1. Guérin et al. InVS. *BEH*, 2013
2. Avis d'experts rendu en mai 2017, suite à la saisine de [Santé publique France](#) et de l'[Institut national du cancer](#) (INCa) par la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ([Mildeca](#)) et la Direction Générale de la Santé du [Ministère de la Santé](#) (DGS), le 21 juin 2016.
3. <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
4. Addolorato et al, *Lancet* 2007
5. <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/JSFA2017-Reynaud.pdf> (on line)
6. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* - 2017 – sous presse
7. La RTU du baclofène dans l'alcoolodépendance renouvelée pour une durée de 1 an - Point d'information - 16/03/2017 (on line)
8. Résultats de l'étude sur les usages et la sécurité du baclofène en France entre 2009 et 2015 - Communiqué - 03/07/2017 (on line)
9. <http://www.baclofene.org/baclofene/rtu-baclofene-lettre-ouverte-au-directeur-de-lansm>



## Diarrhée aiguë : penser au campylobacter !

Apport de l'étude collaborative multicentrique ANGH

Gilles Macaigne (Jossigny)



Dans la plupart des pays industrialisés, l'infection à *Campylobacter* est la cause la plus fréquente de gastro-entérite bactérienne d'origine alimentaire. Cette prépondérance est très probablement sous estimée en raison de la nature le plus souvent bénigne de la maladie, de la faible sensibilisation des médecins à la prescription de coprocultures, des difficultés de culture des *Campylobacter* et enfin, par sa recherche non

« contamination volaille crue ou mal cuite, Incubation 5 jours Pic épidémiologique estival »

systématique par les laboratoires. Les voies essentielles de transmission à l'Homme de cette bactérie zoonotique sont la consommation de viandes contaminées (essentiellement volailles) consommées crues ou insuffisamment cuites et les contaminations croisées de produits alimentaires consommés crus contaminés par les denrées infectées.

« Diarrhée aqueuse souvent glairo-sanglante Prédominance *C jejuni* »

Après une période d'incubation de 3 à 5 jours et une phase prodromique souvent fébrile durant de quelques heures à 24-48 heures, l'entérite à *Campylobacter* se manifeste par une diarrhée, aqueuse ou volontiers glairo-sanglante, d'évolution le plus souvent bénigne mais pouvant être émaillée de complications digestives (mégacôlon toxique, perforation, hémorragie) et extra-digestives (principalement site infectieux extra-digestif secondaire à des bactériémies). Par ailleurs, le *Campylobacter jejuni* représente la principale cause de syndrome de Guillain Barré (SGB), 15 à 45% des SGB étant secondaires à l'infection bactérienne et une entérite à *Campylobacter* sur 1000 se compliquant du syndrome neurologique.

A ce jour, aucune étude dans la population hospitalière n'a été réalisée en France, les caractéristiques épidémiologiques actuelles provenant du centre national de référence (CNR), recueillant les données au sein d'un réseau de laboratoires hospitaliers et d'analyse de biologie médicale de ville. L'observatoire ANGH mené dans 21 centres hospitaliers généraux français, grâce à une coopération entre bactériologistes et gastro-entérologues, a confirmé l'augmentation globale de l'incidence des entérites à *Campylobacter* par rapport aux *Salmonelles* de 2010 à 2015 dans les populations adultes et pédiatriques (âge < 15 ans). Les données épidémiologiques confirment les données de la littérature avec prédominance des infections à *C. jejuni* par rapport à *C. coli* (80% versus 20%), pic d'incidence des entérites à *Campylobacter* en période estivale, chez les adultes jeunes et les sujets âgés de plus 75 ans.

En cas de syndrome dysentérique aigu évocateur de colite bactérienne, de nombreux auteurs préconisent un traitement empirique par quinolones en attendant les résultats des coprocultures dans le but de couvrir les infections à *Salmonelle*. En France, le nombre de cas d'entérite à *Campylobacter* et leur taux de

« Résistance aux quinolones > 50% liée à l'exposition animale aux quinolone Traitement par macrolides »

résistance aux quinolones sont en augmentation constante. Les données disponibles laissent à penser que cette résistance est liée, pour une grande partie, à leur utilisation chez les animaux d'élevage. Ainsi, les pays qui ont interdit l'emploi de ces antibiotiques chez les animaux d'élevage, tels que l'Australie, ou qui les utilisent avec parcimonie tels que la Suède, présentent de très faibles niveaux de résistance aux fluoroquinolones. A l'opposé, dans les pays où la fréquence d'utilisation de ces antibiotiques chez les animaux est beaucoup plus élevée (Espagne, Chine, Etats-Unis), on observe souvent une importante résistance des *Campylobacter* aux fluoroquinolones des souches d'origine humaine et animale. Les premières recommandations européennes relatives à un usage raisonné des antibiotiques en vue de lutter contre l'apparition de résistances bactériennes ont été émises en 1998. Actuellement, en France, deux plans de lutte contre l'antibio-résistance en médecine humaine et vétérinaire sont respectivement engagés pour les périodes 2011-2016 et 2012-2017.

Les résultats de notre observatoire confirment le taux élevé de résistance des *Campylobacter* aux quinolones de 2010 à 2015, supérieur à 50 % sur l'ensemble du territoire, ce taux restant stable au cours de la période d'étude (2010-2015), de l'ordre de 55%, et en augmentation chez l'enfant, passant de 54% à 61%.

Ces résultats sont clairement en faveur d'une résistance bactérienne non liée à l'exposition humaine aux antibiotiques mais liée à l'exposition animale aux quinolones dans les élevages industriels, comme médicament vétérinaire à visée curative, métaglyactique et prophylactique, et comme facteur de croissance (à petites doses).

« Ces résultats pourraient donc être en faveur d'un traitement empirique des entérites aiguës par un macrolide plutôt qu'une quinolone. »

