

Édito

L'endoscopie était à la place d'honneur lors de ce congrès européen couplé au congrès mondial, avec une salle plénière comble pour la vidéo session et les vidéos démonstrations pratiques associées à de nombreux symposiums.

Bravo à Jean-François REY, à Jean-Stéphane DELMOTTE et à HIFI-COMMUNICATION dont nous avons pu apprécier les compétences, l'expérience et le professionnalisme pour transmettre de l'Indian Asian Hospital of Gastro-entérologie d'Hyderabad en Inde, du Saint Marks Hospital à Londres et de Rome.

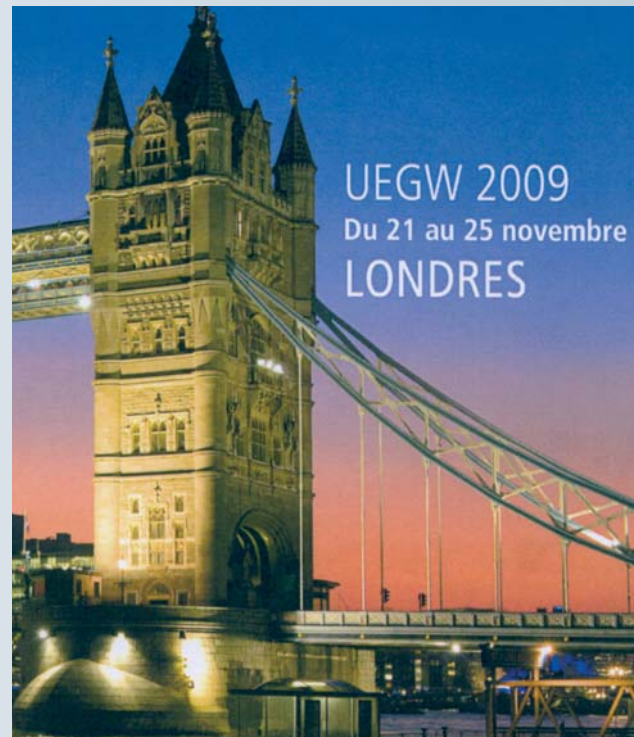
Chaque cas de la vidéo session et chaque patient en démonstration pratique nous apporte des enseignements pour notre pratique de tous les jours que l'on utilise immédiatement dès notre retour, pour encore et encore nous améliorer. Les endoscopes évoluent ainsi que le matériel d'instrumentation et de nouvelles techniques apparaissent. L'endoscopie est au cœur de notre métier, même si de nombreux domaines hyperspécialisés sont tout aussi passionnants mais, ici, elle avait la place qu'elle mérite, c'est-à-dire en séance plénière sur trois jours.

D'années en années le congrès UEGW est monté en puissance, et la question que l'on se pose actuellement est la suivante : est ce que la primeur des travaux est présentée en priorité à la DDW et ensuite à l'UEGW ou est-ce l'inverse. Si c'est l'inverse, compte tenu de la qualité du congrès européen, il est inutile de continuer à traverser l'Atlantique...



Dans ce numéro figure également l'association des polypectomisés de France, qui vous sera présentée en 2010 car les associations sont écoutées et une association qui comportera une majeure partie des 400 000 polypectomisés annuels et des 300 000 surveillés de façon annuelle devrait être écoutée. Cette association signera la déclaration trans-atlantique sur le dépistage et la prévention des cancers colorectaux présentée pour la première fois à Londres. L'endoscopie devrait être enfin reconnue comme le meilleur moyen de prévention des cancers digestifs à un stade asymptomatique. C'est la raison pour laquelle il faut participer de façon massive à la journée d'information gratuite de la population française le mardi 30 mars 2010 sur la coloscopie et l'endoscopie haute, afin que les gens sachent que le diagnostic et le traitement des lésions précancéreuses permettront de diminuer les 70 000 cancers diagnostiqués de façon annuelle et les 40 000 morts qui en découlent. Rien n'est inéluctable. Nous avons 17 000 morts sur les routes. Ils sont passés à 4 225 en 2008, après avoir transgressés les tabous à savoir la vitesse et l'alcool. Les radars et les contrôles ont permis de diminuer les morts. La même chose doit être faite en pathologie digestive grâce à l'endoscopie

Jean-Marc CANARD
Président du CREGG



SOMMAIRE

Page 2
- VRAIS OU FAUX CAELIAQUES ?
PENSER AUX BIOPSIES !
- TROP D'HYGIÈNE ?!
Marie-Pierre PINGANNAUD

Page 3
LES NOUVEAUX OUTILS EN ENDOSCOPIE
INTERVENTIONNELLE !
Philippe HOUCHE et Jean-Christophe
LÉTARD

Page 4
LA VIDÉO CAPSULE COLIQUE (VCE)
Jean-Christophe LÉTARD
VIDÉO CAPSULE ET ENTÉROSCOPIE À
L'UEGW 2009
Patrick LÉVY

Page 5
LE SYNDROME DE L'INTESTIN
IRRITABLE
Anne-Laure TARRERIAS

Page 6
OBÉSITÉ QUOI DE NEUF ?
Vianna COSTIL
LA PROCTOLOGIE À L'UEGW : LA
FRANCE À L'HONNEUR !
Franck DEVULDER

Page 7
LES FEMMES PRÉFÈRENT LES
FEMMES... ET DU NEUF DANS LA MA-
LADIE DIVERTICULAIRE
Jean-Michel ROUILLON

VIDÉO DÉMONSTRATION EN DIRECT
Jean-Marc CANARD

Page 8
Hp... LE RETOUR : COUPABLE,
FORCÉMENT COUPABLE
Fernand VICARI

Page 9
ASSOCIATION DES POLYPECTOMISÉS
DE FRANCE

Page 10
QUELLE PRATIQUE POUR LA
CANCÉROLOGIE DIGESTIVE DE DEMAIN
Patrice PIENKOWSKI

Page 11
2^{ème} JOURNÉE D'INFORMATION
SUR LA PRÉVENTION DES CANCERS
DIGESTIFS PAR ENDOSCOPIE

Page 12
SECTION GASTROENTÉROLOGIE
DE L'UEMS
Jean-Paul JACQUES

Page 13
MIND THE GAP (MICI)
Patrick FAURE

Page 14
REVUE : L'ŒSOPHAGE DE BARRETT
Arsène PAPAŽIAN

Page 15
POSTER
J. LAPUELLE

Page 16
ANNONCES - AGENDA

Vrais ou faux caeliaques ? Penser aux biopsies !

Colopathes attention au régime !!

Nous recevons régulièrement en consultation des patients étiquetés « colopathes » pour lesquels nous évoquons le diagnostic de **maladie caeliaque**. La plus part du temps, ces patients ont déjà éliminé certains aliments et pour certains se sont mis au **régime sans gluten**. Ils observent souvent une amélioration qui les conforte dans l'idée qu'ils sont porteurs de la maladie. Il est, alors pour nous, difficile d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic puisque les anticorps sanguins et l'atrophie villositaire sur les biopsies disparaissent rapidement après régime (en moyenne 6 mois à 1 an).

KOSKINEN et al. ont montré que la **recherche d'anticorps anti-transglutaminase 2** sur les biopsies duodénales permettait de confirmer ou d'éliminer le diagnostic. Ils ont étudié la présence de ces anticorps chez des patients présentant une maladie caeliaque (atrophie villositaire sur les biopsies et anticorps sanguins positifs) dans 3 groupes : premièrement, groupe 88 patients sans régime d'exclusion ; deuxièmement, groupe 52 patients sous régime depuis moins de 2 ans ; troisièmement, 61 patients sous régime depuis plus de 2 ans.

Des dépôts d'IgA dans la muqueuse sont observés chez 100 % des patients porteurs de maladie caeliaque non traitée. L'intensité des dépôts d'IgA est décroissante avec la durée du régime mais reste positive à 1 an dans plus de 50 % des cas et 30 % à 2 ans.

Les dépôts d'anticorps anti-transglutaminases 2 dans la muqueuse duodénale disparaissent plus lentement que les anticorps sanguins et que l'atrophie villositaire. Cela peut être utile dans le diagnostic de maladie caeliaque si le régime est débuté avant les examens, et surtout, permet d'éviter la poursuite des régimes abusifs avec une éviction totale d'aliments contenant du gluten chez nos patients colopathes !



Trop d'hygiène ?!

Un peu d'épidémiologie dans les MICI ...

L'importance de l'environnement dans le développement des maladies inflammatoires de l'intestin se confirme.

L'incidence en Asie : Corée, Japon, Inde et en Amérique Latine augmente d'année en année. Comme cela a été observé il y a plus de 20 ans dans les pays industrialisés, en particulier en France, l'incidence de la maladie de Crohn rattrape celle de la RCH.

Le rôle de l'hygiène est le premier facteur pour expliquer cette disparité géographique.

L'amélioration de l'hygiène est associée à une baisse de la tolérance vis-à-vis des organismes qui peuvent être rencontrés pendant l'enfance dans les pays en voie de développement (comme cela a été démontré pour l'asthme). Ces organismes : bactéries et parasites rencontrés à l'adolescence ou à l'âge adulte entraînent une réponse immunitaire anormale favorisant l'apparition d'une MICI. Une « trop bonne hygiène » modifie également la **flore fécale** qui joue un rôle régulateur (disparition des mycobactéries saprophytes qui vivent dans l'eau non traitée et qui sont absentes dans l'eau potable chlorée, rôle de l'antibiothérapie prescrite à grande échelle).

