

Info

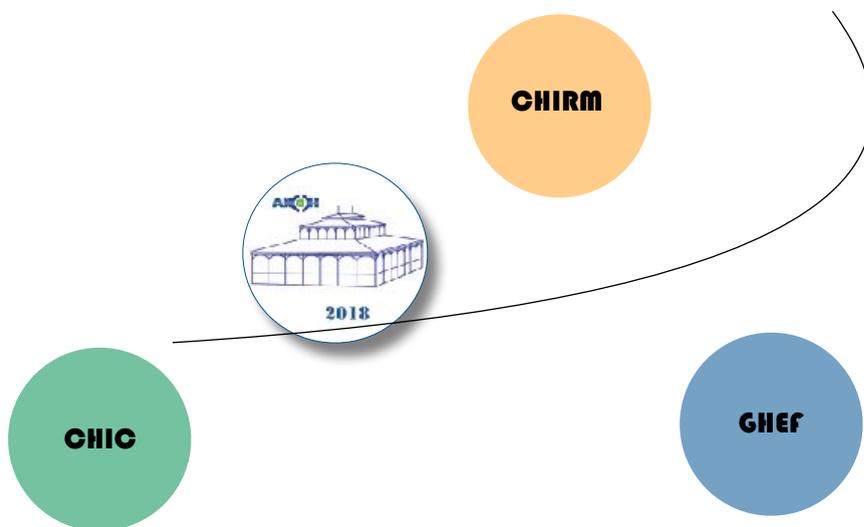


Spécial Congrès - **Paris Val d'Est** - 26ème congrès - 21-22 septembre

- Les textes des communications
- Présente-moi ton Hôpital : Créteil, Jossigny
Marne la Vallée, Le Raincy Montfermeil
- L'actualité des études
- Résultats des enquêtes professionnelles

le GHT éphémère ! - Paris Val d'Est

- 26^{ème} congrès ANGH 2018 -





Editorial



Paris Val d'Est !

Chers collègues et amis

Paris Val d'Est n'est pas le nom d'une nouvelle région mais une dénomination née de l'imaginaire de Bruno Lesgourgues il y a quelques temps, reprise cette année lorsqu'il a été décidé d'une organisation du congrès conjointe par trois hôpitaux de l'Est parisien : Créteil, Jossigny et Montfermeil. Jusqu'à présent, nous ne nous étions jamais réunis à Paris et fidèles à notre tradition, nous n'avons pas voulu organiser le congrès dans une ville universitaire. Vous allez pouvoir découvrir Nogent, la Marne et ses guinguettes et le pavillon Baltard, vestige des Halles de Paris.

Comme à l'accoutumée, le programme scientifique est d'une grande qualité, associant communications originales, cas cliniques et conférences. Les communications originales sont le fruit pour nombre d'entre elles des études observationnelles de l'ANGH : l'observatoire Obade sur le baclofène et l'alcoolodépendance, APACH sur le cancer du pancréas, PIBAC pour l'hépatite B et les résultats préliminaires très attendus de SANGHRIA et de KIDEPIST. Néanmoins, une place importante est laissée aux cas cliniques. Présentés par des internes ou jeunes assistants pour qui il s'agit souvent d'une première communication orale, ils permettent de promouvoir la jeune génération et depuis l'année dernière, le lauréat du meilleur cas clinique a l'immense chance d'accompagner les représentants de l'ANGH au congrès de nos amis portugais qui cette année se déroulera aux Açores ... Alors encouragez vos jeunes à soumettre et à participer et à devenir membres de l'ANGH !!!

Comme annoncé l'année dernière à Angoulême, nous dédions cette année une session aux pratiques professionnelles, de façon à ce que ce congrès puisse répondre aux attentes concrètes et aux problématiques des hépato-gastroentérologues des hôpitaux généraux, en ces temps particulièrement compliqués pour tous et où le manque de moyens et de personnel se mélange à l'épuisement des professionnels de santé.

Enfin, pour la première fois cette année nous innovons avec la mise en place d'une session parallèle à notre congrès le vendredi réservée aux infirmières d'endoscopies. Cette session est organisée en collaboration avec le GIFE et accueillera plusieurs de ses représentants de façon à traiter plus précisément des problématiques rencontrées en hôpital général. Le nombre important d'inscriptions de nos infirmières témoigne du besoin réel de ce genre de réunion pédagogique et laisse présager un franc succès.

Je terminerai cet « édito » en félicitant chaleureusement notre collègue Roger Faroux, Président de la Société de Gastro-Entérologie pour 2018, qui saura j'en suis certaine, représenter et défendre la profession dans toute sa diversité.

Bon congrès à tous, et rendez vous l'année prochaine à Ajaccio !!

Docteur Isabelle Rosa



Partenaires 2018

abbvie
AMGEN



BIOCODEX
France



Bristol-Myers Squibb

Boston
Scientific
Advancing science for life™



COOK[®]
MEDICAL



echosens[™]
GALAXY



FERRING
PRODUITS PHARMACEUTIQUES



GILEAD



Intercept

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Schering-Plough

TILLOTTS PHARMA
ZERIA GROUP

Lilly



 **Au sommaire**

Partenaires 2018	4
Programme du congrès	6
Les communications du congrès	8
Etudes ANGH	23
Enquêtes minutes ANGH : la maintenance des endoscopes.	27
Résultats de l'enquête express réalisée par l'ANGH	28



Communications du congrès

1 - Observatoire OBADE-ANGH : intérêt du baclofène chez 202 patients alcoolo-dépendants	8
2 - Virus de l'hépatite E (VHE) et maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) : une étude prospective multicentrique chez 494 patients	8
3 - Diminution spectaculaire des besoins de phlébotomies après introduction d'un traitement par IPP chez un patient présentant une hémochromatose génétique.	9
4. Optimisation des critères diagnostiques et estimation de la fréquence du syndrome LPAC	10
5 - KIDEPIST : résultats préliminaires	11
6 - Hôpital 0 hépatites: c'est possible !	11
7 - Le suivi des patients « addicts » après éradication du VHC par anti-viraux directs est suboptimal : résultats à 1 an chez 80 patients.	12
8 - Complications de l'encollage de varices cardiotubérositaires.	12
9 - Allaitement et vaccination par vaccins vivants chez des nouveau-nés exposés in-utero aux anti-TNF alpha : étude nationale multicentrique	13
10 - Etude des facteurs associés à la prise de poids des patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin traités par Anti TNF alpha	14
11 - Ascite et maladie de Crohn...est ce vraiment un Crohn ?	14
12 - Complications digestives post-radiques. Alternative thérapeutique : la médecine hyperbare.	15
13 - Résultats à trois ans de la cohorte prospective multicentrique de l'ANGH sur l'Adénocarcinome du Pancréas en Centre Hospitalier (APACH).	15
14 - Des pathologies cardiaque, rhumatologique et dermatologique d'origine digestive.	16
15 - Une jéjunite lupique	16
16 - Traitement des polypes colorectaux bénins de 20 mm et plus du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique	17
17 - L'endoscopie digestive sous AG dans les centres hospitaliers généraux (CHG) en 2018 : Etude descriptive de pratique ANGH dans 84 CHG.	18
18 - Quelle est l'écologie bactérienne des angiocholites ? résultats d'une étude monocentrique de prélèvements endoscopiques de bile	18
19 - Apport de l'écho-endoscopie rectale dans la prédiction du type de chirurgie de l'endométriose.	19
20 - Histological prediction of colorectal polyps by Narrow Band Imaging (NBI): a single center experience	20
21 - Diagnostic et Traitement de l'infection à Helicobacter Pylori au Centre hospitalier d'Annecy Genevois. Apport de la PCR et de la culture pour le diagnostic. Premiers résultats des traitements orientés.	20
22 - SANGHRIA : Etude prospective observationnelle multicentrique des hémorragies Ddigestives hautes en centres hospitaliers généraux 2017-2018, premiers résultats descriptifs à 6 mois.	21



Programme du congrès

Vendredi 22 septembre 2017

Vendredi 21 septembre 2018

14h Allocution présidentielle : Isabelle Rosa
Accueil des personnalités locales

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Aurore BARON (Corbeil Essonnes) ; Hélène LABADIE (Saint Denis)

14h20 – 14h32 : Observatoire OBADE-ANGH : intérêt du baclofène chez 202 patients alcoolo-dépendants. C. Barrault (Créteil)

14h32 - 14h44 : Virus de l'hépatite E (VHE) et maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) : une étude prospective multicentrique chez 494 patients. C. Renou (Hyères)

14h44 – 14h54 : Cas clinique n°1 : Diminution spectaculaire des phlébotomies. JF Cadranel (Creil)

14h54 – 15h06 : Redéfinition des critères diagnostiques et estimation de la fréquence du syndrome LPAC. C. Dong (Bry sur marne)

15h06 - 15h18 : KIDEPIST : résultats préliminaires. I. Rosa (Créteil)

15h18 – 15h30 : Hôpital 0 hépatites : c'est possible ! L. Salabert (Perpignan)

15h30 - 15h42 : Le suivi des patients « addicts » après éradication du VHC par anti-viraux directs est suboptimal : résultats à 1 an chez 80 patients. C. Barrault (Créteil)

15h42 – 15h52 : Cas clinique n°2 : Complications de l'encollage de varices cardiotubérositaires. G. Marcellier (Meaux)

● **15h52 - 16h12 : Conférence n°1** : « Prise en charge HTP en 2018 » Pr Dominique Thabut (Paris)

16h15 – 16h40 : Pause

● **16h42 - 17h02 : Conférence n°2** « Transplantation du microbiote fécal » Pr Philippe Seksik (Paris)

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Martine BLAZQUEZ (Bry sur Marne) ; Ruth TENNENBAUM (Poissy)

17h02 - 17h14 : Allaitement et vaccination par vaccins vivants chez des nouveau-nés exposés in-utero aux anti-TNFα : étude nationale multicentrique. S. Bendaoud (Rosny-sous-Bois)

17h14 – 17h26 : Etude des facteurs associés à la prise de poids des patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin traités par anti-TNF. M. Haas (Dunkeque)

17h26 - 17h36 : Cas clinique n°3 : Ascite et maladie de Crohn... est ce vraiment un Crohn ? O. Caliez (Créteil)

17h36 - 17h46 : Cas clinique n°4 : - Complications digestives post-radiques. Alternative thérapeutique : la médecine hyperbare. A. Pelaquier (Montélimar)

17h46 - 17h58 : Résultats à trois ans de la cohorte prospective multicentrique de l'ANGH sur l'Adénocarcinome du PANcréas en Centre Hospitalier (APACH). R. Faroux (La Roche sur Yon)

● **17h58 - 18h18 : Conférence n°3** « Prévention du burn out. » Pr Pascal Hammel (Clichy)

Assemblée générale. Isabelle Rosa

Samedi 22 septembre 2018

Communications originales, protocoles et conférences

Modérateurs : Marie TROMPETTE (Jossigny) ; Christophe LOCHER (Meaux)

08h30 - 08h40 : Cas clinique n°5 : - Des pathologies cardiaque, rhumatologique et dermatologique d'origine digestive. A. Soualy (Jossigny)

08h40 - 08h50 : Cas clinique n°6 : - Une jéjunite lupique. R. Lehrer (Saint Denis)

08h50 - 09h02 : Traitement des polypes colorectaux bénins de 20 mm et plus du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique. B. Denis (Colmar)

09h02 - 09h47 : **Session Protocoles** Stéphane Nahon (Montfermeil)

Session Pratiques Professionnelles

09-47 - 09h59 : - L'endoscopie digestive sous AG dans les CHG en 2018 : Etude descriptive de pratiques ANGH dans 83 CHG. G. Macaigne (Jossigny).

09h59 - 10h14 : mini conférence : Intérêt de la création d'une commission d'endoscopies. L. Costes (Créteil)

10h14 - 10h29 : mini conférence : Tutorat d'un nouvel infirmier en endoscopie. D. Imbert (Avignon)

10h30 - 11h00 : Pause

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

Modérateurs : René-Louis VITTE (Poissy) ; Hervé HAGÈGE (Créteil)

10h59 - 11h11 : - Quelle est l'écologie bactérienne des angiocholites ? résultats d'une étude monocentrique de prélèvements endoscopiques de bile. F. Heluwaert (Annecy)

11h11 - 11h23 : - Apport de l'écho-endoscopie rectale dans la prédiction du type de chirurgie de l'endométriose. V. Desplats (Poissy)

11h23 - 11h35 : - Histological prediction of colorectal polyps by Narrow Band Imaging (NBI): a single center experience. R. Azevedo (Portugal)

11h35 - 11h47 : - Diagnostic et Traitement de l'infection à Helicobacter Pylori au Centre hospitalier d'Annecy Genevois. Apport de la PCR et de la culture pour le diagnostic. Premiers résultats des traitements orientés. F. Heluwaert (Annecy)

11h47 - 11h59 : - SANGHRIA : Etude prospective observationnelle multicentrique des hémorragies digestives hautes en centres hospitaliers généraux en 2017-2018, premiers résultats descriptifs à 6 mois. V. Quentin (St Brieuc)

● **11h59 - 12h29 : Conférence n°4** : « Comment je résèque un polype rectocolique en 2018 » Yann Le Baleur (Hôpital Saint-Joseph Paris)

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



Les communications du congrès

1 - Observatoire OBADE-ANGH : intérêt du baclofène chez 202 patients alcoolo-dépendants

C. Barrault 1, J-F. Cadranel 2, C. Locher 3, V. Bourcier 4, F. Skinazi 5, T. Thevenot 6, D. Labarrière 7, A. Garioud 2, Y. Le Bricquie 8, V. Quentin 9, C. Costentin 1, C. Jouan 1, H. Hagège 1, C. Jung 1
1- Créteil, France ; 2- Creil, France ; 3- Meaux, France ; 4- Bondy, France ; 5- Saint Denis, France ; 6- Besançon, France ; 7- Orléans, France ; 8- Béziers, France ; 9- Saint Brieuc, France

Introduction. Le baclofène est un traitement du mésusage d'alcool dont l'utilisation est possible même au stade de cirrhose. OBADE est l'Observatoire national des patients traités par Baclofène pour AlcooloDEpendance dans les services d'hépatogastro-entérologie de l'ANGH dont l'objectif était d'évaluer les modalités de prescription du baclofène. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation de la consommation d'alcool à 12 mois et la sécurité du traitement.

