ABSTRACT

Etude de pratiques dans la stéato-hépatite non alcoolique (Nash) auprès des hépato-gastroentérologues libéraux (HGEL) : **PRALINA**

C Bonny (1), F Kohler (2), B Hanslik (3),commission hépatologie du CREGG. (4)
(1) Clermont-Ferrand, (2) Nancy, (3) Montpellier, (4) Club de Réflexion des cabinets et Groupes d'Hépato Gastroentérologie. www.cregg.org.

Introduction: La NASH est une des causes les plus fréquentes d'hépatite cependant sa prévalence reste mal connue (8à25%) et sa prise en charge diagnostique et thérapeutique n'ont fait l'objet d'aucune recommandation. Nous avons donc cherché à connaître les pratiques des HGEL.

Méthodes: Un questionnaire anonyme portant principalement sur la prévalence, le mode de recrutement et les modalités de prise en charge a été envoyé par courrier à 1600 HGEL. Une relance a été réalisée par mail dans un deuxième temps. Les résultats sont exprimés en moyenne et écart type de la moyenne pour chacun des items.

Résultats préliminaires concernant les 419 fiches reçues:
L'âge moyen des HGEL était de 51,6 ± 0,4 ans. L'activité d'hépatologie était de 20 ± 0,7 %. La majorité des HGEL (45 %) voyaient entre 10 et 30 patients atteint de NASH par an; 23 % plus de 30 et 31 % moins de 10. Les patients étaient adressés par le médecin traitant dans la majorité des cas (78 ± 1,2 %) par un spécialiste dans 12,1 ± 1,1% mais aussi à leur demande dans 26,1 ± 1,4 % .Une échographie hépatique était presque toujours réalisée (97 %), mais une imagerie supplémentaire pouvait être demandée (TDM 23 %,IRM 17 %). L'évaluation de la fibrose était faite le plus souvent par des marqueurs sériques (65 %: 169 Fibrotests, 103 Fibromètres) mais aussi par Fibroscan (46 %). Les praticiens avaient recours à une ponction biopsie hépatique (PBH) dans 11,9 ± 0,9 %, essentiellement lorsque les marqueurs de fibrose étaient augmentés ou en fonction de la valeur des transaminases. Le suivi du patient était réalisé par l'HGEL dans 66,5%; cependant un avis était très souvent demandé (diététicien: 63%, endocrinologue: 50 %, cardiologue: 33 %).
Le traitement proposé était le régime seul dans 35,6 ± 2,2 %, le régime associé à une activité physique dans 77,1 ± 1,4 % et le régime associé à un agent pharmacologique dans 31,7 ± 2,6 %.Lorsque qu'un traitement médicamenteux était proposé il s'agissait souvent de metformine (26 %), d'acide ursodésoxycholique (41,6 %), de vitamine E (15,1 %), de glitazone (8,5 %), de saignées (7,1 %). Un recours à une chirurgie bariatrique pouvait être envisagé pour 40,8 % des HGEL. Le patient était surveillé par l'HGEL (79,7 %) environ tous les 6 mois (50 %).

Conclusions: Cette étude confirme que la NASH est une pathologie fréquente en médecine libérale. Le diagnostic n'est que rarement fait par PBH (12 %) et l'évaluation de la fibrose repose fréquemment sur les nouvelles technologies comme les marqueurs sériques et le Fibroscan. Un tiers des patients bénéficie d' agents pharmacologiques. Il semble donc nécessaire d'établir des recommandations concernant la prise en charge
diagnostique et thérapeutique et de développer une approche multidisciplinaire notamment avec les endocrinologues et les cardiologues.

LE SYNMAD AUX JFHOD 2010

Le comité d'organisation des JFHOD, la SNFGE et la FMC-HGE doivent être chaleureusement remerciés et félicités pour ce succès, notamment Guillaume CADIOT et Michel GREFF. Comme il avait été annoncé, le SYNMAD a donc tenu **2 symposia** lors de ces journées. Le premier était consacré aux **revenus des hépato-gastroentérologues et aux moyens de rentabiliser leur entreprise médicale**. Les revenus des hépato-gastroentérologues ont augmenté de façon régulière et ce par la conjonction de 2 éléments que sont l'ouverture à l'ensemble des praticiens du C2 et la prise en charge du matériel d'endoscopie digestive par les structures, malgré quelques directeurs encore récalcitrants.

Le deuxième symposium a été consacré à la **redevance en établissement** de santé et l'intervention de Maître François-Xavier GOSSELIN a permis d'éclairer, de façon limpide, la nécessité d'un contrat entre les praticiens et la structure, la difficulté de définir le juste prix et les postes relevant de cette redevance.

Il a insisté pour conclure sur la difficulté de lister par contrat les services réciproques, de les chiffrer et de les actualiser sans expertise ni contentieux.

Thierry HELBERT
Président du SYNMAD

AGENDA 2010

- 2 au 5 mai
AGA - La Nouvelle Orléans

- 27 mai *Web Conférence en hépatologie : Post-EASL - la maison*

- 12 juin *Journée de formation de la commission de nutrition du CREGG - Paris*

- 24 – 25 septembre
XXIX^ème congrès CREGG Disneyland Ressort, Paris

- 23 au 27 octobre
UEGW - Barcelone

L'ACFM, l'A.FOR.SPE, et FORMUNOF ont regroupé leurs actions validantes à l'occasion des « Printemps de la FMC », les vendredi 18 et samedi 19 juin prochains au Pôle Universitaire Léonard de Vinci, à Paris la Défense.

Vous trouverez ci-dessous la liste des séminaires ouverts aux **hépato-gastroentérologues**.