Cela entraîne une **perte de symbiose** entre la flore commensale et l'immunité de la muqueuse intestinale.

Quelles conséquences dans notre pratique quotidienne découlent de ces constatations épidémiologiques ? Peut être que l'avenir passe par un retour dans le passé.

Marie-Pierre PINGANNAUD

Les nouveaux outils en endoscopie interventionnelle !

Pour tous ceux qui pensaient que l'ESD était une technique confidentielle ou inaccessible, le nombre important d'abstracts et de présentations vidéo lèvent définitivement le doute et entérine l'indication de cette technique pour la résection des tumeurs superficielles digestives de plus de 2 cm. Les outils se développent !!!

Quels outils pour quelle pratique ?

Dans le rectum :

* le « Safe knife » (ou IT knife) évolue dans la **génération 2** avec un triangle métallique collé sur la face proximale de la boule isolante ce qui permet de disséquer, en plus du fil de coupe, par traction de l'instrument. La dissection est particulièrement aisée pour aborder la sous muqueuse grâce à la longueur de la lame... (OP008).



Dans le caecum :

* l'utilisation du **Flex knife** paraît sûre et rapide et permet de contrôler la profondeur de la dissection grâce au rebord distal (OP007).



Dans le Zenker :

* le **Hook knife** permet une dissection pas à pas des fibres musculaires en tirant celles-ci vers l'appareil (OP 012).



Les ciseaux dissecteurs (GSF) semblent prometteurs grâce à leur isolation et à leur capacité d'hémostase (OP009), permettant une dissection sous muqueuse rapide et sûre.

Les dissecteurs à eaux sont largement utilisés que ce soit le « Flush Knife » ou l'« Erbet jet2 » dans sa version « I tip » ou « T tip ».

Un travail prospectif consistant à comparer les EMR par « pièce meal » vs l'ESD devrait être conduit afin d'évaluer le devenir de ces résections en terme de récurrence dans le temps.

NOUVEAUTÉS

Les clips « OVESCO » (A3) ont une forme en piège à loup et ils sont très efficaces pour fermer les fistules digestives après abrasion des bords par sections, brossage ou irritation à la pince, ce qui favorise la re-épithélialisation. Leur utilisation, pour clore les brèches d'accès des NOTES, en fait un outil intéressant, en particulier, pour la prise en charge des fistules post-opératoires.



La coloscopie avec un « baby scop », passant par le canal opérateur, permet de voir derrière les plis lors de la descente de l'examen. Le baby scop étant maintenu en rétrovision, il s'agit du troisième œil !



Un prototype d'aide à la coloscopie (ECE) était présent au « Learning Center », et grâce à des roulettes, il permet d'avancer ou de reculer l'endoscope sans le tenir de la main droite par pression sur un pédalier. Mais surtout, en position bloquée, il permet une excellente position et une grande stabilité pour une phase thérapeutique.

Philippe HOUCKE et Jean-Christophe LÉTARD

La vidéo capsule colique (VCE)



Elle aurait pu être plus à l'honneur mais l'étude multicentrique française (OP005) a donné de **mauvais résultats concernant la préparation colique** avec seulement 52 % de bonnes ou d'excellentes préparations. Ceci devrait encourager les centres, ayant participé à ce travail, à **faire des associations** comme cela a été montré aux dernières journées francophones de pathologie digestive (POIT20).

Toutefois, dans le sous groupe de patients bien préparés dans cette étude présentée par S. SACHER-HUVELIN (A2), l'élément encourageant pour le développement de

cette technique est que la **valeur prédictive négative de la capsule colique** était de 85 %. De plus, les avancées technologiques soutenant la capsule colique « 2 » telles : l'adaptation du nombre d'images en fonction de la vitesse de progression de 4 à 35 images secondes ; ou **l'apparition d'outils de mesure des polypes visualisés**, permettront vraisemblablement d'améliorer le pouvoir discriminatif de cette technique.

Jean-Christophe LÉTARD

Vidéo capsule et entéroscopie à l'UEGW 2009

Depuis l'apparition de la vidéo capsule endoscopique (VCE), le matériel, tant au niveau de la VCE que des entérocopes à visée principalement thérapeutique, ne cesse de progresser...

Un des moments forts de cette UEGW a été la présentation par J.-P. GALMICHE (OP005) du PHRC français multicentrique placé en plénière en début des journées, après la présentation des résultats préliminaires à l'AGA. L'étude avait pour but d'étudier **la sensibilité comparée de la VCE et de la coloscopie pour le diagnostic des polypes** de plus de 6 mm dans une population à risque moyen et fort de cancer colique. Trois-cent-soixante-dix-sept (377) patients à risque élevé et 163 patients à risque moyen ont été inclus. Quatre-vingt-onze (91) % des VCE ont été éliminées dans les 10 h avec une bonne tolérance. La sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive négative étaient respectivement de 39, 88 et 85 % pour les polypes de plus de 6 mm et de 35, 97 et 95 % pour les polypes de plus de 10 mm. Ces résultats encourageants méritent d'être améliorés avec 2 cibles possibles, à savoir, la préparation et le matériel.

La préparation est l'un des éléments clef pour la performance. Dans l'étude française, la préparation n'était jugée bonne à excellente que dans 52 % des cas contre 83 % pour la coloscopie effectuée le lendemain. Le fait de rajouter une diète la veille en plus du PEG et du sodium phosphate, dans la deuxième partie de l'étude, n'a pas amélioré le nombre de bien préparés. Le nombre de préparations jugées bonnes à excellentes varie toutefois selon les études et atteints 70 % dans l'étude européenne. La sensibilité diagnostique varie de 80 à 90 %, et donc, proche de la coloscopie si le côlon est bien préparé et chute entre 50 et 60 % si le côlon est mal préparé.

Améliorations techniques :

Mais l'amélioration des performances de la **VCE colique** passe aussi par des améliorations techniques. La VCE stagne longtemps dans certains segments et en particulier le caecum et le rectum, passant parfois rapidement dans le côlon gauche. La société GIVEN sortira prochainement une capsule capable de modifier le **nombre d'images par seconde** à la vitesse de la VCE passant de 4 à 36 images par seconde. ELKAIM a présenté des résultats préliminaires avec une sensibilité attei-

gnant 89 %. Ces résultats restent à confirmer. De nombreuses améliorations techniques plus ou moins futuristes sont en préparation.

Concernant la **VCE du grêle**, TRIANTAFYLLOU et al. (OP181) ont utilisé une VCE à double optique. Sur les 42 patients de l'étude, 50 anomalies ont été détectées par le premier objectif, 48 par le deuxième, 28 par les 2,44 % et 42 % des lésions n'étaient pas détectées par l'autre objectif. Ainsi, dans certains cas, une VCE à double optique permettrait de détecter des lésions manquées qui sont parfois trouvées seulement lors d'un deuxième examen.

Concernant **l'interprétation**, J.-C. SAURIN (OP176) a présenté l'étude sur la lecture de la capsule GIVEN selon le mode QUICKVIEW au niveau du grêle dans le cadre d'une étude multicentrique. Cent-soixante (160) ont été lues par des médecins experts. La sensibilité et la spécificité étaient respectivement de 85,7 et de 86,6 % pour le QUICKVIEW contre 85,6 et 82 % pour la lecture classique.

Trois techniques d'entéroscopie se partagent l'exploration du grêle avec des visées essentiellement **thérapeutiques** pour traiter des lésions dépistées par la VCE. Si le double ballon (DBE) commercialisé par FUJINON en 2004 reste la référence et est largement utilisé, le **simple ballon** d'OLYMPUS introduit en 2007 progresse, nécessitant un béquillage distal forcé pour ancrer et progresser. Le SPIRUS ou endoscope spiralé est le dernier arrivé et débute sa carrière.

A propos du **SPIRUS**, qui permet un gain de temps appréciable par rapport au DBE, un problème essentiel est celui de la tolérance et du risque de complications. P.-A. AKERMANN, qui est le promoteur de la technique, a fait le point après les 2 950 premiers examens. Le taux de complications est de 0,3 % et celui de perforations de 0,27 %. Huit (8) perforations siégeaient au niveau du grêle dont 3 au niveau du duodénum. Une faible expérience augmente le risque. Sur les derniers 1 200 examens et après une petite modification technique seule une perforation jéjunale et aucune perforation duodénale ne sont survenues. D'autres études restent nécessaires.

Patrick LÉVY

Le syndrome de l'intestin irritable

Un retour en force dominé par l'autorisation européenne de mise sur le marché du Prucalopride.

Le congrès européen a réservé, cette année, une grande place au syndrome de l'intestin irritable (IBS) en mettant à l'honneur l'arrivée d'un **nouvel agoniste sérotoninergique spécifique des récepteurs 5HT4**. On ne peut s'empêcher de penser : encore un ... et oui voilà des années que l'on nous fait espérer **ce laxatif en forme de comprimé** si cher à nos patients qui n'en peuvent plus d'avaler leurs sachets. Seulement, après l'échec difficile du Tégasérod qui n'a pas franchi la barrière européenne au motif d'une efficacité insuffisante et sans doute aussi par crainte des risques de colite ischémique, nous avons du mal à y croire. Pourtant, le **prucalopride** s'est vu accorder l'autorisation européenne de mise sur le marché. Il sera donc commercialisé au Royaume-Uni dans les jours qui viennent et dans un peu plus d'un an en France dès que le laboratoire aura obtenu un prix. Movetis, qui commercialise ce produit, s'appuie sur 3 études cliniques contrôlées, randomisées contre placebo en double aveugle CAMILLERI et al. (1), QUIGLEY et al. (2), TACK et al. (3).

