

# la lettre du CREGG

Club de réflexion des cabinets et  
groupes en hépato-gastro-entérologie

association régie par la loi de 1901

## Spécial UEGW

N° 37- Oct. 2004  
www.cregg.org



Secrétariat du CREGG :

23, cours Gouffé - 13006 Marseille

cregg@wanadoo.fr



## GÉRARD SCHENOWITZ

Ce numéro  
est dédié à  
la mémoire  
de Gérard  
SCHENOWITZ,

ancien président du CREGG, ancien trésorier de la SFED, ancien secrétaire général de la FMC-HGE, secrétaire général de l'AFORSPE, membre du Conseil National de Formation Médicale Continue, qui est décédé brutalement à PRAGUE le 28 septembre 2004, alors qu'il s'était promis de participer activement à la rédaction de ce numéro en rapportant les communications sur les TFI.

Gérard était un des piliers du CREGG, éléphant de la première heure dès 1982, permettant la réalisation d'une multitude de projets. S'interrogeant sur l'optimisation de la gestion des cabinets de groupe en HGE, il est à l'origine de la commission gestion du CREGG et de ses réalisations.

Il a fait prendre conscience de l'importance de la prise en charge des MICI dans le monde libéral, en créant la commission MICI du CREGG, dont les développements sont reconnus au travers des ateliers de FMC, AFORSPE et de l'observatoire MICI.

Gérard avait l'esprit curieux, fourmillant d'idées, volontiers iconoclaste et

provocateur, à la limite d'une dérision permanente, mais toujours positif et créateur ! Son investissement dans la FMC de notre spécialité témoigne de sa volonté permanente de faire progresser les choses.

A titre personnel, j'ai pu découvrir la richesse de ses connaissances, l'acuité de son esprit, la gentillesse et l'attention dont il faisait preuve dans les réunions familiales que nous avons eu la chance de partager.

Gérard était un de ces rares médecins encore humaniste, amoureux des arts, à l'intelligence fine et à l'humour aiguisé. Nous nous tournons vers Carole sa femme, Valérie et Yann ses enfants pour leur dire notre peine et notre désarroi.

J'ai eu le privilège de prendre mon petit déjeuner ce mardi 28 septembre à Prague avec lui. Nous nous sommes quittés sur un énorme éclat de rire moqueur, essayant de cacher nos interrogations par la dérision de nos propos.

Nous t'aimons Gérard. Merci de nous avoir donné tout ce temps.

*Pour le Conseil d'Administration du CREGG.*

*Philippe HOUCKE*

## SOMMAIRE

Gérard SCHENOWITZ.....	p.2
SÉANCE INAUGURALE.....	p.3
DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : où est la vérité ?.....	p.3
ENDOSCOPIE ET QUALITÉ.....	p.4
« BIOPSY OR NOT BIOPSY » : telle est la question ?.....	p.4
NOUVEAUTES ET ACCESSOIRES EN ENDOTHERAPIE.....	p.5
BEST OF PANCREAS.....	p.5
AINS ET GASTRO ENTEROLOGIE : une relation ambiguë.....	p.6
HEPATITE CHRONIQUES VIRALES B et C : .....	p.6-7
LA CAPSULE ENDOSCOPIQUE A L'UEGW.....	p.7
CANCEROLOGIE DIGESTIVE.....	p.8-9
LIGATURE DES ARTÈRES HÉMOROÏDAIRES.....	p.9
PROCTOLOGIE : une affaire de goût ?.....	p.9
ENDOSCOPIE : Traitement endoscopique du RGO.....	p.10-11
MICI : Optimiser la prise en charge des MICI .....	p.10-11
Nouvelles de Prague.....	p.12

“Un esprit curieux, fourmillant d'idées, toujours positif et créateur !”



## SÉANCE INAUGURALE

**A** l'occasion de la séance inaugurale, 3 communications fondamentales, d'importance inégale ont été présentées. Nous retiendrons :

### L'impact de l'industrie pharmaceutique sur la conception, la présentation et la publication des études cliniques

*Andres Thomas Blei (Chicago, USA)*

#### Conception

Il faut 15 ans à un médicament pour émerger de 5 à 10 000 molécules essayées avant d'être mis sur le marché. Les phases IV représentent 25 % des essais et sont les véritables études de surveillance permettant d'identifier des effets secondaires non soupçonnés et de déceler de nouvelles indications potentielles.