1. **Mucosectomie oesophagienne et thérapeutiques innovantes**
2. **Mucosectomie colique et thérapeutiques innovantes**
3. **Enseignement de la vidéo capsule endoscopique dans l'exploration de l'intestin grêle - Niveau 1**
4. **Acquisition d'expertise en vidéo capsule endoscopique - Niveau 2**
5. **Prise en charge actuelle de la maladie hémorroïdaire**
6. **Les principes de la gestion des risques**
7. **Gestion du stress : éviter le burn-out**
8. **Gestion de la réclamation d'un patient**

LE BUREAU

Président :
Jean-Marc CANARD
jm.canard@hotmail.fr

Trésorier :
Marie-Pierre PINGANNAUD
mppingannaud@aol.com

Secrétaire Général :
Jean-Christophe LÉTARD
jean-christophe.letard@wanadoo.fr

Conseil d'administration : Guillaume BONNAUD, Christian BOUSTIÈRE, Denis CONSTANTINI, Pierre COULOM, Franck DEVULDER, Thierry HELBERT, Philippe HOUCKE, Jean LAPUELLE, Patrick LÉVY, Arsène PAPAZIAN, Bruno RICHARD-MOLARD, Anne-Laure TARRERIAS

LES COMMISSIONS

Prévention des Cancers par Endoscopie
Anne CALAZEL-BENQUÉ 31400 TOULOUSE
acalazel@capio.fr
Cancérologie
Patrice PIENKOWSKI 82017 MONTAUBAN
ppienkowski@clinique-pontdechaume.fr
Gestion – Fiscalité – Retraite
Olivier BERRETTA - CHELLES
berrett13@aol.com
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
Photothérapie et photodiagnostic
Jacques ETIENNE - PARIS
jacques.etienne1@orange.fr
Proctologie
Jean-Michel ROUILLON 11000 CARCASSONNE
rouillon.gastro11@gmail.com
Endoscopie
Élias ABDINI 64600 ANGLET
elias.abdini@wanadoo.fr
Imagerie
Pierre DALBIÈS 34500 BÉZIERS
pa.dalbies@orange.fr
Informatique
Guillaume BONNAUD 31700 BLAGNAC
hepavie@free.fr
Plateaux Techniques
Jean-François VINCENSINI 31400 TOULOUSE
jfvincensini@voila.fr

La lettre CREGG 48 est réalisée et diffusée avec le soutien des laboratoires

AXCAN PHARMA™

Directeur de la publication : J.-M. CANARD
Directeur de la rédaction : Ph. HOUCKE
Secrétaire de la rédaction : Céline HUGOT
Ont participé à ce numéro : J.-M. CANARD, Vianna COSTIL, F. DEVULDER, P. FAURE, B. HANSLIK, Ph. HOUCKE, J.-C. LÉTARD, B. NAPOLÉON, J.-M. ROUILLON
Comité de rédaction : J.-M. CANARD, Ph. HOUCKE, J.-C. LÉTARD, Marie-Pierre PINGANNAUD
Photos : AXCAM PHARMA
Conception et impression : Imprimerie HANOCQ - Tél : 03-21-03-04-38
Édition : ALN Nancy
ISBN : 978-2-35833-037-4
EAN : 9782358330374
ISSN : 1261-7458

CREGG
Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie
www.cregg.org
association régie par la loi de 1901

Flashes sur les JFHOD

Édito

Une bonne réunion qui monte encore en puissance.

Si mes chiffres sont bons, il y a eu ***10 % de participants supplémentaires*** sur quatre jours très denses, où, tout le monde pouvait trouver ce qu'il cherchait.

Personnellement, j'ai trouvé pas mal ***d'endoscopie***, assez centrée sur la polypectomie. Cela tombe bien, car, c'est ce que nous faisons de façon régulière et courante !

La journée de prévention des cancers par endoscopie du 30 mars 2010 monte en puissance et on peut dire que celle-ci est institutionnalisée avec de multiples conférences de presse et de très nombreux articles dans les journées nationaux mais aussi régionaux, les radios et les télévisions.

Le but est de faire de la coloscopie la meilleure arme de prévention et que cet examen soit notre examen de base indéboulonnable.

Le symposium du CREGG s'est bien passé, avec des sujets qui ont intéressé beaucoup de personnes. Le CREGG s'est aussi investi lors des symposia de la SFED et du SYNMAD sur la redevance.

Le CREGG est en bonne santé et monte en puissance avec de plus en plus de membres, 80 € ce n'est pas grand-chose pour faire partie du groupe de médecins spécialistes libéraux le plus important de France, voire le seul d'Europe. Cela nous permet ***de défendre notre liberté d'exercice, mais aussi notre spécialité***, en étant toujours associé dans ce combat à nos amis hospitaliers, universitaires et non universitaires.

J'espère que vous serez très nombreux lors ***des journées du CREGG les 24 et 25 septembre 2010*** qui sont des journées de réflexion mais aussi de formation sur nos pratiques professionnelles, sur la FMC avec une formation pratique sur la muqueuse animale, y compris des espaces posters, des vidéo sessions et des contacts avec nos amis industriels fabricants de matériels et de médicaments.

Vous trouverez dans ce numéro encore une fois les avis de chacun des présidents de commissions qui travaillent énormément et dont je suis très fier d'être le président depuis un an et demi.

Jean-Marc CANARD
Président du CREGG

SOMMAIRE

Page 2
- LES MANIFESTATIONS PROCTOLOGIQUES DES MICI
Franck DEVULDER

- LES ANTI-TNF ENCORE ET TOUJOURS !
Patrick FAURE

- LA VIDÉO CAPSULE COLIQUE
Jean-Christophe LIÉTARD

Page 3
- HÉPATOLOGIE
Bernard HANSLIK

- EN ENDOSCOPIE
Bertrand NAPOLÉON

Page 4
- FLASH INFOS SUR L'ENDOSCOPIE
Philippe HOUCKE

- L'ESD, L'ÂGE DE RAISON
Jean-Christophe LIÉTARD

Page 5
- POSTER : Étude comparative des différents types de dissecteurs à injection d'eau avec ESD calibrée chez 25 porcs

Page 6
- ÉRADICATION D'*HELLICOBACTER PYLORI (Hp)* : BIENTÔT DU NOUVEAU !
Jean-Michel ROUILLON

- LA NUTRITION EN GASTROENTÉROLOGIE
Vianna COSTIL

Page 7
- POSTER : Observatoire sur 297 patients IBS diarrhétiques, effet de Lactéol® sur les symptômes

Page 8
- ABSTRACT
- LE SYNMAD AUX JFHOD 2010
- AGENDA

Lettre N°48 Mai 2010

LES MANIFESTATIONS PROCTOLOGIQUES DES MICI

Les JFHOD 2010 nous ont données l'occasion d'assister à un symposium conjointement organisé par la FMC HGE et la SNFCP sur les manifestations proctologiques des MICI.