Ces 3 études ont été construites de la même façon :

- Patients recrutés : **constipation sévère** définie par l'absence de selles ou de moins d'une selle par semaine sans laxatif. 84 % des patients sont en échec des traitements classiques sur la cohorte réunissant les 3 études.
- 3 groupes : **placebo** (661 au total sur les 3 études), **2mg/j** de prucalopride et **4 mg/j** de prucalopride (1 316 patients).

Résultats : **35 % des patients ont plus de 3 selles/semaines** dès la première semaine de traitement et plus de 50 % ont plus d'une selle/semaine contre 20 % sous placebo. 45 % d'entre eux signalent une amélioration de leur qualité de vie contre 22 % sous placebo. Les différences sont significatives. Il n'y a pas de différence entre les 2 dosages de prucalopride. Les résultats se maintiennent à 12 semaines.

Le **prucalopride** agit en stimulant le **péristaltisme du côlon droit**, ce qui réduit la réabsorption de l'eau importante à ce niveau et permet l'arrivée dans le côlon gauche de **selles plus hydratées** donc plus molles. Craignant un effet sur le rythme cardiaque, bien connu jusqu'ici avec les agonistes 5HT4 comme le cisapride, les contrôles ECG ont été réalisés pour chaque étude avec des essais avec 20 mg/j de prucalopride soit 10 fois la dose recommandée, confirmant l'**absence de conséquence sur le QT à l'ECG**. En raison, sans doute, de la spécificité de cette molécule pour le tube digestif qui est plus importante que les molécules proposées jusqu'ici. Pour autant, pourrions-nous réellement oublier l'importance des résidus ? Car, il est du bon sens que de reconnaître que sans résidus, pas de selle. Il paraît donc difficile d'imaginer que nos patients pourront se passer d'une alimentation de qualité ou de nos mucilages et



PEG, dont l'efficacité n'est plus à prouver. Même, si TACK et al. signalent que 27 % des européens ne sont pas satisfaits de leur traitement actuel de la constipation. Cette étude est basée sur un questionnaire envoyé par internet avec, de ce fait, un biais énorme car ceux qui répondent sont quand même plus souvent ceux qui ont l'impression de n'avoir aucune solution.

Au total, le **prucalopride** semble donc en bonne voie de commercialisation en France. Il sera sans doute une bonne solution pour nos patients souffrant d'une constipation sévère pour laquelle les laxatifs usuels ne sont pas efficaces.

Anne-Laure TARRERIAS

1-Camilleri M, Kerstens R, Ryck A, et al. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. N Engl J Med 2008 May 29 ;358(22) :2344-54.

2-Quigley EM, Vandeplassche L, Kerstens R, et al. Clinical trial : the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in patients with chronic constipation - a 12 week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2009 Feb 1 ;29(3) :315-28.

3-Tack J, Van Outryve M, Beyens G et al. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. Gut 2009 Mar ;58(3) :357-65.

Obésité quoi de neuf ?

Un symposium des communications et plusieurs posters confirment l'intérêt croissant des gastroentérologues pour la nutrition, quid des nouveautés ?

Le traitement médical de l'obésité par des hormones digestives (B. FIELD) : il faut créer des molécules qui puissent être administrées par voie orale, avoir des médicaments associant plusieurs principes actifs (par exemple, le tapso glutide associé à la metformine), qui donnent moins d'effets secondaires, et qui aient les effets physiologiques du Bypass.

La chirurgie bariatrique améliore la NASH et diminue la prévalence des maladies cancéreuses (J. TAOULI, Australia).

La mesure de la graisse viscérale (VFT visceral fat thickness) et de la graisse sous cutanée (SFT subcutaneous fat area) par échographie abdominale est corrélée avec les mesures réalisées au cours d'un scanner abdominal. Une VFT supérieure à 38 mm est un bon prédicteur d'obésité viscérale (M. AFONSO).

Le ballon gastrique

Une étude a comparé l'efficacité et la tolérance des deux types de ballons gastriques (BIB, Allergan et Héliosphère Bag, Hélioscopie) dans une étude contrôlée, randomisée et prospective chez 33 patients obèses (BMI 44,4 +/- 5,5). La perte de poids est comparable dans les deux groupes (12,8 +/- 8 vs 14,1 +/- 9 kg). Les effets secon-

naires sont plus fréquents avec le BIB (vomissements) entraînant un retrait prématuré du ballon le premier mois chez 3 patients. Les extractions étaient plus difficiles avec le ballon

Héliosphère et ont nécessité dans 4 cas une extraction au fibroscope rigide voire par chirurgie.

Le ballon gastrique améliore le score de fibrose hépatique dans la NASH des patients obèses avec une baisse du BMI de 42 +/- 4,9 à 37 +/- 3,9 kg/m² (F. PIGO et coll.).



Techniques bariatriques endoscopiques

Une étude sur l'efficacité et l'innocuité de la **technique bariatrique** restrictive endoscopique TERIS a montré chez 13 patients (BMI moyen 42,1 kg/m²) une efficacité comparable à celle de l'anneau gastrique pour la perte de poids (K DE JONG E coll.).

Le **Bypass duodéno-jéjunal** réalisé par voie endoscopique a permis de contrôler la glycémie et le poids chez 37 patients obèses avec un IMC 47,3 +/- 0,7 kg/m² (E-G.-H. DE MOURA et coll.).

Les tentatives d'un abord endoscopique de la **chirurgie bariatrique** et l'arrivée de **médicaments hormonaux** de l'obésité sont les scoops de la prise en charge des obèses de L'UGEW 2009.

Vianna COSTIL

La proctologie à l'UEGW : la France à l'honneur !

Non, ce n'est pas faire acte de chauvinisme que de rapporter de l'UEGW 2009 deux travaux français parmi les 12 posters sur 2188 consacrés à la proctologie. Sachons, en revanche, saluer l'originalité et la qualité de ces études. Et puis, ne boudons pas notre plaisir, qui se plaindra de voir une nouvelle fois les proctologues français à l'honneur sur la scène internationale. En portant haut et fort les couleurs de notre spécificité bien hexagonale de la pratique proctologique, nous participons à sa défense et à sa reconnaissance sur la scène européenne.

Cancer du canal anal

L. ABRAMOWITZ et al. persistent et signent dans une meilleure connaissance de la **relation HPV - cancer du canal anal**. Ils nous avaient déjà ouvert les yeux sur l'importance de la co-infection VIH-HPV dans la genèse du carcinome épidermoïde de l'anus. Cette année, ils rapportent les résultats d'un travail analysant la **prévalence des différents génotypes de l'HPV** dans le cancer du canal anal. Sur 366 cas de cancer de l'anus traités dans 16 centres français, HPV a été retrouvé dans 96,7 % des cas. HPV 16 représente 75 % des infections très loin devant HPV 18. La relation très forte entre HPV, tout particulièrement HPV 16, et le cancer de l'anus étant maintenant bien établie, les auteurs se proposent d'évaluer le bénéfice

potentiel de la **vaccination HPV dans la prévention du cancer de l'anus**, vaccination aujourd'hui uniquement proposée aux jeunes filles dans le cadre de la prévention du cancer du col utérin.

Quoi de neuf du côté de d'incontinence anale (IA) ?

En 1993, SULTAN et al. avaient bouleversé notre pratique en révélant la **fréquence des défauts sphinctériens dans le post-partum**. Le bouleversement ne sera peut être pas de la même ampleur mais l'étude de THOMAS et al. sur les étiologies possibles des IA dites idiopathiques ouvre un nouveau champ d'application et de prise en charge. En quelques années, nous sommes passés d'étiologies essentiellement neurologiques à une meilleure connaissance des mécanismes en cause mêlant les causes sphinctériennes à la neuropathie pudendale. Malgré tout, l'IA de certaines patientes reste inexplicable. L'intérêt de cette étude est de rapporter l'importance que peuvent jouer les défauts d'une branche du pubo-rectal et les moyens de les rechercher. Face à « nos » IA idiopathiques, sachons nous intéresser au **pubo-rectal**. Il s'agira peut-être d'une *future voie* dans la prise en charge de ces patients.

Franck DEVULDER

Les femmes préfèrent les femmes ... et du neuf dans la maladie diverticulaire

À l'heure où **60 % des internes sont des femmes** et où les cabinets de gastroentérologie se féminisent, voilà une étude Sud-Coréenne qui va leur donner du baume au cœur.

Deux-cent-vingt-deux (222) personnes ont rempli un questionnaire pré-procédure d'où il ressort que les femmes jeunes préfèrent avoir affaire à une **femme médecin endoscopiste**. Les patients avec un bon niveau éducationnel, n'ayant pas de première expérience de l'endoscopie ou réalisant une coloscopie de dépistage, semblent préférer une femme endoscopiste. KIM et al., Endoscopy 2009 ; 41 : A79, OP376

Deux études de l'équipe de Parme en Italie ont montré que, sur une cohorte de 67 patients suivis sur 5 ans et comparé à un groupe contrôle, la **prise de 800 mg matin et soir de mesalazine** pendant 10 jours par mois améliorait les symptômes de la maladie diverticulaire symptomatique mais non compliquée (SUDD) d'une part et permettait, d'autre part, de réduire le risque d'épi-

sodes de diverticulite aiguë. Ces travaux, qui manquent de puissance, mériteraient probablement d'être confirmés et sont peut être une piste thérapeutique pour nos patients diverticulaires symptomatiques.