Patients et Méthodes. Tous les patients de 10 services d'hépatogastro-entérologie traités par baclofène entre mars 2012 et décembre 2016 étaient inclus. Résultats. La population de 202 patients était composée d'hommes (79%), d'âge moyen 51 ans dont 77 (39%) avaient une cirrhose. Dans 50% des cas les patients avaient reçu un médicament addictolytique et la dose de baclofène était prescrite «à la carte». A M12, chez les 102 patients suivis, la dose médiane de baclofène était de 60 mg/j [40-90] et la consommation déclarée d'alcool moyenne était inférieure à celle de JO : 32 g/j contre 111 g/j ($p < 0,0001$) et 77 patients avaient une consommation \leq 30 g/j. Les effets indésirables étaient moins fréquents chez les cirrhotiques (4% vs 13%, $p = 0,02$) alors que la dose de baclofène n'était pas différente (65,5 mg/j vs 88 mg/j, $p = 0,09$). Aucun effet indésirable grave ni aucun décès n'a été rapporté au baclofène.

Conclusion. Les résultats suggèrent que le traitement par baclofène, intégré à une prise en charge médico-psycho-sociale, est associé à une diminution significative de la consommation d'alcool à 12 mois. La tolérance du baclofène était très bonne y compris en cas de cirrhose décompensée.

2 - Virus de l'hépatite E (VHE) et maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) : une étude prospective multicentrique chez 494 patients

C. Renou, S. Nahon, F. Heluwaert, G. Macaigne, M. Amil, S. Talon, E. Khaldoun, C. Charpignon, T. Paupard, M. Stetiu, M.P. Ripault, A. Yamaga, C.

Ehrhard, F. Audemar, M. Ortiz, D. Zanditenas, F. Skinazi, A.M. Roque-Afonso

La majorité des infections par le VHE sont aiguës et asymptomatiques mais peuvent évoluer vers la chronicité chez des patients sous immunomodulateurs. Ces derniers modifient la réponse immunitaire et augmentent ainsi le risque d'infections. Le VHE n'est pas recherché chez les patients porteurs d'une MICI du fait d'une méconnaissance de la prévalence et de l'incidence de l'hépatite E aiguë et chronique. D'autre part, les élévations des enzymes hépatiques sont fréquentes au cours des MICI et, en cas d'étiologie indéterminée, pourraient être expliquées par une infection méconnue par le VHE.

Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'infection aiguë et chronique par le VHE, et de rechercher un lien entre infection par le VHE et élévations inexplicables des enzymes hépatiques chez les patients porteurs d'une MICI.

Patients et méthodes : les patients hospitalisés pour perfusion d'anti-TNF alpha, de vedolizumab ou d'ustekinumab dans le cadre d'une MICI étaient inclus consécutivement et prospectivement dans 16 centres entre octobre 2017 et janvier 2018. Le jour de l'inclusion, les patients complétaient un questionnaire sur les facteurs de risque d'infection par le VHE et avaient un prélèvement sanguin pour la réalisation d'un bilan avec biologie hépatique, de la sérologie et de l'ARN du VHE. Les prélèvements sanguins étaient centralisés et techniqués dans un laboratoire référent.

Résultats : 494 patients d'âge moyen 32,7 ans étaient inclus (homme = 50,8%). 328 patients avaient une maladie de Crohn et 166 une rectocolite hémorragique (RCH). Les patients recevaient de l'infliximab dans 86,4% des cas, du vedolizumab dans 12,6% des cas et de l'ustekinumab dans 1% des cas. La durée moyenne du traitement prescrit en ambulatoire était de 0,6 ans alors que la durée totale des traitements immuno-modulateurs était de 8,5 ans depuis le diagnostic de MICI. 22,1% des patients avaient des manifestations extra-intestinales et 36% des manifestations périnéales. La séro-prévalence des IgG anti-VHE était de 14% (69/425 patients). La séro-prévalence des IgM anti-VHE était de 0,8% (3/491 patients) avec un index inférieur à 2 dans les 3 cas et des IgG anti-VHE négatives dans 2 cas. La virémie VHE du VHE était négative dans tous les cas (0/494). 39/450 patients (8%) avaient une perturbation des enzymes hépatiques, inexplicables dans 22/39 cas. Une analyse uni et multivariée entre facteurs de risque

de contamination par le VHE et positivité des IgG anti-VHE sera présentée au congrès.

Conclusion : 1/ la séro-prévalence des IgG anti-VHE des patients porteurs d'une MICI et traités par immuno-modulateurs est faible (14%) 2/ les perturbations des enzymes hépatiques chez ces patients ne sont pas expliquées par une infection aiguë ou chronique par le VHE.

3 - Diminution spectaculaire des besoins de phlébotomies après introduction d'un traitement par IPP chez un patient présentant une hémochromatose génétique.

J.-F.Cadranel¹, C.Mokhtari², R.Heng¹, F.Kazerouni³, M.Medmoun¹, T.Delacour², J.-B.Nousbaum⁴, A.Garioud¹

1. Service d'Hépatogastroentérologie, Alcoolologie et Nutrition - GHPSO - Creil. 2. Service de Biologie médicale - GHPSO - Creil. 3. Service d'Imagerie médicale - GHPSO - Creil. 4. Service d'Hépatogastroentérologie - CHU La Cavale Blanche - Brest.

Introduction

L'hémochromatose génétique est une maladie

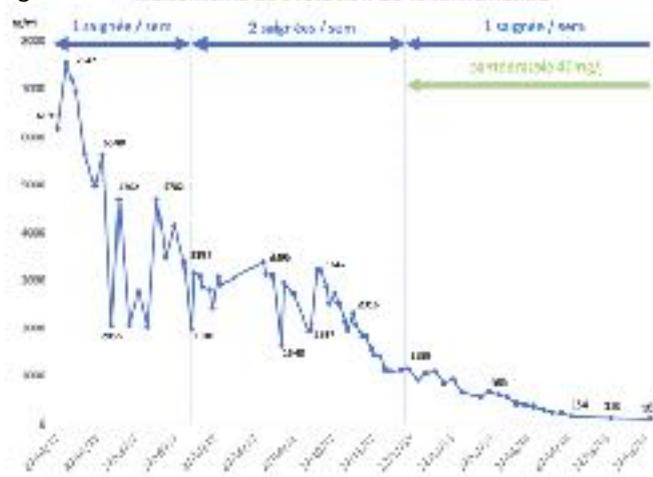
accident ischémique en 2009 nous est adressé en consultation d'Hépatologie pour le bilan d'une hémochromatose génétique. Il présente une hypertension artérielle traitée par hydrochlorothiazide 25µg/jour et irbésartan 1/jour. Il prend un traitement par atorvastatine 20 mg/j et fénofibrate 300 mg/jour. Il boit deux cafés par jour et sa consommation d'alcool est nulle.

L'examen clinique est sans particularité. Le foie n'est pas augmenté de volume et n'est pas dur.

Biologiquement, la glycémie à jeun est normale, les ASAT à 1,5N, les ALAT à 1,2N, la gamma à 2N, et le bilan lipidique normal. La ferritinémie est à 6.181 ng/ml avec un coefficient de saturation à 90 %. Après recherche génétique, la mutation C282Y du gène HFE est présente à l'état homozygote. Le taux de prothrombine et l'électrophorèse des protides sont normaux. La sérologie de l'hépatite C et l'antigénémie HBs sont négatifs.

L'IRM hépatique objective une surcharge en fer majeure à 331 µmol/g de foie ainsi que deux nodules hépatiques caractérisés comme angiomes après relecture par le Professeur VILGRAIN. L'élastographie par technique Sheare wave est en faveur d'une fibrose modérée à 8,8 kPa (IQR à 0,5)

Figure 1 Traitements et évolution de la ferritinémie



génétique fréquente entraînant une surcharge en fer dans le foie et dans d'autres organes avec une pénétrance variable. Si certains patients n'auront jamais de phlébotomie, d'autres auront un traitement d'attaque astreignant d'une saignée par semaine pendant un an voire plus.

Nous rapportons ici l'observation d'un patient présentant une hémochromatose génétique sans cirrhose avec une surcharge en fer majeure ayant nécessité initialement une puis deux saignées de grand volume par semaine. L'introduction d'un traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) a permis d'une part de ramener les saignées à une par semaine et d'autre part, d'entraîner une diminution spectaculaire de la ferritinémie.

Observation :

En février 2017, un homme de 62 ans mesurant 1,75m pour 75kg et ayant pour antécédent un

superposable au résultat de l'élastométrie par Fibroscan.

Un traitement par phlébotomies de 500 ml toutes les semaines est débuté. Entre le 22/03/2017 et le fin juin 2017, la ferritinémie va passer de 6.000 à 3.393 ng/ml. Après une augmentation à deux saignées par semaine, on obtient en six mois supplémentaires une diminution fluctuante de la ferritinémie qui toutefois plafonne à 1.500 ng/ml en décembre 2017.

Après lecture d'une publication récente*, on décide de repasser à une saignée hebdomadaire après introduction d'un traitement par pantoprazole à la dose de 40 mg/j. On assiste à partir de ce moment-là à une décroissance progressive importante et rapide de la ferritinémie (figure 1) qui se normalise en quatre mois et est à 103 au 30/06/2018. L'IM hépatique mets en évidence une stéatose à 15 % et

une concentration hépatique en fer à 10µmol/g de foie

Cette observation souligne l'intérêt potentiel des IPP et en particulier du pantoprazole qui diminue l'absorption intestinale du fer par son effet sur l'augmentation du pH gastrique. Actuellement au GHPSO, nous reprenons toutes les observations de patients en phlébotomies ayant une ferritinémie élevée pour les revoir en consultation et leur proposer l'adjonction d'un traitement par IPP.

Plusieurs centres universitaires se sont joints à nous pour une étude rétrospective en cours (Amiens Brest, Besançon, Clermont-Ferrand, Caen, Toulouse hépato et Med interne, Limoges) et nous proposons une étude rétrospective au sein de l'ANGH sur ce sujet.

* Proton Pump Inhibitors Decrease Phlebotomy Need in HFE Hemochromatosis: Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial. A.Vanclouster, C.van Deursen, R.Jaspers, D.Cassiman, and G.Koek. *Gastroenterology* 2017;153:678-680

Profil d'intérêt 0.

4. Optimisation des critères diagnostiques et estimation de la fréquence du syndrome LPAC

C. DONG¹, B. CONDAT², M. PICON-COSTE³, P. POTIER⁴, Y. CHRETIEN¹, B. NOBLINSKI¹, M.P. HAUUY, V. BARBU¹, A. MAFTOUH⁵, F. GAOUAR¹, C. HOUSSET¹, R. POUPON¹, D. ZANDITENAS⁵, O. CHAZOILLERES¹, C. CORPECHOT¹

¹Centre de référence des Maladies Inflammatoires des Voies Biliaires et des Hépatites Auto-immunes, Hôpital Saint-Antoine, Paris; ²Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier de la Polynésie française, Piraë; ³Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier d'Aix-en-Provence, Aix-en-Provence, ⁴Service d'Hépatogastroentérologie, Centre hospitalier d'Orléans, Orléans Service d'Hépatogastroentérologie, ⁵Centre hospitalier de Bry-sur-Marne, Bry-sur-Marne

INTRODUCTION

Le diagnostic de syndrome LPAC (Low-Phospholipid-Associated Cholelithiasis) repose actuellement sur au moins 2 des critères suivants : 1) Début des symptômes biliaires avant l'âge de 40 ans, 2) Récidive des symptômes après cholécystectomie, 3) Présence de foyers hyper-échogènes intra-hépatiques (« queues de comète » ou micro-spots). Ces critères ont été établis sur un petit nombre de patients et de témoins et reposent en grande partie sur la récurrence des symptômes après cholécystectomie alors que celle-ci pourrait être évitée si le diagnostic était fait plus tôt. De plus, ces critères ont été élaborés pour prédire l'existence d'une mutation du gène ABCB4, qui n'est observée

que chez 30 à 50% des patients. Enfin, la fréquence du syndrome LPAC reste inconnue.

METHODES

Cette étude cas-témoin rétrospective multicentrique a inclus l'ensemble des patients ayant eu un diagnostic de syndrome LPAC selon les critères usuels au sein d'un centre de référence et de plusieurs hôpitaux généraux. Ces patients ont été répartis en une cohorte d'acquisition (2/3) et une cohorte de validation (1/3). La cohorte d'acquisition a été comparée à un groupe témoin constitué de patients cholécystectomisés pour lithiase vésiculaire banale sur une année dans un hôpital général. Les variables associées au phénotype de la maladie ont été identifiées par un modèle de régression logistique ajusté sur l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'existence d'un syndrome métabolique. Les patients ABCB4 mutés ont été comparés aux patients ABCB4 non mutés. La fréquence de la maladie a été estimée par comparaison au nombre de patients cholécystectomisés pour lithiase vésiculaire pendant la même période sur la base du codage CIM-10 et PSMI.

RÉSULTATS

Au total, 512 individus, 306 patients et 206 témoins, ont été inclus. Les patients étaient majoritairement des femmes (77%) sans surpoids. Deux critères diagnostiques supplémentaires ont été identifiés (Tableau 2): 1) Les signes (biologiques ou radiologiques) de lithiase de la voie biliaire principale, 2) L'absence de cholécystite aigue.

Tableau 1: Score diagnostique à 5 critères

Critères	Points
Début des symptômes biliaires avant 40 ans	+ 4
Récidive de la symptomatologie après cholécystectomie	+ 5
Présence de foyers hyper-échogènes intra-hépatiques	+ 7
Signes de lithiase de la voie biliaire principale	+ 4
Cholécystite aigue	- 4

Un score > 9 permet de porter un diagnostic de certitude. Ce score a une performance diagnostique élevée (statistique C : 0,99; sensibilité: 98%; spécificité: 96%).

Comparés aux patients non mutés, les patients ABCB4-mutés (45%) avaient un risque significativement plus élevé: 1) de lithiase de la voie biliaire principale (80% vs. 68%), 2) de cholestase gravidique (34% vs. 17%), 3) d'élévation chronique de la GGT (33% vs. 14%) et des transaminases (16% vs. 8%) et 4) d'antécédent personnel ou familial de cancer primitif du foie (8% vs. 1%).

Soixante-huit témoins (un tiers) ont eu une échographie experte à la recherche de signes de microlithiase intra-hépatique 2 ans après leur cholécystectomie : un seul d'entre eux (1,5%)

présentait de nombreux spots et queues de comète. Le diagnostic de syndrome LPAC a été porté chez ce patient devant la persistance de symptômes biliaires.

La fréquence relative du syndrome LPAC au sein des patients ayant une lithiase biliaire symptomatique était de 0,5% à 1,9% dans les centres généraux et de 7,5% dans le centre de référence.