Ce symposium a permis de traiter de la difficile prise en charge des **rectites réfractaires**. Philippe GODEBERGE a pu rappeler que cette affection touchait 10 % de patients souffrant de **rectite inflammatoire**. Les principaux messages qui ressortent de cette présentation concernent ***l'observance thérapeutique***, qui selon les études, fluctue entre 40 et 70 % ***et la grande efficacité des traitements de première ligne***. Acharnons nous donc à les optimiser et à donner une information éclairée à nos patients avant d'envisager des prises en charge plus complexes.

La seconde partie de ce symposium était consacrée aux **LAP de Crohn**. Ghislain STRAUMONT, Laurent ABRAMOWITZ et Jean-Luc FAUCHERON ont ainsi pu dresser les grandes lignes d'une approche thérapeutique devenant de plus en plus médico-chirurgicale. En effet, et comme l'a récemment écrit le Professeur Michael KAMM dans *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, les objectifs du traitement des LAP de Crohn ne peuvent se résumer au tarissement des orifices externes. Tout concours aujourd'hui pour mettre en œuvre les thérapeutiques ayant pour but ***un contrôle de l'inflammation et un contrôle effectif de l'infection***. **Les biothérapies** ont démontré leur capacité « à refroidir » les fistules drainées. Cependant, il semble que de meilleurs résultats pour assécher les fistules soient obtenus ***en associant aux anti TNF***, et après un drainage rigoureux, ***des techniques d'obstructions des trajets fistuleux par de la*** **colle biologique**, **un PLUG** ou la réalisation d'un **lambeau d'avancement**. On comprendra aisément que ces prises en charge relèvent d'équipes spécialisées et font souvent appel à un examen proctologique sous anesthésie, mais ***également, à des techniques d'imagerie par IRM ou échographie endoanale***. Malgré cette prise en charge combinée médico-chirugicale, le recours à la chirurgie « lourde » des cas difficiles de LAP de Crohn est parfois encore nécessaire. Ainsi, le traitement des fistules complexes fait parfois appel à des techniques allant du simple drainage en séton prolongé aux plus complexes lambeau de Martius ou graciloplastie. Les sténoses anales et rectales relèveront le plus souvent de simple geste de dilatation. Ainsi et malgré la place des traitements combinés de dernière génération, la prise en charge des LAP de Crohn reste difficile et souvent affaire d'experts, en particulier, dans l'abord chirurgical de ces lésions. De prochaines études devraient clarifier l'efficacité de cet abord médico-chirurgical exposé au cours de ce symposium.

Franck DEVULDER

LES ANTI-TNF ENCORE ET TOUJOURS !

Les JFHOD 2010 ont débuté par une conférence dans la session MICI sur les **nouvelles biothérapies** à venir : «l'après **Anti-TNF**». Beaucoup d'élus dans les laboratoires de recherche de l'industrie mais des résultats encore très décevants dans les études de phase II et III. De nombreuses molécules prometteuses l'année dernière sont passées à la trappe. ***La physiopathologie de l'inflammation des MICI*** apparaît plus complexe que d'autres maladies inflammatoires. Pour l'instant, seul le **natalizumab** (anti alpha 4 integrine) commercialisé aux USA pour les patients réfractaires aux Anti-TNF a montré son efficacité ***dans la maladie de Crohn***. Malheureusement, le risque de Leuco Encéphalite Multifocale Progressive secondaire au virus JC n'est pas négligeable. Une nouvelle molécule de la même famille (inhibiteur spécifique de madcam-1) le **MLN002** (**vedolizumab**) est en cours d'évaluation et pourrait avoir un risque moindre de LEMP. D'autres voies sont prometteuses comme les **Anti-interleukines 12 et 23** qui inhibent les lymphocytes T CD4 au niveau de la réponse immunitaire Th1 et Th17.

Dans la RCH, l'Abatacept (inhibiteur l'activation des lymphocytes T) a montré son inefficacité dans une grande étude randomisée de 490 patients. Les résultats présentés par J.-F. COLOMBEL sont sans appel : l'**Abatacept** n'a pas été efficace pour le traitement d'induction de la RCH en poussée et l'obtention d'une rémission. Un nombre plus important de patients sous Abatacept a présenté un événement indésirable lié à une exacerbation de la RCH. Cette étude signe probablement l'arrêt de mort de cette molécule dans la RCH. À l'inverse, dans un travail rétrospectif, **L'IFX** en entretien dans la RCH réfractaire confirme son efficacité au long cours. Les patients répondeurs à l'induction maintiennent la réponse en entretien et limitent le recours à la colectomie.

La cicatrisation muqueuse endoscopique est aujourd'hui un des enjeux dans la prise en charge thérapeutique des MICI et pourrait avoir un intérêt pronostic. **Les anti TNF et l'azathioprine** peuvent permettre d'obtenir cette cicatrisation dans la maladie de Crohn. Une étude prospective menée par D. LAHARIE **a comparé l'efficacité du méthotrexate, de l'AZA et de l'IFX** dans la cicatrisation muqueuse chez des patients en rémission clinique depuis au moins 3 mois sous monothérapie au moment de l'inclusion, mais connus pour avoir des lésions endoscopiques antérieurement. Les contrôles endoscopiques, faits le plus souvent pour dépistage de dysplasies, ont montré une cicatrisation significativement moindre avec le méthotrexate qu'avec l'AZA et l'IFX. La persistance d'une activité endoscopique sous méthothrexate pourrait expliquer l'échappement progressif de la maladie de Crohn à ce traitement d'entretien.