DI MARIO et al., Gut 2009 ; 58 : A86 OP405 et OP410

Jean-Michel ROUILLON



Vidéo démonstration en direct

De très belles vidéos démonstrations ont été réalisées, grâce au professionnalisme et à l'expérience d'HiFi Communication, à partir de l'**India Asian Institute of Gastro-enterology d'Hyderabad** le lundi après midi durant 4 h, le mardi matin en direct du **Saint Marcks Hospital à Londres et de Rome** le mercredi matin.

* **La vidéo démonstration a partir de l'Inde** a été émaillée d'un incident technique, pris en main par l'équipe, en raison d'un déplacement de la coupole de réception du satellite sur le toit du palais des congrès à cause du temps exceptionnel de Londres (vent et pluie). Les patients étaient présentés avec un bon rythme mais sûrement une éthique beaucoup plus souple en Inde qu'en Europe avec uniquement des gestes portant sur l'appareil digestif supérieur. Fin de la transmission à 16h45 soit presque 3h de direct.

* **La séance sur le côlon à partir du Saint Marks Hospital** montrait la différence entre le Japon et l'Europe, avec TOYONAGA Takashi accompagné de son élève Mademoiselle SUZUKI et de deux aides endoscopistes japonaises en provenance de Kobé pour la réalisation, par l'élève, d'une dissection d'**une tumeur sessile avec extension latérale** rectale à l'aide du FlushKnife et de l'ERBE 200, certainement plus facile à régler que le VIO. L'utilisation du coagrapser pour les vaisseaux et de la gravité pour réséquer la pièce avec une berge arrière très bien faite. À ce stade, on se demande ce que va faire monsieur

TOYONAGA puisqu'il est à coté de son assistante qui a très bien travaillé. Une heure plus tard, il s'attaque à un polype sessile récidivant sur cicatrice fibreuse au niveau du sigmoïde. Il pratiquera une dissection toujours avec le FlushKnife. La dissection a été réalisée en totalité et avec succès. Pour arriver à ce niveau, il faut vraiment en faire beaucoup. YAMAMOTO Hironori a présenté une **technique d'entéroscopie double ballon par voie basse**, que l'on a pu voir quasiment en totalité car il est important de connaître les astuces et les trucs pour progresser de façon profonde avec un double ballon dans l'intestin grêle par voie basse. Il fixe l'overtube au delà du sigmoïde, une seconde fois dans le côlon droit et une troisième fois dans l'intestin grêle en redressant à chaque fois l'overtube, afin, qu'à aucun moment l'overtube forme des boucles. Il a pratiqué une dilatation de 12 à 15 mm. Le risque de perforation est de 1 à 2 %.

* **Les autres démonstrations concernaient le troisième œil**, c'est-à-dire un endoscope que l'on passe dans le canal opérateur du coloscope. Il sort à l'extrémité de l'endoscope et regarde en arrière, cela permet de voir derrière les plis sur un second moniteur. La qualité de l'image est à améliorer. Au total, les experts japonais ont été d'un niveau au dessus des experts européens, un peu comme les All black qui ont donné récemment une leçon à l'équipe de France.

Jean-Marc CANARD

Hp ... le retour : coupable, forcément coupable

Depuis quelques années, l'intérêt pour Hp s'épuisait !

À Londres, nous avons assisté à un regain indiscutable : 14 symposia, 9 communications libres, 1 lunch-session et 75 posters.

Les principaux problèmes d'actualité qui vont certainement changer nos attitudes, ont ainsi été abordés.

L'ulcère, bien entendu, reste l'indication de choix.

On a, enfin, admis qu'il ne fallait pas garder ses Hp en cas de RGO.

Finalement, a été abordé le problème de l'éradication d'Hp en prévention du cancer gastrique. On le savait depuis longtemps, mais de conférence de consensus en conférence de consensus, on ne le faisait pas !

En effet, après 60 ans, 500 000 000 d'individus sont porteurs d'Hp dans le monde. On dénombre 1 000 000 de cancers de l'estomac chaque année. Ce cancer est le 4^{ème} dans les deux sexes et le 2^{ème} chez l'homme.

Il représente **10,4 % de mortalité par cancer**, toutes origines confondues (L. COELHO). Soixante-dix pour cent (70 %) des cancers gastriques seraient directement liés à Hp.

En France, on en dénombre encore 8 à 9 000.

Plusieurs communications ont fait état de la régression de la gastrite atrophique après éradication d'Hp (Lucy VANELLA) (OP 338).

En 2009, la société japonaise de gastroentérologie a fait des recommandations incluant des pathologies extra-gastriques liées à Hp (Y. YAMAOKA).

Recommandations de grade 1 pour l'éradication en prévention du cancer gastrique au même titre que le traitement de l'ulcère duodéal.

Recommandations de grade 3 seulement pour le lymphome de Malt.

Recommandations de grade 1 pour le purpura thrombopénique idiopathique (50 % des cas sont résolus après éradication).

Recommandations de grade 1 pour la gastrite atrophique.

Recommandations de grade 2 après traitement endoscopique d'un cancer gastrique au début.

Recommandations de grade 2 pour les polypes hyperplasiques. Une publication a fait état de disparition de ces derniers après éradication.

Recommandations de grade 2 pour le RGO accompagné de Hp.

Recommandations de grade 3 seulement pour l'anémie ferriprive et l'urticaire chronique car il n'y a pas de preuve suffisante.

Enfin, la société japonaise recommande vivement qu'une communication soit mise en place vers le grand public. Signalons également qu'il pourrait y avoir une relation entre Hp et la pancréatite auto-immune (NEJM 26 nov. 2009).

Comme à l'accoutumée, Francis MÉGRAUD a fait une présentation pertinente et élégante sur l'évolution des différentes thérapeutiques d'éradication.

Devant l'augmentation continue de la résistance aux antibiotiques classiques, de nouvelles attitudes voient le jour.

Aux côtés des traitements dits « de 2^{ème} et de 3^{ème} lignes », le traitement séquentiel, défendu par VAIRA, a du mal à se faire une place.

Après le Rifabutine et la Furazolidine, apparaissent la Finafloxacin (une quinolone) et Alinia (Nitazoxanide).

Outre les problèmes de résistance, il faudra également compter sur l'explosion des colites pseudomembraneuses surtout avec les fluoroquinolones.

Plus prometteuse semble la réintroduction du bismuth associé à la tétracycline et au métronidazole (PYLERA), déjà commercialisé aux USA.

Bientôt seront publiés les résultats de l'étude menée en Europe par AXCAN à laquelle un certain nombre de Creggistes a participé. Nous ne pouvons pas, ici, faire état de ces résultats mais ils seraient particulièrement prometteurs...

Les gastropédiatres, quant à eux (S. KOLETZKO et S. CADRANEL) vont jusqu'à préconiser le Bi, 2AB à pas d'IPP... sauf en cas d'ulcère.

Enfin, pour rêver... mais qui sait : les probiotiques, la lactoférine, les cranberry, les brocolis et même la PDT ont donné des résultats.

À l'identique du slowfood qui, nous l'espérons, détrônera peu à peu les fastfoods, va-t-on voir les slow-thérapies, peut-être pas remplacer mais accompagner les fast-thérapies... pourquoi pas ? Les années à venir vont être passionnantes, d'autant plus que le vaccin n'est toujours pas prêt.

En conclusion :

Détectez et éradiquez toujours en justifiant bien votre attitude.

*« Un estomac sans Hp est un estomac sain,
Un monde sans Hp est un monde meilleur »
P. Malfertheiner*

Fernand VICARI



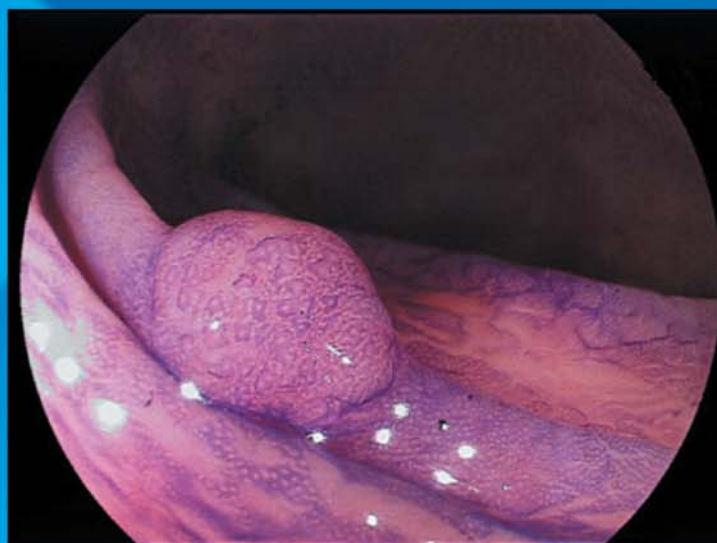


Association des Polypectomisés de France*

**Personne à qui on a enlevé un polype du côlon*

Pour une meilleure information pour soi et sa famille
Pour une meilleure surveillance endoscopique
Pour une meilleure prévention du cancer colo-rectal
Pour une meilleure représentation de la communauté

(5 millions de personnes à risque élevé sont concernées par la prévention du cancer colo-rectal).