CONCLUSIONS

Le syndrome LPAC touche environ 1% des patients ayant une lithiase biliaire symptomatique. Une lithiase de la voie biliaire principale chez un sujet jeune (< 40 ans) doit systématiquement faire rechercher un syndrome LPAC. Une mutation ABCB4 confère un risque accru de cholestase gravidique, de cholestase chronique et de cancer primitif du foie personnel ou familial.

5 - KIDEPIST : résultats préliminaires

Isabelle Rosa, André-Jean Remy, Armand Garrioud, Marie Pierre Ripault, Hélène Labadie, François Maille, Robert Bader, Hatem Salloum

Les nouveaux traitements du VHC permettent d'obtenir une guérison virologique dans plus de 95% des cas. L'accès universel au traitement décidé en France en mai 2016 et l'assouplissement des règles de présentation en RCP permettent actuellement de traiter tous les patients quelque soit le stade de fibrose, l'objectif fixé par l'OMS étant l'éradication virale en 2030. Pour arriver à ce but il est nécessaire de renforcer les actions de dépistage et de dépister les patients à risque mais également d'identifier tous les acteurs à mobiliser afin d'améliorer le dépistage. Actuellement certaines populations à fort risque viral ont été parfaitement identifiées. Il s'agit des personnes incarcérées, des usagers de drogues, des HSH et des migrants. Des actions de dépistage spécifiques ont été ou vont être mises en place dans chacun de ces milieux : UCSA, CSAPA, PASS etc. En revanche il n'existe actuellement aucune donnée récente sur le nombre de patients dépistés en « population générale » ni sur le rôle des médecins généralistes dans le dépistage.

L'objectif principal de cette étude observationnelle est de décrire le parcours de soins des patients atteints du virus de l'hépatite C et de décrire les professionnels de santé qui dépistent et adressent ces patients en 2018.

Les objectifs secondaires de cette étude observationnelle est de décrire la typologie de patients atteints d'hépatite C en 2018 : Facteurs de risques, comorbidités, stade de fibrose.

Cette étude concerne les patients nouvellement adressés en consultation d'hépatologie et le mode d'adressage dans les hôpitaux généraux français sur une période de 12 mois. Le nombre estimé de patients inclus est de 1000.

De septembre 2017 à mars 2018, XX patients ont été inclus de façon rétrospective. De mars 18 à septembre 18, XX patients ont été inclus de façon prospective dans 34 centres ANGH.

Les résultats sur la période rétrospective seront présentés au congrès ANGH.

6 - Hôpital 0 hépatites: c'est possible !

Laetitia SALABERT, Hakim BOUCHKIRA, Jérémy HERVET, Arnaud HAPPIETTE, Laura LE CLOAREC, Hugues WENGER, André-Jean REMY. Equipe Mobile Hépatites, Centre Hospitalier de Perpignan.

Introduction : D'après les dernières estimations disponibles, 74000 patients ayant une hépatite chronique C sont non dépistés ou non suivis en France. La question à résoudre est comment trouver ces patients manquants. Depuis sa création en juillet 2013, l'Equipe Mobile Hépatites a pris en charge 504 patients ayant une hépatite C, dont 83% d'usagers ou d'ex-usagers de drogue. Nous avons fait le constat au quotidien que de très nombreux « nouveaux » patients avaient déjà été hospitalisés plusieurs fois dans notre établissement, particulièrement aux Urgences, mais jamais pour l'hépatite C. Sur les 6 premiers mois de 2017, cela représentait 81% des patients nouvellement pris en charge. Dans la macrocible d'entrée réalisée par l'infirmi(è)re accueillant le patient, il était noté avec constance un antécédent d'hépatite C au même titre qu'une appendicectomie ou une fracture du tibia. Certains usagers de drogue étaient venus jusqu'à 12 fois dans l'année écoulée ! Aucune orientation spécialisée ne leur était proposée une fois la pathologie initiale résolue.

Objectif : identifier les patients ayant une hépatite C connue et hospitalisés dans un service du Centre Hospitalier.

Méthodologie : une infirmière dédiée hépatites a effectué des séances d'une heure de formation pôle par pôle en commençant par l'encadrement infirmier, puis unité par unité à l'occasion des relèves. Elle expliquait les modes de transmission des hépatites, les facteurs de risque, la prise en charge actuelle, notamment sur le traitement pour tous et l'efficacité des AAD. Un flyer d'information et une affiche rappelant les coordonnées de l'infirmière dédiée hépatites étaient laissés en salle de soins. Les infirmières étaient invitées à appeler un numéro dédié dès qu'un patient connu hépatite B ou C entrerait dans le service. Résultats : l'infirmière hépatites a réalisé en 7 mois des séances de formation dans 15 unités différentes rassemblant au total 85 infirmi(e)res. Elle a reçu ensuite 28 appels portant sur 88 patients avec une hépatite C connue ; 27 patients étaient usagers ou ex-usagers de drogue ; 15 patients avaient une charge virale négative (54%), spontanément ou après traitement ; 13 patients avaient une charge virale positive, dont

7 ont commencé un traitement dans les 3 mois suivant la prise en charge. Tous les patients ayant ou ayant eu un usage de drogue ont bénéficié d'une séance d'éducation à la réduction des risques. Nous avons observé une montée en charge des appels au fur et à mesure du nombre de formations effectuées. Des résultats plus détaillés seront présentés lors du congrès.

Conclusions : la formation de relais infirmiers au sein des différentes unités d'un centre hospitalier est facile à mettre en place et utile pour orienter dans un circuit spécialisé des patients VHC non pris en charge auparavant. Cette expérience est transposable à d'autres centres hospitaliers et permet de créer une dynamique 0 hépatites à l'ensemble de l'établissement.

7 - Le suivi des patients « addicts » après éradication du VHC par anti-viraux directs est suboptimal : résultats à 1 an chez 80 patients.

C. Barrault 1, R. Truchi 2, JB. Trabut 3, D. Carmona 4, I. Rosa 1, E. Gelsi 2, F. Roudot-Thoraval 5, A. Bachelard 6, S. Dominguez 6, C. Hezode 5, A. Tran 2

1. ELSA et service d'Hépatogastro-entérologie, CH Intercommunal de Créteil

2. CSAPA et service d'Hépatologie, CHU L'Archet 2, Nice

3. Service d'Addictologie, Hôpital Emile Roux, Limeil-Brévannes 4. CSAPA Epices, Créteil

5. Service d'Hépatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil

6. Service d'Immunologie clinique, Hôpital Henri Mondor, Créteil

Rationnel. Les anti-viraux directs (AVD) ont simplifié le traitement de l'hépatite chronique virale C (VHC) dont la prévalence est élevée chez les patients « addicts », dont la maladie hépatique est plus grave en raison d'un mésusage d'alcool fréquent. Le suivi reste complexe en raison des problèmes psychosociaux associés. But. Evaluer la régularité du suivi hépatologique et addictologique des patients « addicts » traités par AVD et l'impact du traitement sur la consommation d'alcool.

Patients et Méthodes. Entre janvier 2014 et décembre 2016, les patients usagers de drogue et/ou alcoolodépendants ont été suivis de façon prospective pendant et après traitement par AVD. Le suivi hépatologique était basé sur les recommandations de l'AFEF. Le suivi addictologique était poursuivi de manière habituelle. **Résultats.** Quarante-deux patients de 2 régions françaises ont été traités. Une fibrose sévère et une cirrhose étaient observées dans 40% et 60% des cas, un mésusage d'alcool dans 82% des cas. Le taux d'éradication du VHC était de 92,5%. Le suivi moyen était de 65 semaines. Le suivi hépatologique était irrégulier dans 34%, absent dans 19% des cas, avec apparition d'un carcinome hépato-cellulaire (CHC) dans 5 cas. Le suivi addictologique était

régulier dans 47% des cas. A 1 an, 42% des patients avaient un mésusage d'alcool. **Conclusion.** Le suivi hépatologique après éradication du VHC est suboptimal chez les patients addicts avec cirrhose ayant un fort risque de CHC. Le traitement impacte peu le mésusage d'alcool. Ces résultats suggèrent de renforcer la coopération entre hépatologues et addictologues pour améliorer le suivi.

8 - Complications de l'encollage de varices cardiotubérositaires.

Gabriel Marcellier (1), Marc Prieto (1), Jacquot Rakotobe (2), Morad Kabbej (3), Marie Trompette (4), Christophe Locher (1). (1) Hépatogastroentérologie, Meaux (2) Radiologie, Meaux (3) Chirurgie digestive, Meaux (4) Hépatogastroentérologie, Marne La Vallée

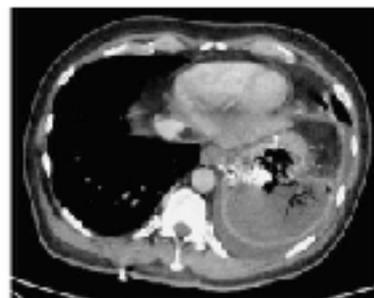
Un patient de 59 ans est adressé par le SAMU aux urgences le 10 janvier 2018 pour hématoméso et méléna avec déglobulisation. On note dans ses antécédents une cirrhose d'origine alcoolique Child A non sevrée avec encollage de VCT en 2016 (pas de récurrence en Janvier 2017) sous B Bloquants, une pancréatite chronique alcoolique, un DNID sous metformine, une HTA sous Coversyl, une hypercholestérolémie sous Atorvastatine et un ulcère gastrique hémorragique en Novembre 2017. En Unité de Soins continus sous IPP et sandostatine IVSE: Hémodynamique stable, Hb= 8 g/l, Plaquettes= 108000, TP= 74% FOGD après 2 CG : probable varice sous cardiale avec volumineux caillot adhérent.

Transfert pour encollage le 11/01/2018. On retrouve cette varice non bleutée souple avec stigmate de saignement récent. 2 injections avec introduction de 4 cc d'Histoacryl.

Suites immédiates : douleurs abdominales calmées par les antalgiques de palier II et III

Une fibroscopie de contrôle est réalisée le 24/01/2018 retrouve la présence de colle dans la grosse tubérosité avec ulcération gastrique [Image 1]

Image 1 - Scanner de TAP



Un scanner TAP injecté montre une nécrose de la paroi gastrique avec fistule et des bulles d'air dans la rate ainsi qu'une réaction pleurale gauche [Image 2]



L'évolution clinique et morphologique du patient sera présentée lors du congrès ainsi qu'une revue bibliographique sur les complications liées l'encollage des varices cardiotubérositaires.

9 - Allaitement et vaccination par vaccins vivants chez des nouveau-nés exposés in-utero aux anti-TNF alpha : étude nationale multicentrique

Sihem Bendaoud (Rosny-sous-Bois, FRANCE), Stéphane Nahon (Montfermeil, FRANCE), Morgane Amil (La Roche-sur-Yon, FRANCE), Isabelle Rosa (Créteil, FRANCE), Frédéric Heluwaert (Annecy, FRANCE), Laurianne Plastaras (Colmar, FRANCE), Carmen Stefanescu (Clichy-la-Garenne, FRANCE), Vincent Quantin (Saint-Brieuc, FRANCE), Michel Antoni (Orange, FRANCE), Karine Bideau (Quimper, FRANCE), Médina Boualit (Lille, FRANCE), Alexandre Aubourg (Tours, FRANCE), Jean-Marc Gornet (Paris, FRANCE), E Cuillierier (Dreux, FRANCE), Christophe Locher (Meaux, FRANCE), Florence Skinazi (Paris, FRANCE), Marion Simon (Paris, FRANCE), Arnaud Bourrelle (Nantes, FRANCE), Benjamin Pariente (Lille, FRANCE), Laurent Beaugerie (Paris, FRANCE), Laurent Peyrin-Biroulet (Vandoeuvre-lès-Nancy, FRANCE), Xavier Hébuterne (Nice, FRANCE), Anthony Buisson (Clermont-Ferrand, FRANCE), Vered Abitbol (Paris, FRANCE), Romain Altwegg (Montpellier, FRANCE)

Introduction

Les anti-TNF sont le plus souvent maintenus pendant la grossesse chez les patientes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Le consensus ECCO 2015 préconise leur arrêt après la 24-26^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), si possible, en raison de leur passage transplacentaire. L'administration de vaccins vivants doit être différée au-delà du 6^{ème} mois de vie chez les nourrissons dont la mère a reçu des anti-TNF pendant la grossesse. Il y a peu de données sur l'allaitement sous Anti-TNF. L'objectif de cette l'étude est d'établir le taux et la tolérance de 1) la vaccination par vaccins vivants avant et après 6 mois de vie chez des nouveau-nés exposés in utero aux Anti TNF et 2) de l'allaitement sous Anti TNF.

Patients et Méthodes

Etude Française rétrospective et observationnelle multicentrique dans les centres du GETAID et de

l'ANGH. Inclusion par des gastroentérologues dans une base de données informatisée, anonymisée, après consentement de patientes enceintes atteintes de MICI sous Anti-TNF, donnant naissance à un enfant vivant et répondant à un questionnaire sur 1) la vaccination de leur nourrisson par vaccins vivants (BCG-ROR et Rotavirus) avant et après 6 mois de vie, 2) l'allaitement au cours de la première année de vie, 3) les modalités d'informations durant la grossesse.

Résultats

De février 2016 à septembre 2017, 143 patientes enceintes (113 maladies de Crohn et 30 rectocolite hémorragiques), traitées par Anti TNF ont été incluses dans 28 centres hospitaliers.

L'âge moyen des patientes était de 31.5 ans (IQR 5).

L'Anti TNF administré était : l'infliximab (n= 86, 60%), l'adalimumab (n=53, 37%), le certolizumab (n= 3, 2%) et le golimumab (n=1). Les Thiopurines étaient associées chez 30 (21%) patientes. 35 (24.5%) femmes ont présenté une poussée de la maladie durant la grossesse, dont 20 nécessitant une corticothérapie. L'Anti-TNF était interrompu avant 24-26 SA chez 74 (58%) patientes et repris ou poursuivi après l'accouchement chez 131 (92%) patientes. 65 (46%) femmes ont accouché dans une maternité niveau 3. Soixante-trois (45%) patientes ont allaité. Aucune complication n'a été constatée.

Parmi les patientes n'ayant pas allaité, 49 ne l'ont pas fait par choix personnel, 27 après conseil du gastroentérologue. Concernant le questionnaire sur la vaccination, 120 réponses étaient obtenues.