La fatigue est une plainte fréquente, même chez des malades avec une maladie de Crohn inactive. ***Son origine est souvent multifactorielle***. Un travail portant sur 52 patients ayant une maladie de Crohn inactive, montre que le syndrome inflammatoire, l'insomnie, l'anxiété et le traitement immunosuppresseur n'ont pas de rôle significatif. **La dépression et l'hypoferritinémie** semblent être des facteurs importants nécessitant une prise en charge plus active.

Plus de dix ans après leur commercialisation, **les anti-TNF restent nos meilleurs alliés dans la prise en charge de MICI modérées à sévères**. La connaissance et la maîtrise de ces molécules sont indispensables plus que jamais par les hépatogastroentérologues libéraux afin d'offrir à nos patients les meilleurs soins !

Patrick FAURE

LA VIDÉO CAPSULE COLIQUE

L'étude CREGG/SFED (A. DE LEUSSE, A4) portant chez 97 patients en échec ou contre indication à la coloscopie a donné des résultats intéressants quant à la préparation en utilisant le protocole «Moviprep/Fleet» (POIT20) avec 34,7 % de diagnostics utiles en intention de traiter.

Les performances diagnostiques de la **vidéo capsule colique** progressent et on ne peut occulter cette technique. Reste à trouver sa place exacte qui n'est certainement pas celle de la coloscopie mais qui pourrait être pour **la surveillance de certaines maladies inflammatoires ou vasculaires**. Elle peut être pour les personnes de 40 à 50 ans sans symptômes ni facteur de risque, pour lesquels rien n'est préconisé et qui souhaitent une **action préventive** ; les patients de plus de 50 ans avec un **hemoccult négatif** exprimant le souhait d'un test de dépistage plus efficace et préventif par la détection de lésions pré-cancéreuses à leur début ; et, de façon intermédiaire, **entre 2 coloscopies de contrôle** dans certains cas.

Jean-Christophe LÉTARD

Observatoire sur 297 patients IBS diarrhéiques
Effet de Lactéol® sur les symptômes

CREGG
Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie

AL.Tarrerias, V.Costil, F.Vicari, JC.Letard, MP. Pingannaud, J. Lapuelle, A. Margulies, P. Adenis-Lamarre, PA. Dalbiès, B. Grunberg, S. Ecuer, F. Kohler, JM. Canard, P. Coulom

But

- Evaluer l'intensité des symptômes de patients consultant pour un IBS (syndrome de l'intestin irritable) à prédominance diarrhéique.
- Vérifier l'efficacité d'un probiotique très souvent utilisé dans cette indication : le *Lactobacillus* LB inactivés et milieu de culture fermenté, **Lactéol®**.

Critères d'inclusion des patients

- Patients consultant pour diarrhée chronique en rapport avec des troubles fonctionnels intestinaux.
- En cabinet de gastroentérologie libéral (étude CREGG).
- Agés de plus de 18 ans.

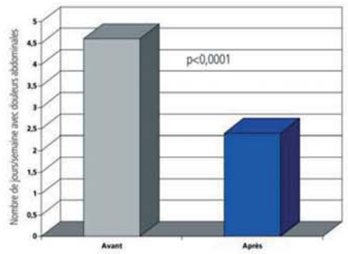
Méthode

- 297 patients consultant pour diarrhées chroniques rapportées à un syndrôme de l'intestin irritable ont rempli un questionnaire dont le but était de quantifier leurs symptômes et leur conséquence sur la continence anale, et leur qualité de vie. Nous avons utilisé des EVA (échelles visuelles analogiques).
- Le même questionnaire était rempli après 1 mois de traitement par **Lactéol®** 2 gélules/jour.

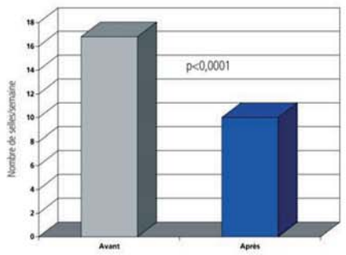
Le questionnaire

- Questionnaire anonyme ayant relevé :
  - Des données qualitatives : consistance des selles, relation aliments/symptômes et quels aliments, l'existence ou non d'une incontinence anale secondaire à la diarrhée.
  - Et des données quantitatives : nombre de selles/semaine, nombre de jours avec douleurs abdominales/semaine, EVA sur 10 cm pour les douleurs abdominales, les ballonnements et la qualité de vie. Le score se situe entre 0 (pas de symptômes) et 10 (symptômes très intenses).

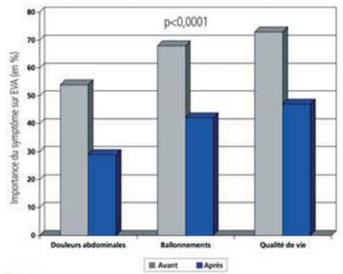
Effet de Lactéol® sur les douleurs abdominales



Effet de Lactéol® sur le nombre de selles/semaine



Effet de Lactéol® sur les symptômes fonctionnels



Ce que l'observatoire nous apprend

- Le taux d'incontinence anale chez les patients IBS diarrhéique est le double de la population générale : 18%.
- 52% de ces patients attribuent leurs symptômes à l'alimentation :
  - Légumes (34%)
  - Fruits (29%)
  - Lait (15%)
  - Graisses (15%)
  - Piments et épices (6%)
  - Sucre (4%)

CONCLUSION

- Cette étude montre à quel point l'IBS à forme diarrhéique est invalidant, les patients ont une qualité de vie dégradée qui s'accorde avec un taux d'incontinence anale secondaire anormalement élevé.
- **Lactéol®** est un probiotique qui semble efficace ce qui mérite d'être confirmé par une étude contre placebo.