Polype du côlon

Devenez membre gratuitement de l'ADPF

Email : contact@adpf.info - Site : www.adpf.info.com

Avec le soutien du  de la  et de 

Quelle pratique pour la cancérologie digestive de demain (Marqueurs biologiques et génomiques)

Cancérologie personnalisée « à la carte »

Ce concept repose sur une sélection de plus en plus fine des patients pour le choix thérapeutique sur la base de **marqueurs biologiques ou génétiques** ainsi que sur des éléments du bilan morphologique (« *Personalised cancer treatment : a global challenge* » ; E. VAN CUTSEM, Belgique). Le but est d'optimiser la prise en charge tant sur le plan du rapport bénéfice-risque que sur le plan économique. On distingue, ainsi, des **facteurs pronostiques** (l'évolution clinique est indépendante du traitement) et des **facteurs prédictifs** (qui influencent le résultat thérapeutique).

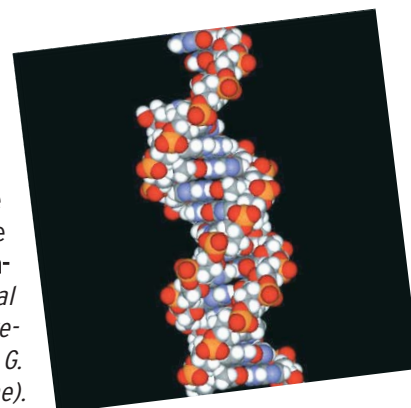
La modification du récepteur EGFR (Epithelial Growth Factor Receptor) est un des facteurs prédictifs les mieux documentés en cancérologie digestive, conditionnant l'efficacité des biothérapies agissant sur ce récepteur de membrane situé sur les cellules tumorales (Cetuximab ou Erbitux™, Panitumumab ou Vectibix™). L'EGFR est une glycoprotéine transmembranaire, membre d'une sous-famille de récepteurs à tyrosine kinase. Le gène KRAS code pour une petite protéine liée au GTP, impliquée dans la transduction du signal ; la **mutation du gène Kras** intervient précocement dans environ 40 % des cas et, dans cette situation, le blocage des récepteurs par l'anticorps n'empêche plus la transmission du message cellulaire et le traitement est sans effet. Ce concept est validé par les études cliniques tant pour l'association au Folfex (étude Opus) qu'avec le Folfiri (étude Crystal). **L'indication du cetuximab et du panitumumab est clairement réservée aux cancers colorectaux n'exprimant pas de mutation du Kras.**

Certains facteurs prédictifs permettent d'identifier des sujets à risque de toxicité élevée ; c'est le cas du **déficit d'activité de la dihydropyrimidine déhydrogénase (DPD)**, enzyme clé du catabolisme du 5Fu, dont la connaissance permet d'adapter le traitement (« *Tolerance of polychemiotherapy based on 5Fu and dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency* » ; C. LE MARCHAND-SOUBIRON, France ; « *Prediction of severe 5Fu toxicity in gastrointestinal cancer chemotherapy : role of DPD deficiency* » ; A. LOGAYANAGAM, Royaume-Uni).

Les CCR, avec une **instabilité microsatellitaire (MSI+)**, sont réputés pour avoir un **meilleur pronostic** ; une méta-analyse de 7 études de chimiothérapie adjuvante à base de 5Fu regroupant plus de 3 500 patients montre l'absence de bénéfice thérapeutique dans ce groupe (« *MSI-H status predicts the absence of response to adjuvant chemotherapy* » ; G. DES GUETZ, France) : **l'instabilité microsatellitaire apparaît donc ici à la fois comme un facteur pronostique favorable du CCR et comme un facteur prédictif négatif de chimiosensibilité** ; peut-être faudra-t-il dans ces conditions ne proposer à l'avenir une chimiothérapie adjuvante après résection curative d'un CCR stade II qu'aux patients sans instabilité micro-satellitaire ?

Ces exemples illustrent une **nouvelle approche thérapeutique** centrée sur la personnalisation du traitement grâce à la **pharmacogénomique**.

Une autre façon d'adapter le traitement réside dans l'amélioration des performances diagnostiques de l'imagerie comme c'est le cas de **l'IRM dans le bilan du cancer du rectum** (« *Rectal cancer treatment : pre-treatment staging* » ; G. BROWN, Grande-Bretagne).



Moyennant le respect de critères de qualité, (peut-être pas disponibles dans tous les centres) l'IRM est capable aujourd'hui de donner un bilan d'extension extrêmement précis, ne concédant à l'échoendoscopie que pour les formes T1. Pour les T2 et T3, l'IRM est capable de préciser avec une excellente corrélation anatomo-clinique **l'extension en profondeur** et de la mesurer (< ou ≥ 5mm), **d'identifier les ganglions** et de déterminer leur bénignité ou leur degré d'envahissement tumoral sur des critères morphologiques précis, de déterminer **l'invasion veineuse extra-murale** et la distance (≥ ou < 1mm) par rapport au fascia rectal. Tous ces paramètres ont un rôle pronostique majeur et des implications thérapeutiques : jusqu'ici le traitement standard des cancers de l'ampoule rectale comprenait pour les stades T3T4 et /ou N+ une **radiothérapie pré-opératoire**. Aujourd'hui, il devient possible d'affiner les indications : un cancer T3N0 avec une extension < 5mm peut ne pas nécessiter de RT-préopératoire, à l'inverse une extension veineuse extra murale (risque métastatique de l'ordre de 40 %) et une marge latérale < 1mm (risque d'envahissement des marges circonférentielles post-opératoire même après exérèse satisfaisante du mésorectum) font poser l'indication d'une radiochimiothérapie préopératoire. Après traitement néo-adjuvant du cancer du rectum, l'évaluation fine de la réponse au traitement par l'IRM pourrait à l'avenir permettre de sélectionner les sujets répondeurs à qui proposer une résection locale (« *Tumor response to neoadjuvant chemoradiation in primary rectal cancer : can postchemoradiation MRI select patients for local excision ?* » ; M. MASS, Pays-Bas).

Tous ces éléments, et sans doute bien d'autres, montrent que la cancérologie digestive, tout comme le traitement des MICI ou des hépatopathies virales, s'oriente vers des traitements adaptés aux spécificités de chaque patient et une prise en charge personnalisée et optimisée.

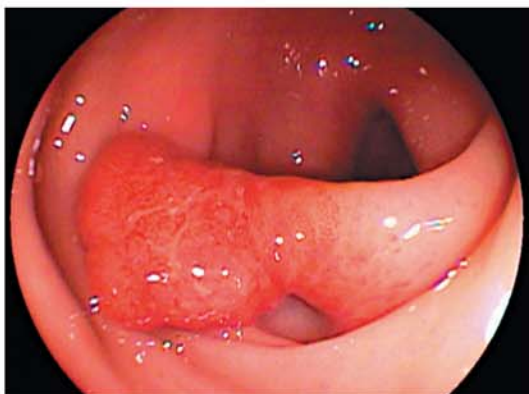
Patrice PIENKOWSKI

**CANCER DU CÔLON
50 MORTS PAR JOUR
17 500 PAR AN**

2^{ème} Journée d'information sur la prévention des cancers digestifs par endoscopie **Mardi 30 mars 2010**

Vous avez dans votre famille un parent proche au 1 ^{er} degré qui a eu un cancer du côlon : frère, sœur, père, mère, enfant	OUI	NON
Vous avez dans votre famille un parent proche suivi pour des polypes du côlon par coloscopie	OUI	NON
Vous avez eu personnellement un cancer du côlon ou des polypes du côlon	OUI	NON
Vous avez vous-même eu par le passé une maladie inflammatoire du côlon	OUI	NON
Vous avez récemment constaté la présence de sang dans les selles	OUI	NON
Vous avez récemment constaté des modifications inhabituelles de votre transit (diarrhée, constipation, ballonnement)	OUI	NON
Vous souffrez de douleurs abdominales récentes et inexplicables	OUI	NON
Votre Médecin Généraliste a découvert sur la prise de sang une anémie inexplicée (diminution du nombre de globules rouges)	OUI	NON

Si vous répondez OUI à une des questions, vous devez probablement réaliser une coloscopie. Cet examen permettra d'éviter le cancer. Parlez-en à votre Médecin Généraliste ou à votre Gastro-entérologue.



Polype = Coloscopie



Cancer = Chirurgie

**Mieux vaut enlever un polype bénin par coloscopie
que le côlon par chirurgie au stade de cancer**

Section gastroentérologie de l'UEMS



Cette réunion fut cette fois-ci un congrès mondial et un congrès européen. Deux raisons pour que ce congrès soit aussi le nôtre. Il l'est structurellement puisque nos sociétés savantes sont membres de l'UEGF, structure organisatrice de la semaine européenne. Il l'est parce que la structure **UEMS**, à travers la **section de gastroentérologie et d'hépatologie**, en est le bras professionnel de l'Europe gastroentérologique, et travaille en parallèle avec l'UEGF pour la reconnaissance professionnelle de ces journées de formation.

Qu'est-ce que la section d'hépatogastroentérologie ?

C'est une structure professionnelle qui représente les 25 pays de l'union. Elle est forte de soixante membres. Elle regroupe 2 ou 3 hépatogastroentérologues de chaque pays. Elle a en charge la reconnaissance d'une qualité uniforme de formation initiale et continue à travers l'Europe. Elle assure aussi un levier de circulation des hépatogastroentérologues à travers l'Europe.

Que fait la section de gastroentérologie pour vous ?

La section répond à quatre rôles :

***Évaluer** en continu la population européenne des HGE. Évaluer les besoins et les obligations de ces gastroentérologues. Il faut de ce fait aussi suivre les mouvements démographiques et les contraintes liées aux conditions d'exercice. Un des thèmes fédérateur reste le temps de travail. Rappelons qu'aujourd'hui il ne doit pas dépasser 48 heures par semaine en Europe!!