Le BCG était réalisé chez 33 (27.5%) nourrissons dont 19 (16%) avant 6 mois. Un abcès local d'évolution favorable et une inflammation locale évoluant pendant un an ont été observés.

Soixante-douze (60%) nourrissons étaient vaccinés contre le ROR, dont 6 avant 6 mois sans complications. Sept (6%) nourrissons étaient vaccinés contre le Rotavirus, dont 5 avant 6 mois et sans complication. L'information concernant l'allaitement et la vaccination a été donnée à 127 (89%) patientes, principalement par le gastroentérologue n= 123 (86%), par l'obstétricien 23%, le pédiatre de la maternité 16% et par le pédiatre de ville 12%. L'information a été donnée oralement chez 120 (84%) patientes et par support écrit chez 44 (31%).

Conclusion

Dans cette étude observationnelle, la moitié des femmes exposées aux Anti-TNF ont allaité sans complications. 27% des nouveaux-nés sont vaccinés contre le BCG, parmi lesquels plus de la moitié avant 6 mois et sans complication grave. La vaccination contre le rotavirus est rare, le plus souvent faite avant 6 mois et sans complications graves. La majorité des patientes enceintes avec MICI, reçoivent les informations relatives aux Anti-TNF pendant la grossesse par leur

gastroentérologue. L'information par les obstétriciens et les pédiatres doit être améliorée.

10 - Etude des facteurs associés à la prise de poids des patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin traités par Anti TNF alpha

Manon Hass, Vered Abitbol, Thierry Paupard, Nathalie Poiraud, Stéphane Nahon

Introduction

Une prise de poids a été observée chez certains patients traités par anti-TNF suivis pour un rhumatisme inflammatoire, mais aussi au cours des Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les facteurs explicatifs suggérés sont l'effet orexigène des anti-TNF mais aussi une amélioration de la maladie. Cependant, il pourrait exister d'autres facteurs explicatifs tels qu'un changement des habitudes alimentaires, un manque d'activité physique ou enfin un bas niveau socio-économique, facteurs reconnus pour être associés à un surpoids.

Patients et Méthode

Tous les patients suivis pour une MICI et traités par biothérapie étaient inclus dans ce travail prospectif et multicentrique (Montfermeil, Cochin, Dunkerque) principalement ceux suivis en hospitalisation de jour pour une perfusion. Au cours de cette hospitalisation, les patients remplissaient les questionnaires suivants : qualité de vie (IBDQ), de fatigue (FACIT), d'activité physique, de précarité (EPICES), d'anxiété-dépression (HAD) et avaient un entretien avec une diététicienne (ration calorique, habitudes alimentaires). Les caractéristiques de la MICI (démographiques et type de traitement) étaient issues des bases Focus_MICI mise en place dans les trois hôpitaux.

Nous avons comparé les données des patients ayant pris du poids (+5kg et +10 kg par rapport au début du traitement) à ceux dont le poids était stable ou inférieur à moins de 5 kg. Les données étaient appariées en fonction de la durée d'exposition à l'anti-TNF.

Laval

Les résultats des 100 premiers patients seront présentés au congrès de Nogent.

11 - Ascite et maladie de Crohn...est ce vraiment un Crohn ?

Olivier Caliez, Isabelle Rosa, Mathias Vidon, Julia Roux, Alix Portal, Laurent Costes, Hervé Haguère

Nous rapportons deux cas cliniques de patients avec une ascite et une atteinte digestive du grêle évoquant fortement une maladie de Crohn.

Cas n° 1 :

Il s'agit d'un homme de 32 ans dont la famille est originaire de Côte d'Ivoire, né en France. Il présente en août 2017 un épisode de vomissement, une

diarrhée liquidienne faite de 5 à 6 selles, des douleurs abdominales spastiques péri-ombilicales, des douleurs lombaires matinales avec un déroulage inférieur à 30 minutes, un syndrome de Koenig et une perte de poids de 12kg en 3 mois. En septembre il est hospitalisé pour syndrome sub-occlusif associé à un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 214mg/L. Une coloscopie met en évidence une atteinte iléale avec ulcération en rail de 20x4mm, des plaques inflammatoires et érosives sur 25cm, l'anatomopathologie confirme une iléite sans avec une composante lymphoïde hyperplasique abondante d'aspect polymorphe sans granulome épithélioïde spécifique. Le reste du bilan endoscopique est macroscopiquement normal. Une entéro-IRM met en évidence une iléite segmentaire et épanchement péritonéal. Une IRM du bassin élimine une sacro-iliite inflammatoire. La présence d'ascite fait suspecter une tuberculose péritonéale et réaliser en octobre une cœlioscopie exploratoire qui met en évidence un épanchement séreux de 350mL (protides à 37g/L), l'exploration du grêle le décrit comme d'aspect de maladie de Crohn au niveau jéjunale proximale saignant au contact, avec hyperhémie péritonéale diffuse. L'IDR, le QUANTIFERON® et prélèvements per-opératoire pour la tuberculose sont négatifs. Un traitement par corticothérapie et un traitement par INFLIXIMAB est initié. L'évolution initiale est favorable avec résolution du syndrome sub-occlusif et régression complète du syndrome inflammatoire biologique. En novembre, à un mois de l'initiation du traitement, en cours d'induction, le patient présente une augmentation progressive du périmètre abdominal, une récurrence de diarrhée (6 selles liquides non glairo-sanglante), et une toux sèche associée à une dyspnée. L'examen physique met en évidence une ascite et un épanchement pleural bilatéral. Une ponction pleurale est réalisée met en évidence épanchement exsudatif (protides à 30g/L) lymphocytaire (8200 éléments, 6500 hématies, 33% de lymphocytes). Le bilan est complété par des biopsies pleurales qui permettront d'établir le diagnostic de ...

Cas n°2 :

Il s'agit du cas d'un homme de 20 ans, sans antécédent. Il présente en octobre 2017 un tableau aigu d'hématémèse et de méléna. Au décours il a une douleur épigastrique permanente, des épisodes itératifs de diarrhée faite de 3-4 selles par jour non glairo-sanglante et une altération de l'état général avec perte de poids de 10kg. Un bilan biologique met en évidence une anémie (11,3g/dL) ferriprive (ferritine à 7mg/L), un bilan endoscopique (EOGD et coloscopie) réalisé en décembre 2017 est normal et une entéro-IRM réalisée en janvier 2018 est normale hormis une lame d'épanchement du cul de sac de Douglas. En mars 2018 une exacerbation douloureuse hypogastrique, une défense abdominale en FID et hypogastre et un syndrome

inflammatoire biologique avec CRP à 301mg/L et GB 10.5G/L font réaliser un TDM abdomino-pelvien qui met en évidence un abcès profond pelvien de 30x20mm associé à un épanchement du cul de sac de Douglas. Une antibiothérapie par ROCEPHINE, FLAGYL et GENTAMICINE est initiée avec une évolution clinique favorable et une régression du syndrome inflammatoire biologique. Une entéro-IRM est réalisée et met en évidence une atteinte du grêle en centro-pelvien avec épaissement et rehaussement pariétal, sans abcès, cependant l'atteinte est uni-focale et respecte la région de la dernière anse iléale. Cette présentation atypique fait réaliser une coelioscopie exploratoire qui met en évidence une agglutination de deux anses grêles correspondant au diagnostic de ...

12 - Complications digestives post-radiques. Alternative thérapeutique : la médecine hyperbare.

Agnès PELAQUIER, Groupement Hospitalier Portes de Provence; ALBERTINI Jean Jacques, Avignon

Mme G., 56 ans, consulte pour des douleurs anales invalidantes, insomniantes, et altérant fortement sa qualité de vie (insomnie, syndrome dépressif), avec alcoolisations massives réactionnelles à visée anxiolytique et antalgique. Gêne fonctionnelle quotidienne à la défécation.

Atcd : carcinome épidermoïde du canal anal T1 N0 M0, traité chirurgicalement (pièce d'hémorroïdectomie et résection d'un polype anal), puis par radiothérapie 11 ans auparavant.

Sur les examens cliniques et paracliniques, ano-rectite sévère ulcérée post radique, sans argument pour une reprise évolutive néoplasique.

Compte tenu d'une absence d'efficacité des différents traitements antalgiques (notamment palier III), des injections périnéales et d'un impact psychosocial majeur, décision d'un traitement en caisson hyperbare.

Au bout de 50 séances, patiente métamorphosée, avec nette amélioration du confort de vie, diminution majeure des besoins en morphiniques, et amélioration locale nette avec diminution régression de l'ulcération anale post-radique. Efficacité durable pendant 4 ans.

La médecine hyperbare peut être bénéfique aux patients porteurs de pathologies chroniques, afin d'améliorer la cicatrisation, et notamment sur des terrains particuliers sur lesquels elle est considérée comme délicate (patient diabétique, artériopathe, restauration d'un tissu lésé post radiothérapie, prise de greffe tissulaire sur des terrains difficiles comme la chirurgie plastique après brûlure). L'oxygène sous pression possède 4 types de propriétés : réoxygénation tissulaire, circulatoire, bactéricide, stimulation cellulaire (fibroblastes, ostéoblastes...) et de certains facteurs (VEGF).

Dans notre spécialité, nous sommes régulièrement confrontés à des lésions plus ou moins tardives post radiques : rectite, anite et entérite surtout, dont certaines sont mutilantes, bien que complètement sous estimées et banalisées à tort.

Les études concernant la médecine hyperbare sont prometteuses, mais restent actuellement insuffisantes, avec des effectifs réduits, notamment en ce qui concerne les complications digestives post radiques.

Un traitement par caisson hyperbare peut être une alternative thérapeutique intéressante en cas de complications symptomatiques potentiellement handicapantes, de la radiothérapie.

13 - Résultats à trois ans de la cohorte prospective multicentrique de l'ANGH sur l'Adénocarcinome du Pancréas en Centre Hospitalier (APACH).

R. FAROUX¹, I. RAOTO², R. YEUNG³, F. KHEMISSA⁴ JL. LEGOUX⁵, C. LOCHER⁶, M. BACONNIER⁷, D. GRASSET⁸, C. POUPARDIN⁹, G MACAIGNE¹⁰, R COMBES¹¹, I. BONNET¹², C .BECKER¹³, V QUENTIN¹⁴, A. PELAQUIER¹⁵, RL. VITTE¹⁶, S. MANET-LACOMBE¹⁷, M. BLAZQUEZ¹⁸, K. ELRIZ¹⁹, I ROSA²⁰, J. DIMET¹

1-LA ROCHE/YON , 2-AVIGNON, 3-JOLIMONT, 4-PERPIGNAN, 5-ORLEANS, 6-MEAUX, 7-ANNECY, 8-VANNES, 9-MONTFERMEIL, 10-LAGNY, 11-NIORT, 12-VALENCIENNES, 13-LES SABLES D'OLONNE, 14-ST BRIEUC, 15-MONTELMAR, 16-POISSY, 17-PONTOISE, 18-BRY sur MARNE, 19-CORBEIL ESSONNES, 20-CRETEIL

Introduction : L'incidence de l'adénocarcinome du pancréas (ADKP) qui est d'environ 13 000 nouveaux cas par an en France, est en augmentation. La mortalité reste proche de l'incidence. Cependant on dispose de peu de données dans la vie réelle en dehors des centres de référence.

Objectif principal : Décrire sur une large cohorte prospective multicentrique les caractéristiques épidémiologiques et cliniques actuelles des ADKP, ses modalités de prise en charge en Centre Hospitalier(CH) et connaître les pratiques professionnelles.

Patients et méthodes : Entre octobre 2013 et novembre 2015, tous les nouveaux malades présentant un ADKP prouvé cytologiquement ou histologiquement ont été inclus prospectivement et de façon exhaustive dans 50 centres ANGH (Association Nationale des gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). Ils sont suivis pour une durée maximale de 5 ans. Les données ont été recueillies sur un cahier d'observation électronique. Nous présentons l'ensemble des données épidémiologiques, cliniques ainsi que les résultats de survie trois ans après la fin des inclusions.

Résultats : 1087 patients, de sexe masculin 56%, d'âge moyen 68,2ans (minimum-maximum 30-97)

étaient analysables sur les 1133 inclus. Les antécédents d'intérêt étaient : un diabète (30%), un antécédent personnel de cancer (15,6%), un antécédent familial au 1er degré d'ADKP (4,1%), Une TIPMP (2,8%) et une cirrhose (1,2%). On retrouvait les facteurs de risque suivant : un tabagisme (39%), une consommation excessive d'alcool (26%) et un IMC>25 (40%). Une preuve histo-cytologique était obtenue par la biopsie de la tumeur primitive dans 75% des cas, dont 70% par cytoponction sous échocytologie, et/ou de ses métastases (29%). La tumeur primitive était de localisation céphalique (64,8%) corporelle (20,6%) caudale (14,6%). Il existait des métastases synchrones dans 50% des cas, de localisation : hépatiques (79%), pulmonaires (20%) et/ou péritonéales (28%).

Cent quatre-vingt-seize (18%) patients ont été opérés à visée curative (chirurgie suivie d'une chimiothérapie adjuvante dans 93% des cas) dont duodéno pancréatectomie céphalique DPC (79%) et pancréatectomie gauche (17%). La résection était R0 dans 67% des cas et R1 dans 33% des cas. La chirurgie était réalisée dans 63% des cas en hôpital général. La mortalité post opératoire à 30 jours était de 1,4% et à 90 jours de 3%.

Une chimiothérapie de première ligne était initiée pour 75% des patients métastatiques selon : Folfirinox (43%), Gemcitabine (42%), Nab-paclitaxel (0,8%). Les patients du groupe Folfirinox étaient significativement plus jeunes et plus souvent de performans status 0 ou 1. Une seconde ligne était administrée à 66% des patients après Folfirinox et 30% après Gemcitabine. La survie médiane des patients métastatiques ne recevant pas de chimiothérapie était de 1 mois [0,59-2,10] contre 8,2 mois [3,9-14,9] pour ceux traités par au moins une ligne.

Le taux de survie global à 2 ans était de 18,6% pour l'ensemble de la population. La médiane de survie était de 10,5 mois [4,1-19,8] : 15,3 mois [8,4-non atteint] en l'absence de métastase et 6,1 mois [2,1-12,9] en cas de maladie métastatique d'emblée.

Les patients opérés à visée curative, (18% de la population initiale) ont une survie médiane à 29,5 mois en cas de résection R0 et de 23,4 mois en cas de résection R1 (NS). En analyse multivariée, sur un modèle de base comprenant l'âge, la perte de poids, l'OMS, le tx de bilirubine, de leucocytes la nutrition préopératoire, les transfusions, le type de résection, le T et le N, seuls l'OMS <2, le N0, et une chimiothérapie adjuvante influencent la survie.