Lactéol® est un antidiarrhéique d'origine microbienne composé de 2 principes actifs : 10 Milliards de *Lactobacilles* LB inactivés et 160 mg de milieu de culture fermenté.
L' AMM reconnait 4 mécanismes d'action :

- l'inhibition de l'adhésion et de l'invasion des entérocytes par les micro-organismes responsables de la diarrhée,
- une action antibactérienne,
- la stimulation de la croissance de la flore acidogène de défense (Vitamines B),
- la synthèse accrue d'IgA (immunostimulation non spécifique des muqueuses).

ÉRADICATION D'*HELICOBACTER PYLORI (Hp)* : BIENTÔT DU NOUVEAU !

Lors d'une session consacrée à ***Hp*** le vendredi matin, ***2 communications orales*** importantes vont probablement nous amener ***à changer notre attitude pratique en cas d'infection à Hp*** dans les années à venir.

Tout d'abord, dans un travail multicentrique Français (1), 530 souches d' Hp ont été isolées de 2004 à 2007 pour tester la **résistance aux antibiotiques**. Les résultats sont inquiétants et correspondent à notre vécu sur «le terrain» :
- 26 % des souches sont résistantes à la clarithromycine ;
- 61 % au métronidazole ;
- 13,2% aux fluoroquinolones avec surtout une augmentation significative des résistances entre les années 2004-2005 (7,3 %) versus 2006-2007 (14,1 %).

Il n'y a, pour le moment, pas de résistance en France à l'amoxicilline et aux cyclines.

Les auteurs conseillent donc de ne traiter les malades infectés par *Hp* qu'en fonction de tests de **sensibilité classique** (antibiogramme) ou **moléculaires** (PCR) en se basant sur les recommandations publiées dans Gut en 2007, où il est dit, qu'au-delà de 15% de résistance, un antibiotique ne doit être utilisé sans que la sensibilité de la souche n'ait été testée.

Ces résultats donnent toute leur valeur à une deuxième communication multicentrique Française (2) portant sur le développement d'une technique innovante de **détection moléculaire des résistances à la clarithromycine et à la lévofloxacine par test Génotype HelicoDR**.

Ce test, utilisant une amplification par PCR et hybridation inversée, peut être réalisé sur de simples biopsies et est une bonne alternative à la culture souvent décevante.
Génotype HelicoDR s'est montré efficace pour **prédire la résistance aux antibiotiques** avec de très bonnes valeurs prédictives positives et négatives.
Ce test n'est pas encore utilisable en routine mais devrait bientôt se développer si l'on ne veut pas voir apparaître des souches d' Hp multirésistantes.

Les deux messages sont donc : ne tirez sur *Hp* qu'à coup sûr et si vous n'êtes pas sûr d'être dans la cible n'hésitez pas à vous faire aider...

(1) : CO 130 : *Helicobacter Pylori* en France : prévalence élevée de la résistance aux antibiotiques ; Ch. BURUCOA et al.
(2) : CO 131 : évaluation d'un nouveau test Génotype HélicoDR pour la détection des résistances aux antibiotiques de *Hélicobacter Pylori* ; E. CAMBAU et al.

Jean-Michel ROUILLON

LA NUTRITION EN GASTROENTÉROLOGIE

Les nombreuses communications et la présence, aux JFODH 2010, de **nouveaux exposants** comme Nestlé, Danone, Lactalis, Mead Johnson Nutrition témoignent de l'essor de la nutrition en gastroentérologie.

L'efficacité du ballon gastrique a été mise en évidence par une présentation (C0.48) et par un poster (p 297).

L'effet satiétogène des protéines est expliqué par leur rôle modulateur sur les sécrétions d'hormones digestives (P 262).

Les chirurgiens bariatriques pratiquent de plus en plus fréquemment la **"sleeve gastrectomy" et le "gastric-by-pass"**, bien que **l'anneau gastrique** reste l'intervention la plus pratiquée (symposium de la SFCD). Le diabète peut être guéri par le bypass gastrique. Certaines complications de la chirurgie bariatrique (migration d'anneau gastrique, fistule après sleeve gastrectomie ou Bypass) sont prises en charge par les gastroentérologues (V.01, p 295, p 296). Le bypass peut entraîner une pullulation microbienne sans carence vitaminique si les patients bénéficient d'une supplémentation (C0.47).
L'alimentation peut jouer un rôle dans la **prévention du cancer colorectal** (communication au symposium de la SMMAD) et **l'obésité est un facteur favorisant** les cancers digestifs (conférence de l'ACHBT).

Vianna COSTIL

HÉPATOLOGIE

Le Cregg, par sa commission hépatologie, a présenté les résultats attendus de **l'enquête Pralina** (C. BONNY, CO 66 *cf.*page 8), confirmant la fréquence des NAFLD/NASH prises en charge en pratique libérale, montrant la faible fréquence (12 %) de réalisation d'une pbh pour le diagnostic, et le recours fréquent aux avis complémentaires (diététique (63 %), endocrino (50 %) et cardio (33 %)). Il semble important de développer l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge du syndrome métabolique.

Dans le domaine des **stéatopathies métaboliques,** l'équipe de la Pitié a utilisé le dosage systématique de **transferrine carbohydrate déficiente (CDT, non remboursé)** pour montrer que la consommation auto déclarée d'alcool surestime la stéatose non alcoolique «pure» au détriment de l'étiologie alcoolique, en particulier, chez les patients ayant une fibrose (Fibroscan > 7,1 kPa) (T. POYNARD, CO 67).