***Préparer** une maquette commune et, de ce fait, une standardisation des formations reçues en formation initiale. Il en découle une reconnaissance réciproque de cette formation initiale à travers le diplôme européen de gastroentérologie.

« The Certificate of Fellowship of the European Board of Gastroenterology »

***Définir** une formation minimale européenne pour les jeunes HGE en formation à travers une maquette européenne cette fois-ci. Cette maquette trouve une légitimité à travers une écriture ubiquitaire, adaptée depuis de nombreuses années aux progrès des connaissances, mais aussi à travers une évaluation continue par des visites sur les sites de formations.

***Analyser** les actions de FMC présentielle européennes. À travers cette analyse, les différents membres accordent à chaque formation évaluée un certain nombre de crédits points-CME (point de FMC). Ceux-ci, une fois acceptés, sont accordés **ipso facto** à tous les participants pour peu que leur pays ait signé des accords bilatéraux avec l'UEMS.

PRÉPARER UNE MAQUETTE COMMUNE EUROPEENNE :

Peut paraître redondante puisqu'elle existe chez nous.

En revanche, elle n'existe pas partout. Elle est très utile pour les pays qui n'en ont pas. Elle leur sert de canevas et les aide à mettre en place leurs propres objectifs de spécialité. Ces pays ont compris que l'adoption d'une maquette labellisée dans leur pays est un gage de crédibilité pour les HGE nouvellement formés, mais aussi pour les HGE étrangers.

L'affichage de cette formation harmonisée se fait à travers le **diplôme européen de HGE** pour ceux qui ont terminé leur cursus.

Nous conseillons fortement aux HGE français de demander, ce diplôme qui peut difficilement être refusé, à un HGE exerçant en France.

Pour cela allez sur le site de l'ebg : www.eubog.org

De la cliquez sur Blue Book, allez dans le chapitre 5 ou le chapitre 2 selon votre année de thèse.

Remplissez votre demande en ligne. N'oubliez pas une fois le document rempli de le transférer au secrétariat de www.eubog.org.

Si vous rencontrez une difficulté ou si persiste une interrogation, contactez le Synmad il nous transférera vos questions.

LA MAQUETTE DES JUNIORS :

Doit voir le jour pour les mêmes raisons.

Elle se calquera sur les critères de qualité requis pour être reconnue centre de formation européen.

Actuellement, cette validation est déjà en cours depuis des années.

La maquette d'hépatologie qui vient compléter la gastroentérologie dans tous les pays d'Europe est en cours de finalisation.

La **validation** est obtenue si le chef de service demande une **reconnaissance de la formation** dispensée dans son service. Il s'agit d'une **démarche volontaire** et non pas d'une démarche automatique. Si le service présente les critères requis au moment de la visite des experts indépendants de l'UEMS, le centre est validé comme centre formateur pour cinq ans. Les gastroentérologues formés dans un tel centre « reconnu et validé » seront automatiquement « Fellow Européen » dès qu'ils en feront la demande.

Ils doivent aussi insister auprès de leurs chefs de service pour que ceux-ci fassent leur demande d'agrément comme centre de formation reconnu au niveau européen.

L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE FORMATION CONTINUE

Que ce soit sous forme de symposium, congrès, ou autre, toute formation peut bénéficier d'un « agrément » UEMS-EBG.

Pour obtenir cet agrément, le programme et l'organisation du symposium sont soumis à un groupe d'évaluation paritaire « UEMS-section de gastroentérologie //UEGF ».

Le comité organisateur de la réunion de formation doit simplement remplir « en ligne » les caractéristiques de sa réunion sur le site EBG-UEMS.

Chaque membre du groupe paritaire reçoit les programmes en ligne et donne une évaluation « quantifiée » en ligne. La reconnaissance ou la non reconnaissance se fait alors en quinze jours.

Les programmes, une fois validés, donnent aux participants des pays qui en bénéficient des points crédits. L'avantage est étendu au pays d'Amérique-du-Nord qui ont signé un accord de reconnaissance bilatéral de formation avec l'UEMS.

Il est bien dommage que certains pays d'Europe n'aient pas encore validé leur organigramme de formation continue. La France fait partie de ceux-là.

Puisse-t-elle rapidement, avec la diffusion des modalités du DPC, s'articuler avec cette validation européenne.

NOUS DEVONS NOUS MOBILISER

Nos confrères hépatogastroentérologues français participent depuis toujours aux congrès internationaux de qualité. Ce ne serait que raison de leur accorder les points de formation définis pour l'Europe et l'Amérique-du-Nord.

Ensemble, sachons stimuler nos responsables pour que cette Europe de la reconnaissance de nos diplômes et de la validation de nos formations s'amplifie. Elle se fera dans le respect d'une formation de qualité tel que l'ensemble de la profession l'a toujours défendue.

Nous devons en être les artisans, les défenseurs et les bénéficiaires. C'est un rôle partagé par vos responsables syndicaux et vos délégués européens.

Jean-Paul JACQUES

Président de la section européenne de gastroentérologie et d'hépatologie.

Michael JUNG (Allemagne)

Past-président de la section européenne de gastroentérologie et d'hépatologie.

Luke O'DONNELL (Irlande)

Président du board européen de gastroentérologie et d'hépatologie.

Albin LUETKE

Secrétaire de la section européenne de gastroentérologie et d'hépatologie.

Jos WEBER

Trésorier de la section européenne de gastroentérologie et d'hépatologie.

Jean-Paul JACQUES

Mind the gap (MICI) !

L'UEGW de Londres nous aura permis d'apprécier le flegme britannique à raison de 2 heures de « tube » par jour pour se rendre au centre des congrès, situé dans la lointaine périphérie Londonienne près de la Tamise. Pas de grande révélation dans le domaine des MICI, mais des symposiums de qualité avec quelques communications qui peuvent éclairer notre pratique quotidienne.

Une étude multicentrique (19 centres) espagnole (LORAS C. *Gut* 2009 ; 58 : A54) nous a montré le **risque de réactivation virale sous immunosuppresseur (IS)** au cours des MICI. En effet, 36 % (9/25) des patients porteurs de l'AghBs et sous immunosuppresseur ont présenté une réactivation virale. Deux (2) sous corticoïde seul et 7 sous 2 IS (AZA, corticoïde et /ou IFX). Concernant l'hépatite C, une réactivation virale était observée chez 16 % des patients (8/51) sous IS. Sept (7) avaient reçu une corticothérapie et un de l'AZA. Ces constatations confirment la nécessité de vérifier le statut sérologique des patients vis-à-vis des hépatites B et C avant tout traitement IS (et corticoïde) et de vacciner les patients contre l'hépatite B si nécessaire.

Le dépistage du cancer colorectal chez les patients atteints de MICI est souvent oublié.

Dans ce travail, issue de la cohorte CESAME (VIENNE A. *Gut* 2009 ; 58 : A137), 584 malades d'Ile de France porteur de MICI à risque de cancer colorectal (MICI d'au moins 8 ans et atteinte colique étendue) ont été contactés pour savoir s'ils avaient eu une coloscopie de dépistage entre leur inclusion (2004-2005) et 2007. Seulement la moitié des patients (47 %) ont eu une coloscopie de dépistage durant cette période. Le taux était supérieur chez les patients porteurs d'une maladie de Crohn par rapport aux RCH. On notait de grandes différences de dépistage entre les centres. Malgré les recommandations établies par les sociétés savantes, le dépistage du cancer colorectal, chez les patients atteints de MICI à risque, est loin d'être correct dans notre pays. Soyons vigilant, n'oublions pas de dépister nos patients !

Cancers et Infliximab dans la maladie de Crohn, pas de surisque évident (BIANCO. *Gut* 2009 ; 58 : A71).

Dans ce travail multicentrique et cas-témoin, 591 patients ont été suivis de 1999 jusqu'en 2008, avec une durée médiane de 6 ans. Deux-cent-vingt-et-un (221) patients, avec une maladie de Crohn, traités par Infliximab ont pu être comparés à 221 sujets contrôles (crohn sans infliximab). L'incidence des cancers était comparable dans les deux groupes (inférieure à 4 %). Dans l'étude cas témoin, chez les patients traités par Infliximab, 3 cancers ont été rapportés dont 2 cancers du sein. Ces données sont rassurantes et confirment que la fréquence des cancers dans la maladie de Crohn n'est pas supérieure chez les patients traités par infliximab.



La mortalité des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin reste comparable à la population générale. (ROMBERG-CAMPS. *Gut* 2009 ; 58 : A34).

Ce travail a été mené par une équipe néerlandaise qui, à partir d'un registre régional, a mené une étude de mortalité sur des MICI diagnostiquées entre 1991 et 2003. Ce travail, mené sur 1 187 malades, a permis d'observer 68 décès. La comparaison avec la population générale retrouvait un risque de mortalité de 1 en cas de maladie de Crohn, de 0,9 en cas de RCH, et de 0,7 en cas de colite indéterminée. Ceci permet d'observer que le risque de décès en cas de MICI est identique à celui de la population générale. Cette information devrait rassurer de nombreux patients.

Facteurs de risques pour une chirurgie précoce et maladie de Crohn.

Ce travail norvégien, mené sur 190 patients avec maladie de Crohn sélectionnés entre 1990 et 1994 et suivis sur 10 années, a permis de mettre en évidence que le risque de chirurgie était maximale (92 %) chez les patients avec un statut ASCA positif, à un âge de moins de 20 ans lors du diagnostic de maladie de Crohn, présentant une maladie de Crohn fistulisante et ayant nécessité une corticothérapie lors du diagnostic initial de la maladie. Ce travail, qui mérite confirmation, reste néanmoins intéressant car ce type de patient pourrait bénéficier de stratégies thérapeutiques plus agressives (TOP DOWN), dès le diagnostic.