Conclusion :

Dans cette large cohorte prospective de patients non sélectionnés suivis pour un ADKP en CH, pour les 18% de patients ayant pu être opérés à visée curative, la survie médiane est de 29 mois en cas de résection R0 et de 23,4 mois si R1. Cependant sur l'ensemble de la population, le pronostic reste mauvais avec une médiane de survie de 10 mois. la

survie sans progression à 3 ans est inférieure à 7%. En analyse multivariée les facteurs pronostics indépendants sont l'OMS < 2, la localisation céphalique de la tumeur, une chirurgie à visée curative et un taux bas de leucocytes . Le caractère multicentrique national de cette cohorte de patients non sélectionnés permet d'avoir une photographie de la présentation actuelle de la maladie en France. Malgré les indéniables progrès de la chirurgie et de la chimiothérapie adjuvante et métastatique, la survie sans progression à trois ans reste exceptionnelle.

Les données seront actualisées lors du congrès
Financement : CRC La Roche sur Yon, Laboratoire MERCK

14 - Des pathologies cardiaque, rhumatologique et dermatologique d'origine digestive.

*Adil Soualy, Marie Trompette, Gilles Macaigne.
CH de Marne la Vallée Service de Gastro-Entérologie*

Un patient âgé de 71 ans avec altération de l'état général évoluant depuis 4 ans, est hospitalisé dans le service en août 2016 pour une diarrhée faite de 3 à 6 selles quotidiennes liquides non glairo-sanglantes, des vomissements et une intolérance alimentaire apparue 3 mois auparavant. Il n'a pas effectué de séjour hors Ile de France au cours de ces dernières années et ne signale pas d'épisode digestif identique antérieur.

Il a comme antécédents une polyarthrite rhumatoïde séronégative avec douleurs articulaires périphériques inflammatoires traitée sans succès par méthotrexate, une péricardite « idiopathique » diagnostiquée 6 mois plus tôt et une ostéoporose sévère avec fractures vertébrales multiples.

L'examen clinique retrouve un homme cachectique (taille 163cm – poids 39 Kg – IMC 14,7) qui présente des lésions purpuriques cutanées des membres inférieurs apparues il y a quelques semaines.

Le bilan biologique initial est le suivant : Hémoglobinémie à 10 g/dL, VGM 82 fL 15 000 leucocytes dont 92% de polynucléaires neutrophiles, CRP à 44 mg/L, hypokaliémie à 3,1 mmol/L, albuminémie à 25g/L. Les taux sériques de vitamine B12, folates, ferritine, TSH sont normaux, les IgA anti-transglutaminases sont indétectables et le bilan infectieux est négatif : coprocultures avec recherche clostridium, ECBU, sérologie VIH.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?

15 - Une jéjunite lupique

*Grégoire SALIN, Guillaume VELUT, Florence SKINAZI, Hélène LABADIE
Centre hospitalier DELAFONTAINE
Service de gastroentérologie 93200 Saint Denis*

Une patiente de 44 ans se présente aux urgences pour des douleurs abdominales aiguës depuis

environ 36h. On note dans ses antécédents un lupus érythémateux systémique à prédominance rénale, articulaire et cutanée traité par Cortancyl, Thalidomide, Plaquenil ; une hypertension artérielle traitée par Irbésartan, une phlébite des membres inférieurs, une infection par le virus ZIKA en septembre 2017 à l'occasion d'un voyage à la Martinique.

Les symptômes débutent brutalement par une diarrhée liquidienne puis apparition de selles noires devenant glaireuses 3h avant le passage aux urgences. Il n'y a pas de fièvre, pas de vomissement, pas de contagé infectieux, pas de prise d'AINS récente mais une prise de macrolide pour une bronchite un mois auparavant. L'examen clinique retrouve une défense en hypochondre droit, des synovites des deux genoux et poignets, des glaires au toucher rectal. La biologie réalisée montre une hémoglobine à 10,8 g/dl, des leucocytes à 7960 G/mm³, des plaquettes à 198 000/mm³. La créatininémie est à 85 µmol/l, la CRP à 236 mg/l, le complément est effondré et le bilan hépatique normal. Les coprocultures et les hémocultures sont négatives, les facteurs anti nucléaires sont positifs avec des Anticorps anti SSA positifs. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne injectée retrouve une jéjunite sans signe de complication, un épanchement pleural bilatéral et péritonéal de faible abondance.

La prise en charge initiale comporte une mise au repos digestif, des inhibiteurs de la pompe à protons double dose, une HBPM à dose préventive, une antibiothérapie par ofloxacine, flagyl et azythromycine ainsi qu'une majoration de la corticothérapie à 60 mg/j. L'évolution est rapidement favorable tant sur le plan digestif qu'articulaire.

Le diagnostic posé est une poussée lupique articulaire et sérite dans un contexte de gastroentérite infectieuse non documentée ou une poussée lupique digestive avec des manifestations articulaires et de sérite.

Nous discuterons des pathologies digestives au cours des maladies systémiques connectivites et vascularites.

16 - Traitement des polypes colorectaux bénins de 20 mm et plus du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique

Bernard Denis, Isabelle Gendre, Philippe Perrin, ADECA Alsace

INTRODUCTION

La résection endoscopique (RE) des gros polypes (GP) colorectaux (>= 20 mm) devient la règle. Suite au dernier congrès de l'ESGE, les rapporteurs de la SFED considéraient qu'il « n'y a plus de place à la chirurgie des lésions bénignes colo-rectales vu le nombre d'outils à notre disposition ». Pourtant, le recours à une résection chirurgicale (RC) n'est pas

si rare en population, variant de 0 à 47% selon l'endoscopiste. But : évaluer le parcours de soins des patients porteurs de GP bénins en population.

PATIENTS ET METHODE

Etude rétrospective de la prise en charge de tous les GP colorectaux bénins diagnostiqués par la 1ère campagne de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans une région.

RESULTATS

8160 coloscopies étaient réalisées par 115 endoscopistes. Parmi elles, 4935 coloscopies réalisées par 88 endoscopistes permettaient le diagnostic de 12.601 polypes dont 676 GP (5,4%) chez 633 patients (460 GP chez 426 hommes). Un GP était présent chez 8% des patients. 55% des GP étaient pédiculés, 34% sessiles et 8% plans. 13% étaient situés dans le rectum, 53% dans le colon distal et 34% dans le colon proximal. Il s'agissait d'adénomes tubulo-villeux (68%), tubuleux (23%), villeux (7%) et de polypes/adénomes festonnés sessiles (2%). 24% étaient en dysplasie de haut grade et 10% le siège d'un carcinome in situ. 540 polypes (80%) de 26 mm de taille moyenne (20 - 70 mm) bénéficiaient d'une RE chez 508 patients. La proportion de GP traités par RE variait selon l'opérateur, la forme, la taille et la localisation du polype : polypes pédiculés (94,9%), lésions sessiles et planes (63,9%), rectum (85,9%), colon distal (91,6%), colon proximal (59,5%), endoscopiste expert (86,4%), non expert (68,6%) (p<0,01). La RE était assurée lors de la coloscopie initiale dans 415 cas (65,5%), lors d'une 2ème coloscopie par le même opérateur dans 48 cas (7,2%) ou par un des 6 opérateurs experts dans 45 cas (7,1%). Le taux global de RE était de 80% et variait de 0 à 100% selon l'endoscopiste. 6 (7%) endoscopistes recevaient des patients adressés par des collègues et étaient considérés comme experts. Leurs taux de succès de RE étaient de 85/91 soit 93% [RE par dissection sous muqueuse dans 10 cas (20 - 60 mm), 9 par un seul opérateur]. 32 (36%) endoscopistes avaient un taux de RE de 90 à 100%, 11 (12%) un taux entre 80 et 100%, et 40 (45%) un taux < 80%. Le taux global de RE des polypes >= 30 mm était de 64% et variait de 0 à 100% selon l'endoscopiste. 136 polypes (20%) de 34 mm de taille moyenne (20 - 90 mm) bénéficiaient d'une RC chez 125 patients (20%). Le recours à la RC était direct après la 1ère coloscopie dans 115 cas (18%), après échec d'une 2ème tentative dans 10 cas (2%) et jamais après recours à un 2ème endoscopiste expert. Plus de la moitié des RC ont été considérées comme abusives : 17 (3%) patients porteurs de GP pédiculés (20 - 45 mm) (cf recommandations American Society for Gastrointestinal Endoscopy 2015) et 66 (10,4%) porteurs de polypes plans ou sessiles de 20 à 39 mm. Les taux de complications étaient de 4,6% pour la RE (dont 6 perforations, 5 traitées endoscopiquement et 1 opérée, 6 hémorragies différées traitées par endoscopie, et 1 arrêt

cardiaque d'évolution favorable) et de 14,4% pour les RC ($p=0,001$).

CONCLUSIONS

8% des coloscopies du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique révèlent un gros polype de 20 mm et plus. Dans la vraie vie, un patient sur 5 porteurs de gros polype(s) est opéré. Le taux de recours à la chirurgie varie de 0 à 100% selon l'endoscopiste. Plus de la moitié des résections chirurgicales sont abusives, sources d'une morbi-mortalité excessive. Les trois quarts des endoscopistes non experts ne recourent jamais à un endoscopiste expert, ce qui constitue une perte de chance pour leurs patients. La dissection sous muqueuse reste confidentielle.

17 - L'endoscopie digestive sous AG dans les centres hospitaliers généraux (CHG) en 2018 : Etude descriptive de pratique ANGH dans 84 CHG.

Gilles Macaigne (1), Jean Pierre Arpurt (2), René Louis Vitte (3), Bruno Lesgourgues (4).

(1) Marne la Vallée, (2) Avignon, (3) Poissy sur Seine, (4) Montfermeil.

Introduction – Objectifs

Les modalités d'organisation de l'endoscopie digestive sous AG (EDAG) dans nos CHG paraissent très hétérogènes. Cette activité peut être localisée dans une unité dédiée d'endoscopie digestive, dans un bloc opératoire central ou dans un bloc ambulatoire polyvalent. Les résultats et interprétations de cette enquête « minute » ont pour objectifs d'effectuer un état des lieux des pratiques de l'EDAG dans nos CHG et pour chacun d'entre nous, d'apporter des éléments concrets dans les discussions menées avec nos administrations.

Malades et Méthodes

Un formulaire en ligne a été adressé à 298 services d'Hépatogastro-Entérologie ou à orientation gastroentérologique de centres ANGH. Deux relances ont été effectuées en l'absence de réponse. Le questionnaire permettait d'évaluer le volume annuel d'endoscopies digestives sous AG et la nature des endoscopies interventionnelles réalisées, les modalités d'organisation et d'encadrement des unités d'endoscopies digestives, le degré de satisfaction des praticiens en fonction de l'organisation en place.

Résultats

Les données concernant 84 centres (28%) ont été recueillies et analysées. Les centres étaient répartis en fonction du nombre annuel d'endoscopies réalisées sous AG : Moins de 1000 : 13 (15%) ; Entre 1000 et 2000 : 25 (30%) ; Entre 2000 et 3000 : 28 (33%) ; Plus de 3000 : 18 (22%). 61 centres (73%) ont une activité d'endoscopie digestive interventionnelle : CPRE dans 46 centres (55%), dilatation et pose d'endoprothèses dans 60 centres (71%), dissection sous muqueuse dans 12 centres

(14%) et écho-endoscopies avec ponction-biopsie dans 37 centres (44%).

Les endoscopies sous AG sont réalisées au bloc opératoire central dans 52 centres (62%), dont 39 (75%) dans une salle dédiée, dans un bloc endoscopique dédié dans 29 centres (34%), dont 18 (62%) attaché au bloc central et dans un bloc ambulatoire polyvalent dans 3 centres (4%). L'EDAG est significativement plus souvent organisée au bloc opératoire central dans les centres ayant une plus faible activité (< 1000 endos sous AG / an) par rapport à ceux ayant une activité plus importante (> 3000 endos sous AG / an), respectivement 92% et 50% ($p < 0,05$).

En cas d'activité au bloc opératoire, la gestion des programmes est assurée en totalité par l'équipe d'endoscopie dans 62% des cas, « l'aide endoscopiste » et la gestion des endoscopes étant assurées par l'équipe d'endoscopie (IDE, AS) dans respectivement 63% et 82% des cas.

Bien que 52% des gastro-entérologues ayant leur activité d'EDAG au bloc opératoire estiment que le bloc opératoire central n'est pas adapté à l'EDAG, les taux de satisfaction de l'activité endoscopique sous AG n'étaient pas différents entre le bloc opératoire central et le bloc endoscopique dédié.

Une pression administrative quant à l'activité des endos sous AG est notée dans respectivement 31% et 40% des centres avec activité au bloc d'endoscopies et au bloc opératoire (NS). Le coût de l'activité n'est connu que d'une minorité des gastro-entérologues.

Conclusion

Dans la majorité des centres ANGH ayant participé, l'activité d'EDAG est organisée au bloc opératoire central (62%) avec un taux de satisfaction identique à celui des centres faisant les endos sous AG dans un bloc d'endoscopie ou dans un bloc ambulatoire polyvalent. La gestion de cette activité est assurée dans plus de 60% des cas par les équipes d'endoscopie elles mêmes. Malgré une pression administrative ressentie dans plus d'un tiers des centres, seule une minorité d'entre nous connaît les coûts d'activité de l'EDAG, très variables d'un centre à l'autre.

18 - Quelle est l'écologie bactérienne des angiocholites ? résultats d'une étude monocentrique de prélèvements endoscopiques de bile

F. Heluwaert, A. Turcry, L. Renaud, L. Tracanelli, E. Abousalihac, I. Lienhart, A. Montchaud, J. Pofelski, M. Baconnier, E. Maillard, E. Thimonier, P. Capony, S. Bland. Centre Hospitalier Annecy Genevois.

L'angiocholite est une urgence thérapeutique fréquente, dont le traitement repose avant tout sur un drainage biliaire endoscopique et une antibiothérapie systémique, le plus souvent par une association ceftriaxone + métronidazole.

L'objectif de ce travail était de connaître les espèces bactériennes retrouvées dans la bile et les hémocultures dans ce contexte.

Dans notre centre, 136 prélèvements de bile, obtenus par aspiration de la bile dès l'introduction du sphinctérotome, associés à l'envoi des prothèses extraites en bactériologie, ont été réalisés lors de cathétérismes rétrogrades successifs pour angiocholites de 2014 à 2016.