Sur le plan thérapeutique, une étude multicentrique française de phase 3 (M. BOURLIÈRE, CO 113) montre que ***l'albinterféron alfa-2b, administré à 900 µg tous les 14 jours et associé à la ribavirine***, a une efficacité comparable au ***PEGIFN alpha-2a*** pour le traitement des patients porteurs d'un génotype 1 (naïfs) ; la survenue d'évènements indésirables, notamment pulmonaires, et les arrêts de traitement avaient une incidence comparable. Une méta-analyse des essais contrôlés (7 publiés, 13 abstracts, presque 17 000 malades) comparant la bithérapie PEG IFN alpha-2a et alpha-2b a été réalisée à Montpellier (P. BLANC CO 114) et conclue à une efficacité significativement supérieure du **PEG IFN alpha 2a** pour les génotypes non 2-3 seulement. Enfin, dans l'hépatite chronique B, un travail multicentrique rétrospectif a montré que ***l'association entecavir + tenofovir*** est efficace chez les patients (51, dont 85 % en échappement virologique ou en réponse sub-optimale avec d'autres mono ou bithérapies) sans problème de tolérance, notamment rénale (A. NANI CO 119).

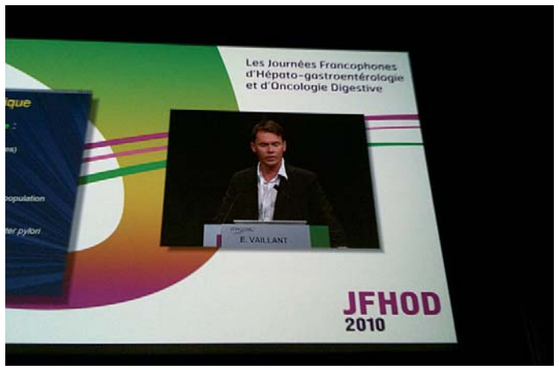
Bien sûr, un nouveau travail sur les marqueurs non invasifs de fibrose a été présenté (J.-P. ZARSKI CO 215), à la recherche du meilleur marqueur et de l'algorithme idéal. Cette étude prospective, multicentrique et indépendante (financement ANRS) concernait 512 patients ayant une ***hépatite chronique C non traitée***.

Les conclusions :
- 1) **le Fibromètre** (0,90) et **le Fibrotest** (0,89) (différence non significative) sont les 2 meilleurs marqueurs non invasifs dans **l'hépatite C** non traitée, suivie de près par l'Hépascore (0,86) ($p < 0,05$), gratuit ;
- 2) **le diagnostic de fibrose significative** (> = F2) est fait dans plus de 90 % des cas avec l'association Fibrotest + Fibroscan ;
- 3) **pour éliminer une cirrhose** (F4), [Fibroscan, associé à Fibromètre ou Fibrotest ou Hépascore] est un algorithme qui a une excellente performance diagnostique.

La séance d'hépatologie de la FMC HGE a permis de faire le point sur les 2 molécules anti virales C les plus « avancées » : le **bocéprévir et le télaprévir**.

Bertrand HANSLIK

EN ENDOSCOPIE



Insufflation au CO2 : Inoffensif ?

L'insufflation de ce gaz à la place de l'air est susceptible de séduire : du fait de sa ***réabsorption digestive et de son élimination par voie respiratoire***. Il **limite les ballonnements** et **diminue les douleurs post-procédurales**. Quelques travaux, réalisés hors de France, n'ont pas mis en évidence d'augmentation de la capnie durant les diverses procédures. Néanmoins, d'importants biais existaient dans le recueil du CO2 expiré (EtCO2).

Une **hypercapnie induite par l'insufflation de CO2** existe donc lors des endoscopies digestives. Cela ne pose pas de problème chez un patient intubé où la modification des constantes de ventilation suffit à corriger l'hypercapnie. À contrario, **on ne peut pas affirmer que l'utilisation du CO2 lors des coloscopies sous sédation**, comme nous les pratiquons en France, **soit sans risque**, en particulier, chez certains patients (insuffisants respiratoires…).

TIPMP des canaux secondaires : quel suivi ? A Arlix CO22

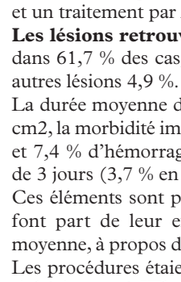
De plus en plus de TIPMP des canaux secondaires sont découvertes chez des patients asymptomatiques. Le risque d'évolution néoplasique est évalué entre 10 et 15 % à 5 ans. Ceci ne justifie pas une chirurgie de principe mais rend nécessaire une surveillance régulière en l'absence de critères péjoratifs.
Les propositions de l'équipe Toulousaine se rapprochent de celles de l'équipe de Beaujon, détaillées par P LÉVY lors de la FMC (Post-U 105-112) : EE, TDM et IRM systématiques lors de la découverte de la maladie ; TDM à 6 mois quand une des lésions fait plus d'1 cm ; EE et IRM à 1 an. Ultérieurement, une IRM tous les 2 ans pour les lésions < 3 cm. Pour celles > 3 cm une surveillance annuelle alternant TDM et IRM + EE.

Bertrand NAPOLÉON

FLASH INFOS SUR L'ENDOSCOPIE

*** Les 10 commandements de J.-F. BRETAGNE ou indicateurs de qualité de la coloscopie :**
1 - Indication clairement libérée ;
2 - Consentement éclairé signé par le patient ;
3 - Informations sur les comorbidités (grade ASA), les traitements anticoagulants ou antiagrégants, l'antibiothérapie prophylactique ;
4 - Type de préparation et qualité de la préparation ;
5 – Informations sur le caractère complet de la coloscopie avec documents photographiques (valvule et orifice appendiculaire) ;
6 – Mesure du temps de retrait ;
7 – Taux moyen de détection des adénomes (ou polypes ≥ 10 mm) ;
8 – Compte rendu détaillé du pré-, per- et post-coloscopie, incluant le descriptif précis des lésions (avec photos pour les lésions non réséquables), les résultats histologiques, les recommandations relatives à la surveillance ;
9 – Inclusion dans le compte rendu des informations relatives à la survenue immédiate ou différée de complications et de leur traitement ;
10 – Informations écrites délivrées à la sortie du patient avec numéro de téléphone pour appeler en cas de complications.
réf : J.-F. BRETAGNE, PostU ; 2010 ; 193-202
Rex DK et al., Am J.gastroenterol 2006 ; 101 : 873-85