Enfin, on note des perspectives pour l'avenir en cas d'échec de l'**infliximab** dans la RCH. Dans ce travail multicentrique espagnol (ESTELLÉS J. *Gut* 2009 ; 58 : A69), 27 patients en perte de réponse ou non réponse primaire à l'IFX pour une RCH, ont été traités par **Adalimumab** avec une induction 160/80 mg pour 26 patients. La réponse clinique était de 60 % à S4 et de 66 % à S12, avec un maintien de traitement à 40 semaines chez plus de 56 % des patients. Il ne manque plus que l'Adalimumab est l'AMM pour la RCH.

Patrick FAURE

Revue : l'œsophage de Barrett

L'œsophage de Barrett (OB) a fait l'objet, lors de l'UEGW de Londres, d'un symposium et de nombreux posters les 23, 24 et 25 novembre 2009. Parmi les nombreux auteurs, J.-J. BERGMANN (Amsterdam) et P. SHARMA (Kansas City) se distinguent par leurs implications dans les différents chapitres de cette pathologie.

ÉPIDEMIOLOGIE : L'OB n'a pas la même importance partout dans le monde pour différentes raisons : 1° la fréquence du RGO est différente selon les pays, plus importante en Europe et aux USA qu'en Asie ; 2) la prévalence de l'OB varie de même : 5 à 10 % aux USA, 1 à 4 % en Europe, très variable en Asie d'un pays à l'autre (0,06 % Hong Kong, 0,5 % Guangzhou, 6 % Malaisie) ; 3) les techniques avancées endoscopiques [chromoendoscopie, magnification et NBI sur le plan diagnostique, mucosectomie (EMR) sur le plan thérapeutique] ne sont pas partout également disponibles ; 4) la prévalence de l'ADK sur l'OB varie également : basse en Europe Centrale, plus élevée en Europe de l'Ouest et aux USA. En Angleterre et au Pays de Galles, les études des registres ont montré qu'entre 1996 et 2005 l'incidence de l'OB a doublé, celle du RGO demeure stable, et que l'ADK survient 10 fois plus souvent sur l'OB que sur le RGO non compliqué. Les facteurs de risques identifiés de l'ADK, selon les études présentées, sont : sexe masculin et longueur de l'OB d'une part, sexe masculin et tabagisme d'autre part, mais non pyrosis et obésité.

LE SYMPOSIUM : Endoscopie diagnostique et thérapeutique.

Depuis la classification de Los Angeles de l'oesophagite par RGO, la problématique du diagnostic de l'OB et de l'ADK repose sur la **variabilité** inter-observateurs des constatations endoscopiques et sur la qualité technologique des procédures utilisées. La variabilité porte sur le grading de l'OB : extension circonférentielle et en hauteur ainsi que le repère de la ligne Z et du sphincter inférieur. Un groupe de travail international (IWGC : International Working Group for the Classification of Esophagitis) s'est donné pour mission de normaliser la méthodologie diagnostique. Le BORN project (Barrett's Oesophagus Related Neoplasia) distingue 3 étapes : 1) **reconnaissance endoscopique** avec l'endoscopie à haute résolution (600 000 pixels) ; 2) **caractérisation par la chromoendoscopie** classique à l'indigo carmin ou électronique par NBI ; 3) **confirmation histologique**. Lors du symposium, BERGMANN a été particulièrement brillant, tout d'abord en présentant à son modérateur (et patron !) G. TYTGAT et à l'assistance des cas cliniques : TYTGAT ne s'est pas trompé dans l'identification endoscopique des zones suspectes d'ADK sur les cas projetés à l'écran, BERGMANN rappelant, avec humour à propos d'un cas difficile, qu'il le lui avait montré la veille... Ensuite, en résumant simplement que la finalité des nouvelles technologies doit avoir pour objectifs d'augmenter le taux de détection, d'obtenir une résection complète et de réduire le risque de complications iatrogènes.

Sur le plan diagnostique : 1) l'**endoscopie haute définition** est plus performante que la vidéo-endoscopie classique ; 2) la **chromoendoscopie classique** à l'indigo carmin ou à l'acide acétique et la **chromoendoscopie électronique** NBI ont pour but de mieux diriger les biopsies ; 3) l'**endomicroscopie confocale** (adaptée sur endoscope ou par miniprobe) permet un examen histologique direct in vivo ; 4) mais attention : ces développe-

ments technologiques doivent apporter plus d'informations et non trop de détails.

Sur le plan thérapeutique : La DHG et l'ADK sur l'OB peuvent être traités par EMR ou par Dissection Endoscopique Sous-muqueuse (ESD). Cette dernière technique autorise un taux plus élevé de **résection complète en bloc** mais elle est très difficile et risquée dans l'OB même pour les japonais et BERGMANN conseille d'y réfléchir à 2 fois avant de s'embarquer dans une ESD sur OB. **L'ablation par radio-fréquence et la photothérapie dynamique** sont également des méthodes utilisées, la première ayant fait l'objet de plus de communications que la seconde.

LES POINTS FORTS DES DIFFERENTS POSTERS :

* L'imagerie tri-modale, incluant haute résolution, auto-fluorescence et NBI dans un système endoscopique univoque, améliore significativement le diagnostic de DHG et d'ADK ; * une méta-analyse montre que le NBI, qui souligne les structures de la surface muqueuse (pit patterns) et les micro-capillaires, est un appoint significatif pour dépister un ADK sur OB ; * le couplage de la FISH cytologie (Fluorescence In Situ Hybridization) sur recueil cellulaire par brosse endoscopique et de l'EMR ciblée est supérieur au protocole de Seattle (biopsies étagées tous les 1 à 2cm aux 4 quadrants) pour le diagnostic de DHG et d'ADK sur OB ; * *le requiem du protocole de Seattle semble finalement sonné !*

Traitement : * la résection endoscopique de DHG et d'ADK sur OB réduit significativement le recours à l'oesophagectomie selon différentes études menées dans différents pays où le geste chirurgical reste le gold standard. En Allemagne, le traitement endoscopique de l'ADK sur OB est maintenant préconisé en première intention ; * la chirurgie étant la recommandation actuelle en Grande Bretagne pour la DHG sur OB, une étude médico-économique selon un modèle de MARKOV a démontré que la radio-fréquence était un traitement coût-efficace, la chirurgie ne l'étant que si le taux d'échec de la **radio-fréquence** était supérieur à 30 % ; * selon une étude multicentrique européenne, l'**EMR** est hautement efficace avec un risque moyen de complication, la radio-fréquence également hautement efficace a un risque moindre ; * finalement, l'EMR sur les lésions en relief suivie de la radio-fréquence semble un couplage thérapeutique efficace dans plus de 95 % des cas. Cela vaut pour les longs (3 cm < L < 5 cm), très longs (5 cm < XL < 10 cm) et très très longs (10 cm < XXL) segments d'OB ; * l'EMR, selon le système multibande (Cook Medical), est rapportée dans une étude comme plus rapide, plus économique et moins risquée que l'EMR sur cap (Olympus). Des études complémentaires sont nécessaires.

EN CONCLUSION, différentes études préconisent une EMR puis une surveillance par chromoendoscopie et NBI en pratique courante lorsqu'est diagnostiquée une DHG + ou - ADK in situ sur OB.

Arsène PAPAIZIAN

Multicentre prospective evaluation of the quality of bowel preparation for colonoscopy in 1 019 patients

J.LAPUELLE, E. ABDINI, JM. CANARD, P.COULOM, B.CROGUENNEC, JC. LETARD, C. BOUSTIERE, J. CASSIGNEUL, J.CAZALS, PA. DALBIES, N. GIMBERT, T. HELBERT, P. HOUCKE, P. PIENKOWSKI, R. SYSTCHENKO (CREGG), C. CHAUSSIER, F. KOHLER, F. VICARI (ASET)
Conflict of interest: LABORATOIRE FERRING

SUMMARY

INTRODUCTION:

Good quality bowel preparation is essential for the detection and resection of polyps. The purpose of this study was to evaluate the factors affecting the quality of bowel preparation and examination procedures, independently of the type of product used, by systematically recording colonoscopies.

MATERIALS AND METHODS:

This prospective survey was conducted by senior endoscopists & gastroenterologists. Descriptive statistical analysis was performed without taking into account the product used for preparation. The impact of different factors was assessed by univariate analysis using the Chi-square or exact Fisher test. The quality of the preparation was evaluated both by the endoscopist who filled in a grid, from "very poor" to "excellent" (1 to 5) and by a second independent reading of the colonoscopy recordings.

RESULTS:

1,019 colonoscopies were recorded. The age of patients examined ranged from 14 to 91 years. Colonoscopies were conducted on an outpatient basis in 97% of cases. A residue-free diet was prescribed in 79% of cases usually for 3 days (94%). This significantly improved ($p < 0.03$) the quality of the preparation. During this study, 95% of patients took more than 80% of the preparation with just 5% of vomiting. Colonic enemas were performed in 69.7% of cases though it was not possible to show that this had a significant effect on the quality of the preparation ($p < 0.12$). The proportion of poorly prepared colonoscopies rated "very poor, poor and average" (1,2,3) was about 23.4% during the first reading. During the second reading, this rate increased to 30.6% and the observed agreement between the two readings was 0.689 whereas the random agreement was 0.322 with a kappa of 0.541 and therefore moderate reproducibility. Repeat colonoscopy was deemed necessary in 6% of cases. During colonoscopy, an enema to improve the preparation was used in 32% of cases. If the quality of the preparation is evaluated according to the time of the colonoscopy, better results were obtained when the examinations were performed in the afternoon ($p < 0.001$). An explanation of the preparation was given to 94.8% of patients by the doctor and secretary and this impacted quality when the explanation was given by the secretary. For 644 findings in which colonoscopy time was noted, the recording showed that the withdrawal time was 6 minutes or less in 40.5% of cases.