Les prélèvements de bile étaient répartis en 3 groupes :

Groupe TEMOIN (n=36) : patients en dehors de tout contexte infectieux (néoplasie pancréatique ou lithiase cholécystienne).

Groupe ANGIOCHOLITE NATIVE (n=56) : survenant chez des patients en angiocholite non préalablement sphinctérotomisés.

Groupe ANGIOCHOLITE SECONDAIRE (n=35) : survenant chez des patients en angiocholite porteurs de prothèses biliaires ou déjà sphinctérotomisés

Dans ce contexte d'angiocholite, les antibiothérapies systémiques prescrites étaient les suivantes :

ceftriaxone + métronidazole (n=55), amoxicilline + acide clavulanique (n=8), pipéracilline + tazobactam (n=6), ofloxacine + métronidazole (n=3) ou aucun ATB (n=15).

La CPRE était réalisée en moyenne 4 jours (1-12) après l'introduction des ATB .

GROUPE TEMOIN :

- Seuls 22% (8/36) des prélèvements étaient stériles
- Les espèces les plus fréquemment identifiées (sup à 10%) étaient : Rothia mucilaginosa, Strepto parasanguis, Strepto salivarius, Actinomyces odontolyticus, correspondant à des germes de la flore buccale (flore permettant d'exclure ces principales bactéries dans les groupes angiocholites).

GROUPE ANGIOCHOLITE NATIVE :

- La bile n'était retrouvée stérile que dans 7,1% (4/56),
- Le nombre moyen de bactéries identifiées dans la bile était 1,33 (0-5),
- Avec en % de présence dans la bile : Enterococcus faecalis (48,2%), E coli (28,5%), Enterococcus Faecium (19,6%), Enterococcus avium (10,7%), Proteus vulgaris (10,7%), pseudomonas aeruginosa (7,1%).

GROUPE ANGIOCHOLITE SECONDAIRE :

- Aucune bile n'était stérile.
- Le nombre moyen de bactéries identifiées était de 2,62 (0-5),
- Enterococcus faecalis (57,1%), E. coli (51,4%), Enterococcus avium (25,7%), Proteus vulgaris (25,7%), Enterobacter cloacae (22,8%), Klebsiella pneumoniae (17,1%), Citrobacter freundii (14,2%), Clostridium perfringens (11,4%), Proteus mirabilis (11,4%), E faecium (8,5%) , E Gallinarum (8,5%), Hafnia alvei (8,5%), Klebsiella oxytoca (8,5%), Prevotella oralis (8,5%)

Seuls 5,5% des témoins était porteur de candida, mais plus grande fréquence dans les angiocholites natives (17,8%) et surtout dans les angiocholites secondaires (25%). La fréquence de bactéries anaérobies était également plus importante dans les angiocholites secondaires.

HEMOCULTURES :

- 24/49 hémocultures se sont révélées positives.
- Les principales bactéries identifiées en hémocultures étaient E coli (n=17), Enterococcus (n=7), Klebsielle (n=2), enterobacter kobei (1), Raoultella (1), proteus (1).
- Les germes identifiés dans les hémocultures sont un reflet partiel et incomplet des germes présents dans la bile.

Cette étude descriptive montre :

Que l'on ne peut obtenir une stérilisation de la bile avec un seul traitement antibiotique

Que le drainage est impératif pour traiter une angiocholite, et qu'il doit être réalisé le plus précocement possible, puisque l'antibiothérapie est constamment insuffisante.

Que l'antibiothérapie habituellement prescrite (C3G + métronidazole) est habituellement efficace sur les germes présents dans les hémocultures (majorité d'E coli), mais habituellement inefficace sur les entérocoques (famille majeure identifiée dans la bile) en raison de la résistance naturelle des entérocoques aux céphalosporines.

- Les angiocholites secondaires ne présentent pas la même répartition que les angiocholites natives d'E coli, de proteus et de klebsielle, d'enterobacter et de citrobacter, ce qui est un argument supplémentaire pour obtenir un drainage rapide, voir l'utilisation de prothèse métallique couverte pour permettre leur ablation et possiblement une antibiothérapie plus large en raison d'une charge bactérienne plus importante et variée.

19 - Apport de l'écho-endoscopie rectale dans la prédiction du type de chirurgie de l'endométriome.

Victor Desplats, Frédérick Moryoussef, Antonio d'Alessandro, Joseph du Cheyron, Morgane Rompteaux, Gilles Roseau, Arnaud Fauconnier, René-Louis Vitte

Introduction et objectif de l'étude

L'endométriome est une maladie sous-diagnostiquée dont la localisations recto- sigmoïdienne peut être responsable de symptômes digestifs non spécifiques (douleurs abdominales, troubles du transit, dyschésie et rectorragies). Deux approches chirurgicales existent : la résection recto-sigmoïdienne (pastille ou résection segmentaire) et la dissection intra-musculaire (shaving). L'objectif de cette étude était d'évaluer si les données

apportées par l'écho-endoscopie rectale (EER) pouvaient prédire le type de geste chirurgical.

Matériel et méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique a été conduite chez des patientes présentant une endométriose avec des localisations recto-sigmoïdiennes évaluées par écho-endoscopie et qui avaient reçu un traitement chirurgical curatif entre janvier 2012 et mars 2018. Une analyse univariée a été réalisée sur les données écho-endoscopiques des nodules d'endométriose (épaisseur, largeur, infiltration de la sous-muqueuse, présence d'une voussure dans la lumière digestive et présence de localisation recto-sigmoïdiennes multiples d'endométriose), suivie d'une régression logistique.

Résultats

Sur 362 patientes pré-incluses traitées, 73 patientes avec endométriose recto-sigmoïdienne ont bénéficié d'une EER avant traitement chirurgical curatif. En analyse univariée, l'épaisseur, la largeur et la présence d'une infiltration de la sous-muqueuse ont été identifiées comme potentiels facteurs prédictifs du type de résection digestive. En régression logistique multivariée, seule l'épaisseur apparaissait comme facteur prédictif (OR= 1,49 ; IC95% [1,04 – 2,12] ; p=0,028). L'analyse de la courbe ROC permettait de prédire qu'une épaisseur de plus de 5,20 mm nécessitait une résection recto-sigmoïdienne avec une sensibilité de 76%, une spécificité de 82% et une AUC de 0,82. Les seuils de 100% de sensibilité et de 100% de spécificité étaient de 0,90 mm et 10,00 mm respectivement.

Conclusion

La présence d'un nodule recto-sigmoïdien d'endométriose de plus de 5,20 mm d'épaisseur mis en évidence lors du bilan pré-thérapeutique par EER prédit la nécessité d'un traitement chirurgical par résection recto-sigmoïdienne. D'autres études prospectives sont nécessaires pour valider ces résultats.

20 - Histological prediction of colorectal polyps by Narrow Band Imaging (NBI): a single center experience

Richard Azevedo, Flávio Pereira, Marisa Linhares, Helena Ribeiro, João Pinto, Ana Caldeira, Cátia Leitão, António Banhudo

Institute(s): Amato Lusitano Hospital, ULS Castelo Branco, Gastroenterology, Castelo Branco, Portugal

Introduction: The use of Narrow Band Imaging (NBI) technology for in vivo histological prediction of colorectal polyps presents high accuracy in Referral Centers, particularly for diminutive polyps, which could be managed by the "resect and discard" strategy and, for sigmoid and rectum polyps, the "diagnose and disregard" strategy. However, the applicability of this practice in Community Hospitals still needs to be determined.

Aims: To determine the accuracy of NBI in predicting histology, according to NICE and WASP classifications, in a Center without previous NBI experience.

Methods: Prospective study including patients submitted to colonoscopy between June 2016 and August 2017. Polyps characteristics: location, size, morphology (Paris Classification), NICE/WASP classification (hyperplastic, sessile serrated, adenoma, invasive carcinoma) and degree of confidence (low:< 90% vs high≥90%). Comparison between NBI classification and histology.

Results: 325 polyps included (147 patients); mean polyp dimension of 6.2mm (58.5% ≤5mm); 88.6% sessile polyps; 61.5% on the left colon. Polyps classification according to NICE/WASP vs. histology: hyperplastic 44 vs. 37.5%; sessile serrated polyps 4 vs 10.5%; adenoma 50.5 vs. 49.5%; carcinoma 1.5 vs. 0%; inflammatory reaction on histology - 3.7%. Adenoma diagnosis using NICE/WASP classification presents an accuracy, sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of 78.4%, 77.4%, 80%, 85.3% and 77.1%, respectively. For left rectosigmoid polyps ≤5mm classified with high confidence level (n=84) the accuracy and negative predictive value were of 85.7% and 87.6%, respectively. Multivariate analysis showed that high confidence prediction and ≥3 polyps/exam had a significant association with correct NBI classification (p< 0.05).

Conclusions: Despite promising, NBI utilization by inexperienced endoscopists did not reach the accuracy and confidence levels recommended in the literature. As so, our results reinforce the need for additional training and monitoring.

21 - Diagnostic et Traitement de l'infection à Helicobacter Pylori au Centre hospitalier d'Annecy Genevois. Apport de la PCR et de la culture pour le diagnostic. Premiers résultats des traitements orientés.

F. Heluwaert, L. Tracanelli, M. Abousalihac, L. Renaud, A. Montchaud, E. Thimonier, I. Lienhart, J. Pofelski, E. Maillard, M. Baconnier, P. Oltean, M. Serrier, P. Capony, S. Bland

Les recommandations actuelles de la prise en charge de l'infection à H. pylori reposent sur l'instauration d'un traitement orienté par les données de l'antibiogramme ou de la PCR. patients et méthodes

Un patient était considéré comme infecté par H. pylori si la culture ou la PCR étaient positives. Les prélèvements à visée bactériologique étaient : Transportés sur milieu Portagerm* Pylori jusqu'au laboratoire de l'hôpital.

bénéficiaient d'une recherche par PCR RIDAGENE RBiopharm (détecte ADN H. pylori et mutations conférant résistance à la clarithromycine)

Étaient mis en culture sur milieu spécifique et étude de la sensibilité des souches déterminée par E-test pour la clarithromycine, la lévofloxacine, la rifampicine et la tétracycline.

Sur ce recueil monocentrique « vraie vie », de janvier 2017 à mars 2018, 1585 endoscopies avec biopsies gastriques à visée bactériologique (PCR +/- culture) et anatomopathologique (antre + fundus) ont été réalisées. 358 patients avaient une PCR et/ou culture positive.

La prévalence de l'infection à H. Pylori était de 22,58% (358/1585).

les résultats de la culture/PCR/histologie de la recherche d'H pylori sont décrits sur le tableau 1 (cf) les taux de résistances primaires sont décrits sur le tableau 2 (cf)

La concordance entre les résultats de la PCR et de la culture était de 95,63% (263/275).

La réalisation de la PCR apparaît suffisante sans culture pour les traitements de 1ère ligne.

la PCR seule permet de proposer un traitement « orienté » de 1ère ligne dans 95,33% des cas (245/257)

Pour les souches H. Pylori CLARITHROMYCINE SENSIBLE (n=97), un TRAITEMENT ORIENTÉ par ESOMEPRAZOLE 40 mg x 2/j + AMOXICILLINE 1 gr x 2/j + CLARITHROMYCINE 500 mg x 2/j pendant 14 jours permet avec une excellente tolérance 94,84 % d'éradication en première ligne.

Pour les souches H. Pylori CLARITHROMYCINE RESISTANTE ou en cas d' ALLERGIE à la PENICILLINE (n=41), un TRAITEMENT par PYLERA* 3 gel x 4/j + OMEPRAZOLE 20 mg x 2/j pendant 10 jours permet 90,24% d'éradication avec un arrêt pour intolérance dans 7,1% des cas.

En conclusion

la prévalence H. Pylori toute endoscopie est de 22,58%

Apport de la PCR en pratique courante pour le diagnostic ++

Confirmation des taux de résistances primaires à la clarithromycine (19,2%) et à la lévofloxacine (11,1%) Révélation de taux importants de résistance primaire à la lévofloxacine sur les souches CLARI R (22,8%)

Indications de traitement dominées par la dyspepsie non ulcéreuse (75%)

7,8 % des patients nécessiteront une surveillance endoscopique malgré éradication

Excellente concordance PCR/culture (95,6%) et contribution majeure pour guider des traitements de première ligne dans un contexte de routine+++

Efficacité attendue des souches CLARI RESISTANTE ou en cas d' allergie à la pénicilline par PYLERA * (90%) Premiers résultats excellents (95%) du schéma EAC 14 sur les souches CLARI SENSIBLE

22 - SANGHRIA : Etude prospective observationnelle multicentrique des hémorragies Ddigestives hautes en centres hospitaliers généraux 2017-2018, premiers résultats descriptifs à 6 mois.

V Quentin, S Nahon, et l'ensemble des investigateurs ANGH

Introduction

Depuis la première enquête de l'ANGH sur les hémorragies digestives hautes en 2005 (1) de nombreux changements sont intervenus avec l'arrivée des anticoagulants oraux directs, la meilleure diffusion des nouvelles techniques d'hémostase endoscopique et la publication de nouvelles recommandations internationales [2], européennes [3] et françaises [4]. Cette communication est l'occasion d'exposer la première analyse descriptive après 6 mois d'inclusion.

Objectifs

Cette étude a pour but d'étudier si l'épidémiologie, les facteurs de risque, la prise en charge endoscopique et le suivi des recommandations se sont modifiés suite à ces évolutions thérapeutiques et de la littérature.

Méthodes

L'étude SANGHRIA (Saignements digestifs hauts ANGH Registre d'Incidence Actualisé) est une étude prospective observationnelle multicentrique dont l'ANGH est le promoteur. Les items étudiés étaient les données du centre investigateur, les données clinico-biologiques du patient, les résultats de l'endoscopie, le suivi évolutif immédiat et à 6 semaines. Les critères d'inclusion concernaient tous les patients présentant une hématomèse, un mélena ou une anémie aiguë avec présence de sang dans l'estomac (gastroscopie, sonde naso-gastrique) survenant en dehors ou au cours d'une hospitalisation. Le recueil des données s'est effectué dans chaque centre par chaque investigateur via un e-CRF.

Résultats

Quarante-trois centres hospitaliers généraux ont participé à cette étude et inclus 1500 patients sur les six premiers mois. Les 900 premiers dossiers complets ont été analysés, de façon exclusivement descriptive, pour cette communication.