* « Les petits polypes compris entre 6 et 9 mm et les polypes minuscules < 6 mm peuvent être dangereux !!
En DHG pour 2,5 % < 6mm et 15,5 % entre 6 et 9 mm ». réf : J.-F. BRETAGNE PostU ; 2010 : 193-202



**** L'examen histologique du polype :***
- Il débute en salle d'endoscopie : - par le repérage de la base de section du polype ;
  - par l'étalement de la pièce de mucosectomie (liège bouchon ou cassette).
- La réponse de l'anatomo-pathologiste :
  - classification de Vienne ;
  - degré d'infiltration dans la sous muqueuse < ou = à 1 000 microns ;
  - atteinte de la musculaire muqueuse ;
  - distance du front tumoral à la limite de section (son caractère dissocié ou non (budding) ;
  - existence d'embols veineux ou lymphatiques ;
  - présence d'une composante villeuse > 25 % ;
  - degré de différenciation cellulaire.

*** Les 4 conseils de Bertrand NAPOLÉON pour une polypectomie de qualité :**
- avoir une bonne connaissance de la classification de Paris ;
- avoir une bonne expertise des gestes et, en particulier, la gestion et l'acceptation psychologique des complications hémorragiques et de perforation ;
- avoir conscience de l'importance des critères de l'examen anapth qui débute en salle par la préparation de la pièce ;
- présenter en RCP tous les polypes pT1.

INFO CONFERENCE : «la chirurgie peut-elle être un traitement du diabète de type 2 ?»
F. PATTOU (Lille) a donné le jeudi une conférence de haute volée sur les capacités des interventions de chirurgie bariatrique à modifier l'histoire naturelle du diabète de type2. Les interventions de **"gastric-by-pass"** ou de **"sleeve gastrectomy"** sont les plus utilisées.

Philippe HOUCKE

L'ESD, L'ÂGE DE RAISON

L'observatoire de la SFED sur l'ESD (FARHAT S et al., CO155) a colligé 10 centres avec 81 procédures (moyenne 5 par centre) chez des patients d'âge moyen de 66 ans (28-87 ans). Les ESD ont été réalisées dans 50,6 % des cas au niveau de l'estomac, 40,7 % du rectum, 7,4 % de l'œsophage, 1,2 % du duodénum et pour des lésions d'une taille moyenne de 25 mn (8 à 120 mn).
L'ESD était faite dans 89 % des cas avec ***des dissecteurs conventionnels à haute fréquence*** et dans 11 % des cas avec ***un dissecteur à eau***, un embout distal étant utilisé dans 79 % des cas.
L'exérèse fut complète dans 93,8 % des cas et en monobloc dans 76,5 %, les marges de sécurités étant respectées dans 96,2 % des cas et un traitement par APC associé dans 13,5 %.
Les lésions retrouvées étaient en DHG ou en carcinome in situ dans 61,7 % des cas, une tumeur endocrine 11,1 %, une GIST et autres lésions 4,9 %.
La durée moyenne des procédures était de 90 mn soit : 30 mn par cm2, la morbidité immédiate de 29,6 % avec 22,2 % de perforations et 7,4 % d'hémorragies. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours (3,7 % en ambulatoire).
Ces éléments sont précisés par GIOVANNNI et al. (CO156) qui font part de leur expérience chez 75 patients de 63,2 ans en moyenne, à propos de 29 lésions gastriques et de 46 lésions rectales. Les procédures étaient réalisées au **Flex Knife** pour l'incision périphérique et à **ITknife** pour l'ESD, d'une taille moyenne de 39,5 mm (42,07 mm rectum, 25,87 estomac). Dans ce travail, ***la résection monobloc*** était plus facilement réalisable dans l'estomac (90,9%) comparé au rectum (45,6%). Le temps des procédures était de 85 mn soit : 20 mn par cm2. Trois perforations sont apparues, 10 saignements avec un seul cas de transfusion. Il n'y a eu aucune récidive pour les **résections monoblocs** contre 4 récidives rectales lors de résections en « **peace meal** », ce qui est une observation importante.
Un travail expérimental du CREGG (J.-C. LÉTARD, P285 *cf.* page 5) visait à comparer ***les différents types de dissecteurs à eau*** chez 25 porcs anesthésiés en ventilation spontanée (protocole IMIV) et suivis à 30 jours, après la réalisation d'une ESD gastrique calibrée de 6 cm2. Les deux types de dissecteurs à eau permettaient : une ESD étendue avec une efficacité identique et un taux de perforation quasi nul si on n'utilisait pas le « **Hook Knife** » ; une diminution du temps de procédures à 10 mn par cm2 quand on utilisé le « **Flush Knife** » et de façon très significative à 5 mn par cm2 pour **l'Erbet Jet 2**.
Ces premiers éléments suggèrent que l'ESD se développe, qu'elle est plus simple à réaliser dans l'estomac que dans le rectum, que **les centres « experts »** font moins de 10 ESD par an.
L'apprentissage initial de l'ESD peut se faire en premier lieu sur modèle « **easy ou endotrainer** », puis cochon sacrifié mais pour progresser dans l'utilisation du matériel, les « experts » devraient faire le choix de l'animal non sacrifié opéré dans des conditions identiques au quotidien.

Jean-Christophe LÉTARD

ETUDE COMPARATIVE DES DIFFERENTS TYPES DE DISSECTEURS À INJECTION D'EAU AVEC ESD CALIBRÉE CHEZ 25 PORCS.

Jean-Christophe Létard[1], François Cessot[2], Jean Marc Canard[3], Pierre-Adrien Dalbiès[4], Jean-Paul Carle[4], Bérangère Kieffer[5], Philippe Capot[5], Roger-Pierre Charles[5], Denis Sautereau[2].