CONCLUSION:

The quality of bowel preparation seemed better when the examinations were performed in the afternoon (role of the last dose in the hours before colonoscopy). The prescription of a residue-free diet significantly improved preparation. Repeat colonoscopies were considered necessary in 6% of cases. The withdrawal time was respected in only 60% of procedures. Interobserver variability confirmed that systematic recording of colonoscopy is necessary in order to improve clinical practices and to conduct surgical procedures in compliance with SFED guidelines

INTRODUCTION

1. Descriptive 1-year prospective study conducted by senior colonoscopists from centres throughout France
2. Systematic recording of colonoscopies
3. Evaluation of the factors affecting the quality of colonic preparation in real-life
4. Descriptive statistical analysis carried out without taking into account the product used for the preparation
5. The quality of the preparation was evaluated both by the endoscopist who filled in a grid - from "very poor" to "excellent" (1 to 5) - and by the analysis of recordings from independent second readers

METHOD

1,019 colonoscopies were recorded:

- Aged from 14 to 91 years old (mean 52 +/- 13 years)
- 60% men ($p < 0.05$)
- 21 % constipated patients
- 10 % with diarrhoea
- 5 % with alternating constipation and diarrhoea
- 44 % had a chronic disease
- 33 % were taking medications
- 97 % colonoscopies were performed on an outpatient basis
- A residue-free diet was instituted in 79 % of cases usually for 3 days (94 %), and this significantly impacted the quality of the preparation ($p < 0.03$).
- Enemas were used in 69.7% of cases without a significant influence on quality ($p < 0.12$)

88% of patients were seen by the gastroenterologist during a visit before the examination

This was the variable that most significantly impacted the quality of the preparation

The doctor and secretary explained the preparation to 94 % of patients and this best improved quality when the explanation was given by the secretary

The pharmacist had no impact on the quality of preparation.

RESULTS

The proportion of "very poorly, poorly and moderately" (1,2,3) prepared colonoscopies was about 23.4% according to the first reading

During the second reading, this rate increased to 30.6 and the agreement between the two readings was 68.9 %.

This agreement was 82.2% for the "good and excellent" preparations

Repeat colonoscopy was deemed necessary in 6 % of cases.

Colonic enema was practiced in 32% of cases, improving quality.

Studying the quality of the preparation according to the time of colonoscopy showed that the results were best in the afternoon ($p < 0.001$)

RESULTS

Recording of colonoscopic withdrawal in 644 analysable patients showed a return from the caecum to the anus in 6 minutes* or less in 40.5% of the cases.

This was also less than or equal to 8 minutes in 65.1% of cases.

* SFED guidelines

PHOTOS



CONCLUSIONS

The quality of the preparation is better if the examination is performed near the end of preparation

The physician must see the patient during a visit before the examination

Two explanations (doctor + secretary) are better than one

Withdrawal time was only respected in 60 % of cases

The interobserver variability: poor preparation from 23.4% to 30.6% seems to confirm that systematic recording of the colonoscopy is necessary in order:

- To assess the preparation of the examination,
- To justify the need to repeat colonoscopy,
- To show compliance with good practices for the investigation of the colon

ANNONCES

- Cabinet d'Hépatogastroentérologie La Rochelle recherche successeur

Docteur Serge BAESJOU, installé en association, avec activité importante et diversifiée et conditions d'exercice optimales, cède sa clientèle.

N° contact : 06.61.73.22.16

- Cabinet d'Hépatogastroentérologie d'Avignon recherche successeur

Cabinet installé dans un centre médical avec parking clientèle, comportant de nombreuses spécialités. La clinique chirurgicale et d'ambulatoire est située à 100 m du cabinet.

Contact : pierre.barbotte@numericable.fr

Tel : 06-12-66-59-85

- Cabinet d'Hépatogastroentérologie vendéen recherche successeur

Adresse : Parc d'activités Schweitzer - Rue Jacques Monod - 85300 CHALANS

Contact : Drs J. OLLIVRY ou O. ZARKA

Tél : 02-51-93-09-11 - Port : 06-18-95-84-86 - Fax : 02-51-49-40-59

Mail : dr.ollivry@wanadoo.fr

Poste :

- Association en vue d'une succession 2009-2010
- Actuellement cabinet de 2 HGE (possibilité d'un 3ème)
- Importante activité libérale avec cliniques (3 sites)
- Échographie et possibilité d'échoendoscopie sur un site
- G.C.S avec Centre Hospitalier

Conditions financières :

CA garanti à N+1 avec partage d'honoraires

Possibilité de devenir propriétaire des parts de SCI du cabinet médical

- Cède à la Rochelle (Charentes-Maritime), cause retraite, clientèle libérale (secteur 2) d'hépatogastroentérologie, à orientation proctologique dans un environnement, notamment professionnel, d'exception (4 demi-journées en clinique, redevance 4 %...)

Docteur BRULÉ

Mail : jean.brule17@orange.fr

BIBLIOGRAPHIE

- À propos de la pancréatite aiguë biliaire

1. Nowak A. et al. Final results of the prospective, randomised, controlled study on endoscopic sphincterotomy versus conventional management in acute biliary pancreatitis. *Gastroenterology* 1995 ; 108 : A380.

2. Nowakowska-Dulawa E. et al. Urgent endoscopic sphincterotomy is beneficial for patients with acute biliary pancreatitis without common bile duct stones - A prospective randomised study. *Abstract UEGW 2009.*

AGENDA 2010

25 au 28 Mars

JFHOD - Palais des Congrès de Paris

2 au 5 Mai

AGA - News-Orléans



LE BUREAU

Président :

Jean-Marc CANARD
Cabinet Médical
96, boulevard du Montparnasse 75014 PARIS
Tél. : 01-43-21-51-31 Fax : 01-40-47-69-81
jm.canard@hotmail.fr

Trésorier :

Marie-Pierre PINGANNAUD
23, cours Gouffé 13006 MARSEILLE
Tél. : 04-91-90-77-70 Fax : 04-91-56-66-90
mppingannaud@aol.com

Secrétaire Général :

Jean-Christophe LÉTARD
Polyclinique de Poitiers
1, rue de la Providence 86000 POITIERS
Tél. : 05-49-61-72-65 Fax : 05-49-61-72-01
jean-christophe.letard@wanadoo.fr

Conseil d'administration :

Guillaume BONNAUD, Christian BOUSTIÈRE, Denis CONSTANTINI, Pierre COULOM, Franck DEVULDER, Thierry HELBERT, Philippe HOUCHE, Jean LAPUELLE, Patrick LÉVY, Arsène PAPA ZIAN, Bruno RICHARD-MOLARD, Anne-Laure TARRERIAS

LES COMMISSIONS

Prévention des Cancers par Endoscopie

Anne CALAZEL-BENQUÉ

acalazel@capio.fr

Cancérologie

Patrice PIENKOWSKI 82017 MONTAUBAN

ppienkowski@clinique-pontdechaume.fr

Hépatologie

Bertrand HANSLIK

34000 MONTPELLIER

bertrand.hanslik@wanadoo.fr

MICI

Patrick FAURE 31077 TOULOUSE

faure.gastro31@wanadoo.fr

Motricité et Nutrition

Vianna COSTIL 92092 PARIS-LA-DÉFENSE

vianna@costil.fr

Proctologie

Jean-Michel ROUILLON 11000 CARCASSONNE

rouillon.gastro11@club-internet.fr

Endoscopie

Élias ABDINI

elias.abdini@wanadoo.fr

Imagerie

Pierre DALBIÈS 34500 BÉZIERS

pa.dalbies@wanadoo.fr

Informatique

Guillaume BONNAUD 31700 BLAGNAC

hepavie@free.fr

Plateaux Techniques

Jean-François ROQUES 49000 ANGERS

jean-francois.roques@wanadoo.fr

La lettre CREGG 47 est réalisée et diffusée avec le soutien des laboratoires

AstraZeneca
GASTRO-ENTÉROLOGIE

Directeur de la publication : J.-M. CANARD

Directeur de la rédaction : Ph. HOUCHE

Secrétaire de la rédaction : Céline HUGOT

Ont participé à ce numéro : J.-M. CANARD,

Vianna COSTIL, F. DEVULDER, P. FAURE,

Ph. HOUCHE, J.-P. JACQUES, J. LAPUELLE,

J.-C. LÉTARD, P. LÉVY, A. PAPA ZIAN, P.

PIENKOWSKI, Marie-Pierre PINGANNAUD,

J.-M. ROUILLON, Anne-Laure TARRERIAS,

F. VICARI

Comité de rédaction : J.-M. CANARD,

Ph. HOUCHE, J.-C. LÉTARD,

Marie-Pierre PINGANNAUD

Photos : F. DEVULDER, J.-M. ROUILLON

Conception et impression :

Imprimerie HANOCQ - Tél : 03-21-03-04-38

Édition : ALN Nancy

ISBN : 978-2-35833-027-5

EAN : 9782358330275

ISSN : 1261-7458