La répartition était de 607 hommes et 293 femmes (67%-33%), âgés de 67,8 ans (21-98 ans). Une cirrhose était présente chez 22% des patients (82% de cause alcoolique). Une prise d'aspirine était relevée chez 28% des patients, d'anti-agrégant chez 12% et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez 7%. Vingt pour cent des patients prenaient un anticoagulant oral, dont 56% des anti-vitamine K et 41% des anti-coagulants directs.

Il s'agissait d'hémorragies non hospitalières dans 76% des cas. L'horaire d'arrivée des patients au centre hospitalier était en heures ouvrables dans 63% des cas, 10% des patients étaient en état de choc. L'endoscopie était réalisée chez 98,2% des patients, dans les 24 heures dans 86% des cas (en heures ouvrables dans 88% des cas) et sans anesthésie générale dans 70% des cas. Il existait une aide endoscopiste dans 90% des procédures.

L'endoscopie était décrite comme anormale dans 90% des cas, diagnostiquant la cause la plus probable de l'hémorragie en lien avec une maladie ulcéreuse (329/795), une hypertension portale (143/795), une oesophagite peptique (83/795), une néoplasie (37/795), un syndrome de Mallory-Weiss (36/795) et une anomalie vasculaire (26/795). Parmi les causes ulcéreuses, la localisation prépondérante était duodénale (162/329), dans l'hypertension portale il s'agissait de l'œsophage (108/143) et pour les causes tumorales la localisation gastrique (26/37).

L'endoscopie donnait lieu à un geste d'hémostase dans 32 % des cas, il s'agissait majoritairement dans ces cas de ligatures (37%), de l'injection de sérum adrénaliné (35%) et de pose de clips (35%). On obtenait un arrêt du saignement en fin de geste dans 64% des cas.

Une récurrence survenait dans 10% des cas dans un délai moyen de 5,5 jours (0-40). La médiane de la durée d'hospitalisation post-endoscopie était de 7 jours (écart type 10,3). Le nombre moyen total de culots globulaire transfusés était de 2,13 (0-17). Un recours à la chirurgie avait lieu dans 3% des cas, à la radiologie interventionnelle dans 2%.

Soixante-neuf de ces 900 premiers patients sont décédés pendant l'hospitalisation (7,7%) dont 12 (17%) directement en rapport avec l'hémorragie. A 6 semaines, 111 des 883 patients évaluables (13%) étaient décédés.

Conclusion

Par rapport au travail de 2005, cette première analyse descriptive de l'étude SANGHRIA permet d'observer quelques tendances qu'il faudra cependant pondérer avec l'analyse de sous-groupes des populations hospitalisées vs non hospitalisées : délai de prise en charge endoscopique plus court, taux de traitement endoscopique plus élevé, relative stabilité des taux de récurrence hémorragique, de recours à la chirurgie et de mortalité.

Bibliographie

1. Nahon S et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy* 2012; 44: 998-1006
2. Barkun AN et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper

gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-113

3. Gralnek IM et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2015; 47:933-953.
4. Fiches SFED, *Acta endoscopica* 2012

CENTRES INCLUEURS

(ordre alphabétique)

Angoulême, Annecy, Arles, Aubagne, Avignon, Béthune, Béziers, Cayenne, Cholet, Corbeil – Sud Francilien, Creil, Créteil, Diaconesse Croix Saint Simon, Dreux, Dunkerque, Etampes – Sud Essone, Gap, Gonesse, Haguenau, La Roche sur Yon, Lens, Lorient, Mâcon, Marne La Vallée, Meaux, Melun, Montélimar, Montfermeil, Montsouris, Nevers, Niort, Orléans, Pau, Perpignan, Poissy St Germain, Pontivy, Quimper, Saint Brieuc, Saint Camille, Saint Denis, Saint Malo, Tourcoing, Valenciennes, Vannes, Voiron





Etudes ANGH

● 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

SANGHRIA

Vincent Quentin (St Brieuc) stéphane Nahon (Montfermeil)
toutes les nouvelles sur le blog :

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

Quarante-trois centres hospitaliers généraux ont participé à cette étude et inclus 1500 patients sur les six premiers mois. Les 900 premiers dossiers complets sont analysables. Voir le résumé ci-dessous.

Contact: vincent.quentin@ch-stbrieuc.fr

Hépto Pancreas

PIBAC

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

Contact: xavier.causse@chr-orleans.fr

Inclusions en cours

TEAM-P

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

Contact: agnes.pelaquier@free.fr

Inclusions terminées

COCANASH

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

Contact: hblondon@ch-versailles.fr

KIDEPISIT

Contact: isabelle.rosa@chicreteil.fr

Isabelle Rosa : déterminer qui dépiste et qui envoie les malades ayant une hépatite C nouvellement diagnostiquée ou bien les perdus de vue

Inclusions en cours (450 patients 15/08/2018)

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 Aflibercept pour des patients métastatiques non résécables de cancer colorectaux dans une stratégie multiligne.

Contacts: roger.faroux@chd-vendee.fr

● Etudes terminées

MICI, ANTI-TNF et POST PARTUM VHE MICI

ETUDE DESCRIPT 2



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



Présente-moi ton hôpital : le CHIC un hôpital de proximité avec des centres d'excellence

*Hervé Hagège
Créteil*

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) a été construit en 1937. Cet établissement intercommunal avait été conçu pour répondre aux besoins de proximité tout en prodiguant une médecine qualitative fortement appréciée par la population. L'arrivée en 1969 du CHU Henri Mondor situé à peine à 800 mètres a changé considérablement son fonctionnement.

réalise près de 4000 hospitalisations par an, 10000 actes en consultations et 5000 actes en endoscopie. Dans le cadre du GHT, une collaboration s'organise progressivement entre les 2 services d'hépatogastroentérologie du CHIC et du CHI de Villeneuve Saint Georges. Cette collaboration a été récemment renforcée par une chefferie de service commune. Ces 2 services



Tout en devenant un hôpital asymétrique, complémentaire de Mondor, il a su développer une offre de soins remarquable, faire progresser son plateau technique et rester très attractif pour ses patients comme pour son personnel.

Il s'agit bien d'un CH, mais qui comporte 9 services universitaires ce qui est unique en France. Ces services sont complémentaires des services universitaires du CHU. Au sein du CHIC les services universitaires et non universitaires travaillent en parfaite harmonie et le développement de la recherche clinique bénéficie à tous. Notre CRC (Centre de Recherche Clinique) a été créé en 2012 et depuis le nombre de travaux scientifiques et de publications a pratiquement doublé. Le CHIC est devenu le CH de France qui a le plus de financements MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Enseignement).

Le CHIC comporte 531 lits et il est résolument tourné vers l'ambulatoire avec 89 places d'hôpital de jour. Ce virage ambulatoire est déjà ancien et il a été renforcé institutionnellement avec la création récente d'un pôle à l'activité exclusivement tournée vers l'ambulatoire. Dans cet hôpital, il est réalisé près de 55000 hospitalisations par an, 13000 actes chirurgicaux, 70000 actes d'imagerie et 115000 passages aux urgences.

Au sein du CHIC la pathologie digestive représente la 1^{ère} cause d'hospitalisation. Dans cet axe digestif majeur, le service d'hépatogastroentérologie occupe un rôle central. Il comporte 34 lits dont 10 places d'hôpital de jour. Il



drainent un territoire de 120000 habitants et constituent un pôle digestif fort, au service de la population, avec un rôle de proximité et d'excellence, le CHU voisin constituant une référence dans la gradation des soins.

Le CHIC a su se développer sans concurrence avec le CHU. Il y existe une réelle dynamique institutionnelle avec un foisonnement de projets originaux et ambitieux qui favorisent l'attractivité de notre établissement. L'activité y est en progression constante. Alors même qu'il existe comme partout une pression majeure liée à un manque d'adaptation des moyens à la demande de soins, il règne dans cet hôpital une réelle solidarité et un climat particulièrement agréable. Ce climat, ressenti par tous, les patients comme les professionnels, nous l'appelons la « CHIC touch ».



Présente-moi ton hôpital : le Centre Hospitalier de Marne la Vallée au sein du GHEF

Gilles Macaigne
Jossigny

Situé au sein de la communauté d'agglomérations de Marne-et-Gondoire, le Centre

Orgemont et Saint-Faron), de Jossigny (site de Marne-la-Vallée), de Coulommiers (sites Abel Leblanc et René Arbeltier) et ne compte pas moins de 40 sites extrahospitaliers. Il est composé de 2



Hospitalier de Marne-la-Vallée est l'un des quatre établissements du **Groupe Hospitalier de l'Est Francilien (GHEF)**, GCS de moyens créé en 2005. Le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) est un

000 lits et places, répartis sur 130 services de soins et unités médicales dans lesquels exercent 850 médecins et 5 200 autres professionnels de santé.



nouvel établissement né le 1er janvier 2017, de l'union de trois établissements de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et Psychiatrie du Nord Seine-et-Marne : les centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux et de Marne-la-Vallée. Le GHEF repose sur une ossature médicale unique : 12 pôles de soins de territoire, 3 fédérations de territoire et 3 départements intra polaires. Ils constituent un établissement fusionné de premier plan, le plus grand hôpital français hors Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Ce nouvel établissement regroupe cinq sites hospitaliers sur les communes de Meaux (sites

Le site du GHEF à Marne-la-Vallée est un établissement MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et psychiatrie de 730 lits et places, installés dans un bâtiment neuf de 78 000m², ouvert fin 2012 sur la commune de Jossigny (Seine-et-Marne).

Le site de Marne la Vallée possède un plateau technique comprenant la radiologie avec imagerie en coupes (scanner et IRM), l'imagerie nucléaire avec PET-scanner, la radiothérapie, les endoscopies digestives et bronchiques, les explorations fonctionnelles digestives (manométrie, pH-métrie et élastométrie).



Présente-moi ton hôpital : le GHI Le Raincy-Montfermeil, une vocation de proximité, des spécialités dominantes

Stéphane Nahon
Montfermeil



Le Groupe Hospitalier Le Raincy-Montfermeil, vient de fêter ses 90 ans en 2017. Il est issu de la réunion de trois hôpitaux, tout d'abord l'hôpital historique intercommunal de Montfermeil, terminé en 1935, puis l'hôpital du Raincy fusionné avec l'hôpital de Montfermeil au début des années 2000, et enfin le Moyen Séjour « Les Ormes » qui a rejoint le groupement plus récemment.

Il s'agit d'un hôpital de proximité, qui draine un bassin de population de plus de 400 000 habitants, situé à la partie est du département à la frontière avec la Seine et Marne. L'hôpital est constitué de 630 lits. Il existe des services de spécialités dominantes telles que la Cardiologie, l'Oncologie, Radiothérapie, Isotopies, Chirurgies et bien sûr la Gastroentérologie...

Dans le cadre du GHT, l'hôpital de Montfermeil a été associé à l'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois, et l'hôpital André Grégoire de Montreuil, hôpitaux de format sensiblement identique. L'attribution de l'hôpital support ne s'est pas faite sans difficultés. Toutefois, l'hôpital de Montfermeil, par ses différentes qualités, a obtenu l'attribution d'Hôpital Support.

La mise en place du GHT a été toutefois difficile, aboutissant avec la volonté des trois conseils de surveillance, au souhait d'une direction commune. Nous pensons au sein des trois hôpitaux, que la direction commune devrait permettre de mener plus rapidement les projets notamment transversaux.

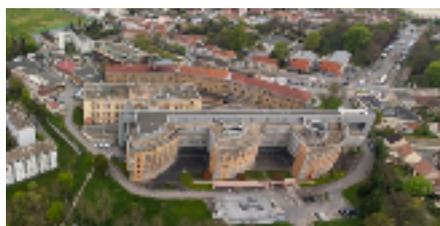
Concernant la Gastroentérologie, l'activité est bien installée à l'hôpital de Montfermeil ainsi qu'à l'hôpital d'Aulnay. Toutefois, depuis juin 2016, l'hôpital de Montfermeil a mis en place une charte de collaboration entre l'unité de Gastroentérologie de l'hôpital de Montreuil et l'hôpital de Montfermeil. Nous travaillons ainsi en équipe mobile de territoire, ce qui a pour avantage d'avoir une équipe renforcée, d'échanger à plusieurs, et de réaliser des actes plus techniques notamment endoscopiques ou des prises en charge plus complexes à l'hôpital de Montfermeil. Ce mode de fonctionnement est probablement l'avenir de la survie dans nos hôpitaux afin que nous puissions travailler avec équipes suffisantes. De plus, une rémunération spécifique est dédiée.

Nous aurons le plaisir d'accueillir dès le 1er septembre 2018 Madame Yolande DINATALE, première directrice du GHT.

Je ne manquerai pas de l'inciter à formaliser l'activité de recherche clinique au sein du GHT, recherche clinique à laquelle vous le savez, je suis très attaché : elle est gage de qualité des soins et attractive à la fois pour les patients et les médecins.

Enfin, je tiens à rendre hommage aux Docteur Nicolas Delas et Bruno Lesgourgues qui ont su me faire confiance

dès 1995 alors que j'étais interne dans le service. Ils ont contribué tous les deux à la fois au développement de l'hôpital et du service de Gastroentérologie et aussi bien sûr de l'ANGH.



Chiffres clés

✓ Activité

630 lits (plans MCC, SSR, L.S.E.D, PAC)

39 500 entrées directes dont 15 700 en hospitalisation de jour et ambulatoire

6 200 interventions chirurgicales dont 50% en ambulatoire

51 000 passages en SMU

112 500 consultations externes

2 500 accouchements

✓ Ressources humaines

1 800 agents non médicaux

330 médecins et infirmiers

✓ Budget

• Exploitation : **153 M€**

• Investissements : **7,9 M€** (en 2016)



Chaque jour
2 000 professionnels
font la force du GHI



Enquêtes minutes ANGH : la maintenance des endoscopes.

Gilles Macaigne (Hôpital de Jossigny)

L'une des forces de notre association est sa capacité de mobilisation en masse. Grâce à cette force de frappe, nous avons déjà mené de nombreuses « enquêtes minutes » en rapport avec nos pratiques professionnelles, celle menée par Hervé Hagège dans ce numéro. Les résultats de la dernière enquête minute réalisée en 2018 concernant **nos pratiques de l'endoscopie digestive sous AG dans nos CHG** seront présentés au cours de notre congrès annuel de Nogent sur Marne.