[1]Polyclinique de Poitiers - 86035 Poitiers, [2]CHU Dupuytren - 87042 Limoges, [3]96, bd du Montparnasse - 75014 Paris, [4]30, bd John Kennedy - 34500 Béziers, [5]Clinique vétérinaire - 97231 Rivière Salée.

INTRODUCTION

L'ESD s'effectue avec des dissecteurs simples à courant haute fréquence ou avec des dissecteurs à injection d'eau sous pression.

Le but de ce travail était d'apprécier l'efficacité et l'innocuité des deux types de dissecteurs à eaux : Flush Knife et Erbe Jet.

MATERIEL ET METHODE

Chez 25 porcs large white de 30-35 kg à jeun depuis 48 h, ont été réalisées une ESD d'une surface de muqueuse gastrique calibrée à 6 cm² (marquage coagulation 35 w).

Prémédication : Stresnil® IM (1,5 mL).

Anesthésie (protocole IMIV) : Zoletil® 1mL IM, à 30 mn Zoletil® 0,4 mL IV puis par bolus IV de 0,2 mL.

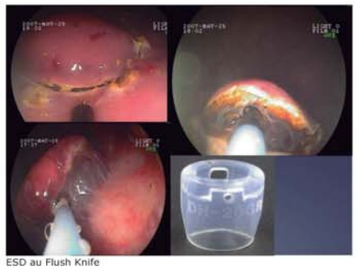
Gastroscope Fujinon EG-250HR2, bistouri Erbe ICC 200, VIO 300D, Flush Knife Fujinon avec pompe FTS JW2. Système Erbe Jet 1 et 2.

ESD au Flush Knife (10 cas) : injection sous muqueuse de 30 à 60 mL de sérum physiologique; incision et abord antérieur au Flush Knife de 2 mm (1 cas), 2,5 mm (4 cas) et 3 mm (5 cas) ; capuchon distal transparent; création d'un mur sous muqueux par injection de sérum physiologique à la pompe puis dissection au courant haute fréquence perpendiculairement à la « vague » sous muqueuse par des mouvements de balayage latéraux (endocoupe 80 - 120 w). Le procédé était répété pas à pas vers la zone distale réséquée à l'anse diathermique ou au Flush Knife. La pièce d'exérèse était récupérée, sa taille confirmée, l'escarre lavé puis inspecté, une parfaite insufflation gastrique témoignait de l'absence de perforation immédiate.

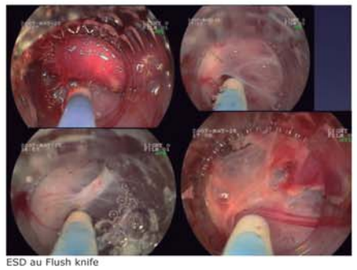
ESD à l'Erbe Jet (15 cas): décollement par injection directe (25 bar) ; incision et abord antérieur :
- 10 avec injecteur Erbet Jet 1 et dissecteurs simples à courant haute fréquence «2 Needle» «2 Safe» «2 Flex» «2 Triangle» «2 Hook» ;
- 5 avec un Erbe Jet 2 «1 ITip » « 4 TTip » ; création d'un mur sous muqueux verticalisé par injection de sérum physiologique, pas de capuchon distal ; section antérieure, latérales puis postérieure (endocoupe 80 - 120 w et 40 – 60 w « Hook»).

Animal endormi, perfusion après le début de l'anesthésie à l'oreille droite, ventilation spontanée

Systeme Erbe Jet à gauche, et en haut à droite avec jet d'eau stérile, en bas à droite Flush knife



ESD au Flush Knife



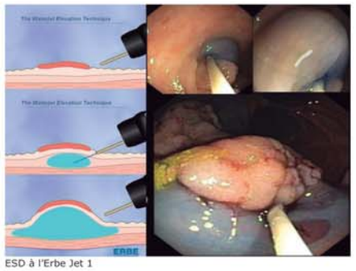
ESD au Flush knife

RESULTATS

L'ESD a été réalisée dans 25 cas sans recourir à une autre méthode d'hémostase. 24 porcs étaient vivants à 72 h et au 28 jour.

Trois complications sont apparues, 1 hémorragie traitée par clip (ovesco), 2 perforations avec les « Hook» dont l'une fermée par clip (ovesco); l'autre passée inaperçue, l'autopsie à 12 h révélait un vaste escarre perforé malgré un contrôle endoscopique satisfaisant à l'issue de l'ESD.

Lors de l'utilisation du Flush Knife la durée moyenne des procédures était de 60 mn (10 mn par cm²). L'Erbet Jet 1 diminuait peu nos temps de travail (45 mn) en raison du changement régulièrement d'instruments. L'Erbe Jet 2 divisait la durée moyenne des procédures par 2 (30 mn, soit 5 mm par cm²).



ESD à l'Erbe Jet 1

Différents types de dissecteurs conventionnels (Hook Knife en haut à gauche, triangle en haut au milieu, crochet plat en haut à droite, Safe knife en bas

Erbe Jet Injection

Erbe Jet à bord antérieur

Erbe Jet Dissection antérieure

Erbe Jet Dissection des marges latérales

Erbe Jet Vague sous muqueuse

Erbe Jet Dissection sous muqueuse

Erbe Jet Finition postérieure

Erbe Jet Dissection postérieure

Erbe Jet Finition à l'anse

Erbe Jet Clip OVESCO

CONCLUSION

Le modèle expérimental de porc anesthésié selon le protocole IMIV est facile à manipuler pour l'apprentissage de l'ESD.
L'ESD au Flush Knife ou à l'Erbe Jet procure des résultats similaires en terme d'efficacité, elle est de réalisation simple pour des endoscopistes pratiquant moins de 10 ESD/an.
Le « Hook » doit être utilisé à moitié puissance, avec prudence et vers le haut. La durée de l'ESD est diminuée significativement avec l'utilisation de l'Erbe jet 2.

CREGG
Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie