

## Communications orales en synthèse

### **Gastrostomie per cutanée (GPE) chez les malades ne pouvant consentir, pourquoi ? pour qui ? comment ? Résultats d'une enquête chez les gastro-entérologues (GE) de Midi-Pyrénées.**

1 Luc Escudié, 1 Jean-Louis Payen, 2 Francis March, 1 Miguel Carreiro, 1 Christian Seigneuric.  
1 Service de médecine, Hôpital de Montauban BP 765 82013 Montauban . 2 Hospitalisation à Domicile, 78 Bd des Etats Unis 31000 Toulouse.

Nous avons tous, un jour, dans notre pratique endoscopique, placé une GPE chez un patient incapable de donner son consentement éclairé. Le but de notre travail a été de rechercher les conditions dans lesquelles se prenaient la décision de la réalisation de ce geste technique, lourd de conséquences pour le malade et pour les familles. Méthode : Un questionnaire centré sur le problème éthique posé par ce geste comprenant 9 questions a été adressé à tous les GE de la région Midi-Pyrénées le 15 mai 2005, associé à un courrier d'accompagnement expliquant que nous souhaitions recueillir les informations concernant le dernier patient vu par le spécialiste sollicité pour cet examen endoscopique, considérant que la décision ne dépendait pas de ce cas particulier mais de la situation singulière que posait en général les malades incapables de donner leur consentement éclairé. Résultats : 41 % des GE ont répondu grâce à l'enveloppe pré-timbrée fournie, au 14 juin 2005. Les réponses au questionnaire sont les suivantes : 1) dans 95 % des cas le GE était informé de l'incapacité du patient à s'exprimer avant le geste ; 2) dans seulement les 2/3 des cas il connaissait l'information reçue par la famille ou une personne ressource ; 3) un tiers des GE était au courant du type d'alimentation du patient avant la pose de la GPE et notamment de la présence ou non d'une sonde nasogastrique ; 4) le motif de pose de la GPE était connu dans tous les cas ; 5) dans 85% des cas le GE avait des informations sur le pronostic du patient et sur l'intérêt en terme de qualité de vie attendu par la pratique du geste ; 6) dans 88 % des cas le GE était contacté directement par le médecin prescripteur ; 7) seul 1/3 des GE possédaient un document spécifique pour la mise en place d'une GPE ; 8) dans 85 % des cas le GE était informé qu'à défaut du consentement éclairé du patient, l'accord d'une personne ressource avait été demandé par le prescripteur ; 9) enfin, seul 50 % des GE avaient participé à une discussion collégiale concernant le bien fondé de l'indication de la GPE. Discussion : Les réponses indiquent qu'une fois sur deux le GE sollicité pour mettre en place une GPE est simplement prestataire de service, même s'il détient un certain nombre d'informations sur le patient, il n'intervient donc pas dans la décision. Or, ce geste et loin d'être anodin, grevé d'une mortalité de 0,9 % (0-2) et d'une morbidité de 16 % (6-28), cette pratique n'évite pas, le plus souvent, les complications pour lesquelles elle est le plus souvent prescrite (inhalation ...) et entraîne une rupture du lien que représentait le rituel du repas. Conclusion : Nous préconisons l'instauration d'une véritable discussion collégiale avant la mise en place d'une GPE chez les malades ne pouvant consentir ; cet instant de partage autour de la décision permettrait au GE d'apporter sur le plan technique toutes ses connaissances techniques concernant la pratique du geste, avantages mais aussi limites, ainsi que son avis sur le plan éthique dans l'indication du geste.

**TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES VERS DES INFIRMIERES CLINICIENNES SPECIALISEE EN HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE. EXPERIMENTATION AU CH DE MONTELMAR POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'HEPATITE C.**

B. NALET , C. RIOU - Service de Gastro-entérologie - Centre Hospitalier - 26200 Montélimar.

En Octobre 2003, le rapport BERLAND sur la démographie médicale proposait un transfert de tâches vers certaines professions para-médicales pour faire face en partie à une diminution du nombre de médecins. Ceci avait pour autre but d'améliorer la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels et de réorganiser le système de soins en fonction des qualifications et des compétences de chacun. De nombreuses expériences de consultations infirmières dans le domaine de l'éducation ont montré leur intérêt pour la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Aucune évaluation réelle de ces pratiques n'a été réalisée. Le service de gastro-entérologie du Centre Hospitalier de Montélimar s'est inscrit dans le cadre de cette expérimentation qui a débuté en Octobre 2004 avec transfert de tâches vers une infirmière pour les patients atteints d'hépatite C. Méthode : L'infirmière référente avait une responsabilité d'éducation depuis de nombreuses années et un temps de 15 % pour s'occuper des patients atteints d'hépatite C et animait le réseau local. Elle connaissait donc la pathologie et était formée à l'écoute. Pour débiter l'expérimentation, il a fallu attendre la création du poste et également le décret permettant la dérogation au décret de compétences infirmier. L'infirmière fait des consultations autonomes au moment du diagnostic de la maladie, pendant la durée du traitement et en dehors de celui-ci. Elle participe à l'initiation du traitement, éduque le patient à l'auto-injection, l'informe sur la pathologie et les effets secondaires du traitement. Pendant le traitement, elle fait des consultations de suivi adaptant la posologie de la bithérapie en fonction de protocoles. Elle peut délivrer au patient des ordonnances pré-établies pour la surveillance biologique et la gestion des effets secondaires les plus courants. En dehors des consultations programmées elle est disponible pour des consultations supplémentaires notamment téléphoniques pour répondre aux besoins du patient. Des outils spécifiques ont été élaborés : cahier d'observation commun médecin-infirmière, fiches d'informations sur l'expérimentation pour les patients, les médecins traitants et les infirmiers libéraux, fiche de recueil du consentement écrit du patient, recueil informatique exhaustif de l'ensemble de l'activité de l'infirmière. L'expérimentation a débuté en novembre 2004. Au 15 juin elle a concerné une file active de 70 patients dont 20 ont été suivis pour un traitement. Au terme de l'expérimentation on évaluera : - pour le patient : sa satisfaction et celle de son entourage, l'observance thérapeutique et les résultats d'un éventuel traitement ; - pour l'infirmière : l'activité de consultations programmées ou non programmées, le temps moyen de consultations, les difficultés rencontrées... - pour le médecin : la modification du nombre de consultations et le temps épargné... Cette évaluation sera réalisée par une personne non impliquée dans l'expérimentation. Les résultats seront rendus publiques au 1er trimestre 2006. Conclusion : Cette expérimentation permettra sans doute de valider des collaborations pré-existantes dans d'autres établissements. Elle ouvre la possibilité de promotion dans la carrière infirmière sans s'écarter de la dimension de soins. Cette collaboration entre les professions de santé est indispensable à une bonne prise en charge des patients atteints de maladie chronique.

ANGH Copyright 2005

## Evaluation de la qualité des soins en endoscopie : audit de 400 CPRE

Bernard Denis, André Peter Service de Médecine A - Hôpitaux civils de COLMAR (Haut-Rhin)

La cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE) a les caractéristiques requises pour relever d'un programme d'amélioration de la qualité : c'est un examen complexe, à risque et coûteux qui mobilise des ressources importantes. L'American Society for Gastrointestinal Endoscopy recommande l'adoption d'une démarche d'amélioration de la qualité avec enregistrement systématique d'un certain nombre d'indicateurs. Le but de ce travail était d'évaluer la qualité des CPRE réalisées dans notre unité d'endoscopie dans le but de l'améliorer. Patients et méthodes : Audit prospectif de 400 CPRE consécutives réalisées par deux opérateurs entre le 1/7/2002 et le 15/3/2005. 45 critères de processus et de résultats étaient colligés pour chaque examen. Les complications étaient recensées sur un registre morbi-mortalité. Résultats : les CPRE concernaient 239 femmes et 161 hommes d'âge moyen de 69 ans (extrêmes 21-99 ans). 27,5 % d'entre eux provenaient d'un autre établissement. 28,3 % avaient un score ASA 3. Les 2 opérateurs se partageaient respectivement 55,5 % et 40,5 % des examens et 4 % étaient réalisés à 4 mains. 143 CPRE (35,8 %) étaient précédées d'une échoendoscopie (EE) réalisée dans 133 cas (93 %) au cours de la même anesthésie (65 fois pour pathologie lithiasique, 48 fois pour pathologie tumorale). Au cours de la même période, 454 EE bilio-pancréatiques étaient réalisées dont 217 (47,8 %) en salle de radiologie pour permettre la réalisation, si nécessaire, d'une CPRE immédiatement après l'EE au cours de la même anesthésie générale. Les résultats de ces EE préalables permettaient d'éviter la réalisation d'une CPRE dans 84 cas (38,7 %). L'indication de la CPRE était diagnostique dans 36 cas (9 %), thérapeutique dans 182 cas (45,5 %) et mixte dans 182 cas (45,5 %). Les principales indications étaient : lithiase biliaire (n = 263 soit 65,8 %), pathologie tumorale (n = 108 soit 27 %) , pathologie inflammatoire (n = 25) et complications post-opératoires (n = 5). Il s'agissait d'un premier examen sur papille « vierge » dans 82,8 % des cas et d'une deuxième tentative après échec préalable dans 3 % des cas (la moitié avec opérateur différent). Dans 57 cas (14,3 %), la papille était le siège d'une sphinctérotomie préalable. La papille était en situation anatomique normale dans 335 cas (83,8 %), juxta-diverticulaire dans 54 cas (13,5 %) et intra-diverticulaire dans 15 cas (3,8 %). Deux CPRE ont été réalisées dans un contexte de gastrectomie avec anastomose selon Polya et 7 avec un drain transcystique en place. En intention de traiter, les taux de succès étaient respectivement de 91,5 % pour la cholangiographie, 95,7 % pour la Wirsungographie, 89,1 % pour la sphinctérotomie, 88,6 % pour l'extraction de calculs et 76,1 % pour la pose de prothèse biliaire. Une infundibulotomie était nécessaire dans 31 cas (7,8 %). Elle permettait d'accéder aux voies biliaires dans 87,1 % des cas (71 % au cours de la même séance et 16,1 % lors d'une deuxième tentative ultérieure). Le taux de succès de la cholangiographie variait significativement selon les conditions anatomiques et l'indication : anatomie normale (93 %), papille juxta-diverticulaire (94,3 %), papille intra-diverticulaire (53,3 %), gastrectomie selon Polya (50 %) ; drain d'Escat en place (100 %) ; pathologie lithiasique (94,7 %) et pathologie tumorale (86,8 %) (p < 0,01). En pathologie lithiasique, la vacuité de la voie biliaire principale n'était pas obtenue dans 30 cas (11,4 %) : 14 échecs de cholangiographie, 3 échecs de sphinctérotomie et 13 échecs d'extraction des calculs. Une lithotritie mécanique était nécessaire dans 46 cas (17,5 %). En pathologie tumorale, 21 échecs de drainage des voies biliaires étaient comptabilisés (23,9 %) : 14 échecs de cholangiographie dont 2 dus à une sténose digestive empêchant d'accéder à la papille, 2 échecs de sphinctérotomie et 5 échecs de pose de prothèse. Les taux de succès n'étaient pas significativement différents entre les 2 opérateurs, sauf pour la cholangiographie dans un contexte tumoral (p < 0,01). Dans 16 cas d'échec de cholangiographie, le changement d'opérateur débouchait 3 fois sur 4 sur un succès. 18 complications (4,5 %) étaient colligées dans notre registre : 3 pancréatites aiguës dont 1 sévère, 3 angiocholites, 3 abcès hépatiques,

1 cholécystite aiguë précoce, 1 perforation de sinus piriforme, 1 hémorragie et 4 complications cardio-respiratoires dont 1 décès par arrêt cardio-circulatoire. Il n'y avait pas de différence selon l'opérateur, l'indication et selon qu'il y ait eu ou non infundibulotomie. L'analyse des coûts des matériels utilisés est en cours. Conclusion : cet audit nous a permis de nous évaluer et de modifier certaines de nos pratiques pour améliorer la qualité de nos CPRE : travail à 4 mains, recours à une deuxième tentative en cas d'échec. Nos résultats, reflète de la vraie vie, sont comparables à ceux publiés dans la littérature.

**PRISE EN CHARGE DES MALADES CO-INFECTES VIH-VHC EN HOPITAL GENERAL : RESULTATS DU TRAITEMENT ANTI-VHC.**

Isabelle Rosa, Alice Yap, Valérie Garrait, Isabelle de Lacroix, Brigitte Elharrar, Violaine Ozenne, Gaëlle Pileire, Thierry Lons, Hervé Hagège, Michel Chousterman. Service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne, CHI de Créteil

Le traitement de l'hépatite C chez les malades co-infectés VIH-VHC est devenu une priorité du fait d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité liée à l'hépatite C chez ces malades. Le but de ce travail était d'évaluer les résultats du traitement de l'hépatite C chez des malades co-infectés bénéficiant d'une prise en charge pluridisciplinaire par une double équipe d'infectiologues et d'hépatologues, au sein d'une même service, en hôpital général. Malades et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective conduite d'octobre 2000 à mai 2005. 442 malades étaient suivis pour une infection par le VIH et 73 (16%) étaient co-infectés par le VHC. Parmi ces malades, 60 (82 %) ont eu une « prise en charge hépatologique ». Trente malades n'ont pas été traités (8 refus, 7 contre-indications psychiatriques, 8 absences d'indication hépatique (5 scores F0/F1, 3 PCR C négatives) et 7 contre-indications liées au VIH ou générale). Parmi les 30 malades traités, 23 malades ont achevé leur traitement antiviral C à la fin de l'étude et 7 sont en cours de traitement. Les caractéristiques des malades traités étaient les suivantes: hommes 54 % ; âge  $44 \pm 8$  ans; mode de contamination des deux virus: toxicomanie intraveineuse 68 %, hétérosexuelle 18 % et transfusion 14%. 50 % des malades étaient au stade C selon la classification CDC d'Atlanta (CD4 :  $515 \pm 239$  /mm<sup>3</sup>; charge virale VIH moyenne: 10 800 copies/ml). Les malades étaient traités par trithérapie dans 20 cas, par bithérapie dans 2 cas et 1 malade n'avait pas de traitement anti-rétroviral. Concernant l'hépatite C, les malades étaient infectés par un génotype 1, 2, 3 et 4 dans respectivement 15, 2, 3 et 3 cas. 64 % des malades avaient une charge virale C > 850 000 UI/ml. Une biopsie hépatique avait été réalisée chez 21 malades sur 23. Selon Metavir, le score moyen d'activité était de 2 et le score de fibrose moyen était de 3. Sept malades (33%) avaient une cirrhose. Les malades ont tous reçus de l'Interféron pegylé en association à la Ribavirine à des doses allant de 800 à 1200 mg par jour. La durée moyenne de traitement était de 7,8 mois. Résultats : Une réponse virologique prolongée a été observée chez 5/23 (22 %) malades. Le traitement a dû être arrêté en raison d'une non réponse dans 7 cas et de façon prématurée dans 5 cas (4 dépressions ou décompensations d'une psychose et 1 toxidermie). Une anémie avec hémoglobémie inférieure à 10 g/dl est survenue chez 5 malades et un traitement par érythropoïétine a été instauré chez 4 d'entre eux. Chez un malade, un traitement par facteurs de croissance a été débuté en raison d'une neutropénie <500/mm<sup>3</sup>. La perte de poids était de  $3 \pm 2,6$  kg en moyenne. Deux malades ont eu une élévation isolée des lactates sans autre signe en faveur d'une cytopathie mitochondriale. Aucune complication liée au VIH n'est survenue en cours de traitement. Conclusion : Parmi les malades co-infectés par le VIH-VHC suivis dans notre hôpital, 60% des malades ont pu être traités, avec un taux de réponse virologique prolongée de 22%. Vingt pour cent des malades ont arrêté leur traitement pour effet indésirable. Dans notre expérience, une prise en charge pluri-disciplinaire favorise l'accès au traitement de ces malades.

**ETUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE DE L'INCIDENCE DE L'INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE CHEZ LES MALADES CIRRHOTIQUES : EVALUATION DE L'INTERET DIAGNOSTIQUE DE LA BANDELETTE REACTIVE MULTISTIX 8 SG®.**

JB Nousbaum (1); JF Cadranet (2); P Nahon (3); E Nguyen Khac (4); D Lebrec (5); T Thévenot (6); C Silvain (7); C Bureau (8); O Nouel (9); C Pilette (10); T Paupart (11); G Vanbiervliet (12); F Oberti (13); T Davion (14); V Jouannaud (2), JC Duclos-Vallée (15); PH Bernard (16); S Beaulieu (17); O Danne (18); D Thabut (19); C Chagneau-Derrode (7); V de Ledinghen (20); JC Paris (21); A Pauwels (22); JP Bronowicki (23); F Habersetzer (24); A Abergel (25); JC Audigier (26) ; T Sapey (27); JD Grangé (28);(29)Guy bellaiche, A Tran (12); Club Francophone Pour l'étude de l'HTP (7); Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux (1) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Brest; (2) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Creil; (3) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Bondy; (4) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Amiens; (5) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Clichy; (6) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Cambrai; (7) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Poitiers; (8) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Toulouse Purpan; (9) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Saint-Brieuc; (10) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Le Mans; (11) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Dunkerque; (12) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Nice; (13) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Angers; (14) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Lens; (15) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Villejuif; (16) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Bordeaux Saint-André; (17) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Poissy; (18) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Pontoise; (19) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Paris Pitié-Salpêtrière; (20) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Bordeaux Pessac; (21) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Lille; (22) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Gonesse; (23) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Nancy; (24) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Strasbourg; (25) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Clermont-Ferrand; (26) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Saint-Etienne; (27) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Chateauroux; (28) Hépatogastroentérologie, Hôpital, Paris Tenon; (29) Hépatogastroentérologie, Hôpital Aulnay sous Bois

But Le diagnostic d'infection du liquide d'ascite (ILA) chez les malades atteints de cirrhose repose sur la détection dans l'ascite d'un nombre de polynucléaires neutrophiles supérieur à 250/mm<sup>3</sup>. La prévalence de l'ILA semble très faible chez les malades ambulatoires. Il a été suggéré que le diagnostic d'ILA pourrait être simplifié par l'utilisation de bandelettes urinaires réactives (BU). Les études publiées ont été limitées à 1 ou 2 centres et ont porté sur un faible nombre de patients avec ILA. Les buts de l'étude étaient: a) évaluer l'incidence de l'ILA dans le cadre d'une étude multicentrique prospective, chez des malades hospitalisés et ambulatoires ; b) évaluer la performance diagnostique de la bandelette Multistix 8 SG®. Patients et Méthodes De janvier à mai 2004, lors de chaque ponction d'ascite, 2 BU ont été testées en double insu, conjointement à l'analyse du liquide d'ascite chez des malades hospitalisés ou ambulatoires, avec ou sans symptôme évocateur d'ILA. Les cultures du liquide d'ascite étaient effectuées sur des flacons d'hémoculture aérobie et anaérobie. Résultats 2123 fiches ont été colligées chez 1069 malades, provenant de 70 centres. 117 infections du liquide d'ascite ont été enregistrées durant la période de l'étude, dont 56 avec identification d'un germe, et 60 bactérascites. La prévalence de l'ILA était de 5,5 % dans la population globale: 9 % chez les malades hospitalisés, 1,33 % chez les malades ambulatoires, dont 0,67 % chez les malades asymptomatiques. Lorsqu'au moins une des 2 bandelettes indiquait une croix ou plus, la sensibilité (Se), la spécificité (Sp), la valeur prédictive positive (VPP), la valeur prédictive négative (VPN), étaient respectivement de 62,4 %, 95,3 %, 44 %, 97,7 %. Lorsqu'au moins une des 2 bandelettes indiquait 2 croix ou plus, la Se, la Sp, la VPP, la VPN étaient respectivement de 43,6 %, 99,2 %, 76,1 %, 96,8 %. Conclusion a) cette étude confirme la prévalence très faible de l'ILA chez les malades ambulatoires ; b) la sensibilité et la valeur prédictive positive des BU Multistix 8SG® sont médiocres, alors que la spécificité et la valeur prédictive négative sont excellentes. Une BU négative n'exclut pas le diagnostic d'ILA. Cession des droits : Oui