Figure n°1
Proportions des firmes

- Olympus
- Fujinon
- Pentax
- Autre

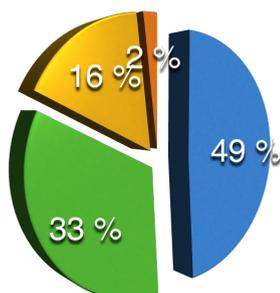
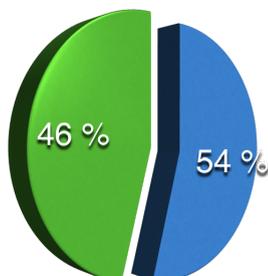


Figure n°2
Satisfaction Maintenance firmes

- Satisfaits/Très satisfaits
- Peu/Pas satisfaits



Au CH de Marne la Vallée, suite à une situation de crise survenue en 2017 en rapport avec des problèmes récurrents de maintenance et réparation des endoscopes, nous avons été obligés d'effectuer des déprogrammations d'examen, faute d'endoscopes fonctionnels. Ces dysfonctionnements de maintenance répétés ont été analysés et différentes explications ont été avancées (gestion des endoscopes, nombre d'opérateurs dont les juniors, parc d'endoscopes insuffisant...) et mesures correctives évoquées. Nous avons notamment mis en cause la société prestataire en charge de nos réparations, (maintenance de « low cost »), et avons dû argumenter notre point de vue auprès du service biomédical. Souhaitant connaître la pratique des autres CHG et les éventuelles difficultés rencontrées dans les unités d'endoscopie digestive, nous avons créé ce questionnaire minute (avec l'aide précieuse de Bruno Lesgourgues) nous permettant d'obtenir en quelques semaines une cartographie détaillée de nos pratiques et filières. Les résultats de cette enquête ont été présentés à nos responsables locaux et, sur leur base, « une remise en question » constructive de nos pratiques de maintenance et réparation a été possible et nous a permis de reconsidérer nos filières initialement économiquement avantageuses.

Cette enquête minute avait donc pour objectifs d'effectuer un état des lieux des pratiques de maintenance des endoscopes digestifs dans nos CHG et d'évaluer nos degrés de satisfaction en fonction de la filière choisie (prestataire de service dit « low coast » versus « firmes fabriquant »). **62 CHG¹** ont répondu au questionnaire. Près de la moitié des centres sont équipés en endoscopes Olympus, 1/3 en Pentax et 16% en Fujinon (figure n°1). La très grande majorité des centres bénéficie d'une maintenance assurée par le fabricant (86%) jugée satisfaisante (Figure n°2), 10% de ces centres ayant fait ce choix suite à l'insatisfaction d'un autre prestataire.

Parmi les 14% de centres insatisfaits de leur « maintenance firme, » 8 centres étaient chez Olympus (29% des centres avec maintenance Olympus), 5 chez Pentax (25%) et 2 chez Fujinon (20%).

La totalité des 8 centres ayant un prestataire dit « low cost » était insatisfaite des prestations.

En résumé, la moitié de nos CHG ayant participé à cette enquête sont équipés d'endoscopes Olympus. La grande majorité d'entre nous assurons la maintenance de nos endoscopes par les « firmes fabricants » avec un taux d'insatisfaction variant de 20 à 30% suivant les firmes. Au contraire **aucun des centres ayant une maintenance assurée par un prestataire de service n'était satisfait.**

Je tiens à votre disposition les résultats détaillés et interprétations de cette enquête (gmacaigne@ch-marnelavallee.fr)

1. Liste des CHG participants à l'enquête : Aix, Aubagne, Aulnay sous Bois, Aurillac, Avignon, Bethunes, Blois, Bourg en Bresse, Bry sur Marne, Carcassonne, Cavaillon-Lauris, Dunkerque, Eaubonne, Gap, Gonesse, Grande Synthe, Hagueneau, Hyères, IMM, La Roche sur Yon, Le Chesnay, Macon, Narbonne, Neuilly, Orléans, Pau, Perpignan, Poissy, Pontivy, Quimper, Saint-Brieuc, Saint-Denis, Saint-Joseph Paris.



Résultats de l'enquête express réalisée par l'ANGH

sur la pratique de l'endoscopie digestive en Centre Hospitalier
 Hervé Hagège (Créteil), Bruno Lesgourgues

La réforme du 3ème cycle des études médicales a été mise en place en novembre 2017. Elle va modifier considérablement la formation des futurs hépato-gastroentérologues. Ce 3ème cycle se divise en 3 parties. Après une phase socle d'une année, la phase de perfectionnement dure 2 ans avant le soutien de la thèse. La dernière année correspond à une phase de mise en responsabilité pour l'interne qui est docteur en médecine. Clairement, pour une spécialité aussi vaste, cette formation doit être portée de 4 à 5 ans afin de permettre une formation réellement optimale, notamment aux techniques endoscopiques.

Cette demande est portée par l'ensemble de la profession et les internes eux-mêmes soucieux de la qualité de leur formation. Or, ce besoin de formation est nettement sous-évalué par nos pouvoirs publics qui estiment que les hépato-gastroentérologues pratiquent peu l'endoscopie.

C'est dans ce contexte, après une sollicitation de notre Conseil National Professionnel (CNP), que cette enquête a été effectuée au sein de l'ANGH. Même si notre investissement en endoscopie est une évidence pour nous, il fallait le démontrer.

L'objectif était donc d'évaluer le pourcentage d'hépato-gastroentérologues pratiquant régulièrement des endoscopies digestives.

Méthodologie :

Cette enquête a été réalisée en un temps record via un questionnaire envoyé par internet aux membres de l'ANGH. Trois envois ont été réalisés les 2, 7 et 9 novembre 2017.

Résultats :

Les réponses au questionnaire ont été rapides et massives : 121 médecins hépato-gastroentérologues (HGE) ont répondu. Cela représentait **96 centres hospitaliers** (CH) répartis sur l'ensemble du pays (cf carte et liste des villes)

Nombre d'HGE travaillant dans ces 96 CH :

Nombre de PH à temps plein : 334

Nombre de PH à temps partiel : 62

Nombre d'assistants : 73

Nombre de praticiens attachés : 78

Nombre total de médecins HGE : 547, soit 15,9% des 3432 HGE français et 36,7% des 1492 HGE salariés (cf recensement 2016 du Conseil National de l'Ordre)

En moyenne 5,7 médecins HGE travaillent dans chaque CH.

Cette enquête a permis de montrer l'importance de l'activité d'endoscopie digestive dans nos hôpitaux et le fort investissement des hépato-gastroentérologues travaillant en CH.

Nombre d'hépato-gastroentérologues ne réalisant jamais d'endoscopie : le nombre d'HGE ne réalisant jamais d'endoscopie ni à l'hôpital public, ni en libéral n'était que de 12, soit 2,2% seulement des 547 HGE.

Nombre d'endoscopies réalisées dans les centres :

Dans les 96 CH ayant participé à l'enquête 300.764 endoscopies ont été réalisées en 2016, soit en moyenne 3.133 endoscopies par centre.

Chaque HGE réalise en moyenne 562 endoscopies par an dans son CH. Cette estimation ne prend pas en compte les endoscopies réalisées par les PH à temps partiel et les praticiens attachés dans le cadre de leur exercice libéral.

Implication de ces HGE dans la continuité des soins en endoscopie :

La majorité des CH organisent des astreintes pour assurer les endoscopies urgentes la nuit, le week-end et les jours fériés.

Astreinte opérationnelle en semaine et/ou le week-end : 77 (80,2%)

Astreinte de sécurité : 11 (11,5%)

Pas d'astreinte : 8 (8,3%)

Conclusions

Les données de cette enquête montrent que 97,8% des HGE français travaillant en CH réalisent régulièrement des endoscopies digestives.

Plus de 300.000 endoscopies par an sont effectuées par ces 547 médecins travaillant dans les 96 CH ayant participé à l'enquête. En tenant compte des périodes de congés cela représente pour chaque praticien près de 14 endoscopies par semaine.

Les CH réalisent dans 80% des cas des astreintes opérationnelles pour assurer la continuité des soins en endoscopie.

Ces informations ont été transmises par notre CNP aux pouvoirs publics afin d'étayer notre demande de prolongation de formation des internes de 4 à 5 années.

Nous remercions sincèrement tous les collègues ayant participé à cette enquête. Notre remarquable réactivité démontre le dynamisme de l'ANGH.



Abbeville, Agen, Angers, Angoulême, Annecy, Arras, Aubagne, Auch, Aulnay sous Bois, Aurillac, Avignon, Bar le Duc, Bastia, Bayeux, Bayonne, Belfort, Béthune, Béziers, Blois, Bordeaux, Bourgoin Jallieu, Bry sur Marne, Cahors, Cannes, Capbreton, Carcassonne, Cavailon, Cayenne, Chalons-sur-Saône, Charleville, Chartres, Château Gontier, Cholet, Corbeil-Essonnes, Creil, Créteil, Dax, Draguignan, Dreux, Dunkerque, Figeac, Flers, Gap, Haguenau, La Rochelle, Lannion, Laval, Le Chesnay, Le Creusot, Libourne, Longjumeau, Lorient, Marne la Vallée, Martignes, Meaux, Melun, Metz, Montfermeil, Montluçon, Mulhouse, Nevers, Orlon-Sainte Marie, Orléans, Paris, Pau, Perpignan, Ploërmel, Poissy, Pontoise, Pringy, Quimper, Rambouillet, Rochefort/ Mer, Rodez, Roubaix, Valenciennes, Saint-Brieuc, Saint-Chamond, Saint-Denis, Saint-Nazaire, Salon de Provence, Sens, Talence, Thionville, Toulon, Tourcoing, Troyes, Vannes, Versailles, Vesoul, Vichy, Villeneuve-Saint-Georges, Vire.



Cotisation

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

Une association loi 1901 telle que l'ANGH a besoin d'un grand nombre d'adhérents en règle de leur cotisation. Cette cotisation vous permet d'entrer sur la partie adhérent du site internet et de bénéficier ainsi de divers documents en téléchargement comme les diaporamas du congrès.

Vous pourrez aussi bénéficier d'une participation de l'ANGH aux frais de déplacement pour vous rendre au congrès.

Merci d'avance de votre implication effective dans la vie de l'association. Le montant de la cotisation a été fixé par le Conseil d'Administration à 35 €. (L'inscription est gratuite pour les assistants spécialistes et les internes)

Règlement par chèque à l'ordre de l'A.N.G.H ou mieux par carte bancaire : http://www.angh.org/fra/pages_dyna.php?idpage=741



PayPlug



Je règle la cotisation par carte bancaire

ANGH Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux

Les actualités de l'ANGH

- 23/05/2018 **Burnout des gastroentérologues ?**
- Flash
- 03/06/2018 **Congrès ANGHVal d'EST 2018**

298 OHC pour activité d'hépatogastroentérologie

AFRIQUE DU NORD AFRIQUE OCEANIE Pacifique

Envoyer à un confrère
Nous contacter

ADHÉRENTS
cliquez ici

Présidente

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Secrétaire Général

Dr Denis Grasset (Vannes)

Trésorier

Dr Arnaud Boruchowicz
(Valenciennes).

Conseil d'Administration

Dr J.Pierre Arpurt (Avignon)

Dr Aurore Baron (Corbeil)

Dr Arnaud Boruchowicz
(Valenciennes)

Dr Claire Charpignon (Paris)

Dr Bernard Denis (Colmar)

Dr J.Pierre Dupuychaffray (Angoulême)

Dr Roger Faroux (La Roche sur Yon)

Dr Denis Grasset (Vannes)

Dr Hervé Hagège (Créteil)

Dr Mehdi Kaassis (Chollet)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Gilles Macaigne (Lagny)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Thierry Paupard (Dunkerque)

Dr Arnaud Pauwels (Gonesse)

Dr Magali Picon (Aix en Provence)

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

Dr A. Jean Remy (Perpignan)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Dr R.Louis Vitte (Poissy)

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).

Conseil scientifique - 2018 -

Président : Stéphane Nahon
(Montfermeil)

Membres

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Armand Garioud (Creil)

Dr Frédéric Heluwaert (Annecy)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Agnès Pélaquier (Montélimar)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne)

IMPRIMÉ PAR

SAXOPRINT 

Directeur Publication : Dr Bruno Lesgourgues

Comité de rédaction

Dr Camille Barrault Dr Hervé Hagège

Dr Stéphane Nahon Dr Vincent Quentin

Maquette : Dr Bruno Lesgourgues

Crédit Photographique : Bruno Lesgourgues, Elliott Nahon Hôpitaux de
Créteil Intercommunal, Jossigny Marne la Vallée, GHI Le Raincy
Montfermeil

Dépôt légal Septembre 2018 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 800 exemplaires Septembre 2018

EPCLUSA (sofosbuvir/velpatasvir)
comprimés pelliculés 400mg/100mg

L'ESPRIT LIBRE

-  **Pangénotypique**
Efficace quel que soit le génotype, du G1 au G6* (1,2)
-  **Tous stades de fibrose**
Recommandé à différents stades de fibrose :
de F0 à F4, y compris chez les patients
avec cirrhose compensée ou décompensée** (1)
-  **1 seul comprimé par jour**
Sans contrainte alimentaire
ni horaire*** (1)
-  **1 durée unique de traitement :**
12 semaines**** (1)
-  **Peu d'interactions
médicamenteuses**
permettant
une compatibilité
avec la majorité
des traitements (2)



www.gilead.com | EPCLUSA - 05/11/16 - N° de véa : B2116141315387/001 - 05/15/2016

EPCLUSA est indiqué pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les adultes (voir rubriques 4.2, 4.4 et 5.1 du RCP EPCLUSA). (1)

Pour les informations concernant la stratégie thérapeutique, veuillez consulter l'avis de la commission de la transparence EPCLUSA du 19 octobre 2016 (2) (document disponible sur www.has-sante.fr).

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

* Démontré dans les études ASTRAL. Les données sont limitées chez les patients G4, G5, G6.

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

*** Il est recommandé de respecter un rythme régulier de prise.

**** Un traitement par EPCLUSA + ribavirine pendant 24 semaines peut être envisagé chez les patients en attente d'un traitement précédant comportant un interféron ou la NS5A et qui sont considérés comme à haut risque de progression clinique de la maladie et n'ayant pas d'autres options thérapeutiques.

1. RCP EPCLUSA, 2. Feld JJ et al. Sofosbuvir and velpatasvir for HCV genotype 1, 2, 4, 5 and 6 infection. *N Engl J Med* 2015;373(27):2599-2607. 3. HAS. Avis de la Commission de la Transparence EPCLUSA du 19 octobre 2016.



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

PANGÉNOTYPIQUE (1,2) & TOUS STADES DE FIBROSE (1,3)