ANGH Copyright 2005

### Quel pourrait être l'apport de l'élastométrie impulsionnelle en pratique clinique ?

Maryam BETAICH, Valérie LABAT, Barbara DE DIEULEVEUT, Thomas DUBOEUF, Si Nafa SI AHMED et Xavier CAUSSE Service Hépatogastroentérologie CHR Orléans la Source

La mesure de l'élastométrie impulsionnelle (Fibroscan) pourrait être une alternative non invasive pour estimer la quantité de fibrose hépatique. Nous présentons les résultats retrospectifs de 18 tests Fibroscan faits le 08 Octobre 2004. Ces tests ont été réalisés chez : un témoin qui a un bilan hépatique normal, un patient qui a des anomalies minimales du bilan hépatique et chez 16 patients souffrant d'hépatopathies chroniques suivis et traités dans le service depuis plus d'une année. Lorsque possible, ces mesures de Fibroscan ont été comparées soit à une biopsie hépatique et /ou à un Fibrotest, disponibles dans la durée et datant de moins de 6 mois. Résultats :

Identité	âge	sexe	diagnostic	Fibroscan	PBH activité	PBH fibrose	Fibrotest A	Fibrotest F
V. N.	52	F	HVC	36,3	A2	F3		
B.F.	53	M	HVB	49,6	A2	F2-F3	A0	F2
V.T.	48	M	HCV	38,5	A2	F4		
D.A.	55	F	HVC	4,4	A2	F2		
O.M.	68	F	HVC	6,2	A1	F2		
K.L.	61	M	HVC	6,6	A1	F1	A3	F4
M.M.	53	M	HCV	6,9	A1	F2		
P.R.	68	M	Hémochromatose	Echec	Moderée	Important		
B.F.	31	F	NASH	5,3				
A.E.	48	M	HVC	12,8	A1	F3	A2-A3	F3-F4
P.M.	49	M	HVC	8,5				
T.E.	55	F	HAI	5,7				
S.D.	42	M	HVC-HIV	22,3	A1	F3		
B.M.	56	F	HVC	7,3	A3	F3		
D.D.	44	M	HVC	9,6	A2	F4		
V.J.	40	M	HVC	4,7				

Conclusion: Nous avons comparé l'apport respectif des examens pour identifier les fibroses minimales F1 (qui ne devraient pas être traitées), et fibrose sévère F3/F4 (avec indication formelle de traitement et suivi rapproché). Dans 8 cas sur 11, il y avait une concordance. Les discordances concernaient une hépatite alcoolique aiguë surajoutée (DD n° 15), une coinfection (SD n°13) et pour le CAS n°2BF nous évoquons une possible anomalie anatomique chez un sujet bréveligne de petite taille. La place respective de toutes ces alternatives, en pratique clinique quotidienne reste à déterminer.

**ENDOSCOPIE DIGESTIVE ET ALERTE AU PRION. 3 CAS DANS LE MEME CENTRE.**

Olivier NOUEL ,Hôpital Yves Le FOLL ,St Brieuc

La circulaire du ...précise dans quels cas lors d'une endoscopie digestive, l'ESB doit être soupçonnée et quels mesures doivent être prises vis-a-vis des endoscopes, des laves endoscopes et des malades éventuellement en contact avec des appareils souillés. Ces mesures sont contraignantes, chères (destruction des endoscopes) et leur utilité pourrait être discutées. A l'hôpital de St BRIEUC, une procédure, reposant sur une feuille à remplir par le prescripteur a été adoptée par le CLIN. Cette procédure scrupuleusement appliquée a démontré son inefficacité puisque nous nous sommes retrouvés 3 fois confrontés à un cas ou un endoscope avait été utilisé chez un malades suspect d'ESB. Cas N°1 : Un homme de 50 ans est hospitalisé pour vomissements incoercibles. Il n'y a pas d'occlusion, une gastroscopie demandée par les urgences est normale. Il existe des troubles neurologiques et une confusion. Le neurologue évoque le diagnostic d'ESB. Pour le WE, les endoscopies sont arrêtées, les malades dirigés, les programmes annulés. Sur le TDM réalisé le lundi, le malade a une tumeur cérébrale. Cas N°2 : Un homme de 74 ans hospitalisé depuis plus de 3 semaines en gériatrie pour perte d'autonomie est transféré dans le service pour douleurs abdominales et rectorragies. Une coloscopie courte retrouve une Colite ischémique ... .Avant son retour en gériatrie, je demande une consultation de neurologie. Le diagnostic d'ESB est évoqué. L'endoscope est séquestré, les machines désinfectées les connectiques changées, une cellule de crise mise en place. Le malade décède. 2 mois plus tard, le diagnostic est confirmé. L'endoscope et les connectiques sont détruits. Cas N°3 : Un homme de 54 ans est hospitalisé pour un syndrome de sevrage alcoolique. Dans le cadre du bilan de sa maladie alcoolique du foie une gastroscopie est réalisée, qui montre une oesophagite sévère. 10 jours après l'admission, les manifestations du syndrome de sevrage persistent. Un TDM et une consultation de neurologie sont demandés. Le TDM est normal mais le diagnostic d'ESB est encore évoqué. Nous suivons les mêmes procédures et attendons patiemment les résultats de l'examen du cerveau ... Comment éviter de telles alertes (vraies ou fausses) ? - Ne pas faire d'endoscopies aux déments - Demander (ou ne pas demander) de consultations de neurologie - Examiner tous les malades avant une endoscopie D'autres idées ?

## Recherche d'informations médicales via Internet par les patients consultants en hépatogastroentérologie : enquête nationale transversale un jour donné dans les hôpitaux généraux

Stéphane Nahon (1), Pierre Lahmek (1), Bruno Lesgourgues (1), Jacques Denis (2), Nicolas Delas (1), Bernard Nalet (3), et le groupe de l'Association des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH).

Le développement d'informations médicales sur l'Internet et la facilité d'y accéder s'est considérablement amélioré ces dernières années, qu'il s'agisse de sites médicaux ou de forums de discussion (1). Le but de cette étude a été d'évaluer la recherche d'informations médicales via Internet par les patients consultants en hépatogastroentérologie selon leur pathologie et leurs caractéristiques socio-démographiques. Méthode : Du 20 au 24 septembre 2004, 89 hépatogastroentérologues de 44 hôpitaux généraux français ont participé à l'étude. Au cours de l'une de leurs consultations, chacun de leur patient a reçu un auto-questionnaire anonyme recueillant : 1) leurs caractéristiques socio-démographiques (niveau d'étude, profession), 2) la nature de leur pathologie (type, chronicité, évolutivité, traitement, hospitalisation), 3) les modalités de consultation de sites médicaux via Internet et 4) leur opinion concernant ces sites. Résultats : les données exploitables de 561 patients (288 femmes et 273 hommes, âgés en moyenne de  $51,5 \pm 14,5$  ans) ont été analysées sur un total de 615 consultants. 271 (48%) avaient un ordinateur, 219 (39%) un accès à Internet (dont 111 se connectaient fréquemment) et 106 (19%) avaient consulté un site médical. Les informations trouvées sur Internet étaient jugées : 1) complémentaires à la consultation du médecin (n=65, 61%), 2) compréhensibles (n=52, 49%), 3) rassurantes (n=33, 31%), 4) inquiétantes (n=33, 31%) et 5) utiles au dialogue avec son médecin (n=36, 34%). En analyse multivariée combinant l'ensemble des paramètres étudiés, la consultation de sites médicaux était significativement associée à (odds ratio ; IC 95%) : un niveau d'étude élevé (baccalauréat ou plus) (4; 2,5-6,5) ; un âge  $\leq 40$  ans (2 ; 1,3-3,4) et une maladie chronique potentiellement évolutive (2 ; 1,2-3,5). Conclusion : Parmi les patients vus par les hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux, la consultation de sites médicaux sur Internet est rare (19% des patients) mais semble utile à la plupart d'entre eux. Elle est significativement associée à : 1) un niveau d'étude élevé, 2) un âge jeune et 3) une maladie chronique potentiellement évolutive.