#### Présentation

A.T. Blei veut essentiellement parler ici du rôle de la formation des médecins à l'occasion des réunions scientifiques organisées par l'industrie pharmaceutique et en particulier, les nombreux symposia satellites. Normalement, il ne devrait pas y avoir d'influence de l'industrie pharmaceutique sur les communications présentées. En fait, les présentateurs sont le plus souvent sélectionnés par l'industrie, certains sont rejetés malgré leurs compétences, d'autres retenus pour leur compliance espérée.

Une « Bottom line » ne devrait jamais être franchie.

#### Publication

On reproche souvent à l'industrie de ne publier que les résultats favorables et pourtant, cette attitude peut :

- leur faire perdre de la crédibilité ;
- faire perdre du temps et de l'efficacité aux expérimentateurs,
- bafouer l'altruisme des patients.

A titre d'exemple, à Barcelone, en 1997, 158 essais ont été approuvés, 64 terminés et 21 % seulement publiés.

**En conclusion**, une plus grande transparence est conseillée, tout en sachant et en admettant que la recherche académique a besoin de « découvertes scientifiques » et l'industrie pharmaceutique de « profits ».

**Fernand VICARI**

*Membre de la Commission Médicaments*

## DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : où est la vérité ?

**L**es campagnes de dépistage du CCR ont-elles réellement un impact sur l'incidence de ces cancers et sur la diminution de la mortalité qui leur est imputable ?

### Quels sont les tests, les explorations à utiliser, quelles sont les meilleures stratégies ?

Jusqu'à ce jour, aucune étude n'est venue confirmer la diminution de l'incidence du CCR obtenue dans le Minnesota avec les tests fécaux de recherche de saignement occulte au Gaïac. Mais le dépistage par test Hémocult reste la référence comme est venu le rappeler Jean Faivre. Les conditions de réussite de ces campagnes, définies à partir de l'étude bourguignonne, sont devenues le cahier des charges de la DGS pour les départements pilotes pour le dépistage du CCR :

- test tous les deux ans, non réhydraté
- suivi d'une coloscopie en cas de positivité
- participation de la population cible supérieure à 50 %
- implication cruciale des MG
- contrôle qualité permanent des procédures.

Les premiers résultats de ces campagnes pilotes ont été publiés pour les Bouches-du-Rhône (K. Tifratene) au congrès de Prague. Les résultats sont encourageants, mais malgré le respect du cahier des charges la participation des médecins reste insuffisante, ce qui souligne la difficulté de ces actions.

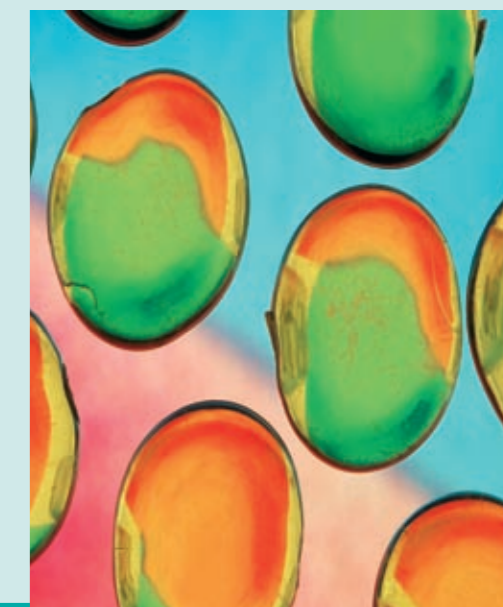
Quelques publications montrent l'intérêt potentiel de tests fécaux de nature immunologique, plus sensibles, mais peut-être moins spécifiques, en tout cas plus coûteux, leur intérêt dans le cadre du dépistage de masse reste à évaluer.

Il existe plusieurs alternatives au dépistage par les tests fécaux. Les coloscopies, virtuelles ou réelles, malgré quelques publications qui en défendent l'intérêt, ne sont pas réellement adaptées pour un dépistage de masse.

En revanche, la discussion reste ouverte quant à la campagne de dépistage réalisée au Royaume-Uni et rapportée par Wendy Atkin du St Marck Hospital, reposant sur les sigmoïdoscopies réalisées par des infirmières, hyper entraînées, capables de réaliser des polypectomies. Ce dépistage du cancer rectosigmoïde est mieux accepté et son efficacité est excellente. Mais quelle est la réelle compliance pour ces explorations, quel est l'impact en terme de santé publique, les réponses ne sont pas connues. En outre la méthode anglaise paraît difficilement exportable en tout cas en France.

**En conclusion** le message de Prague est qu'il n'y a pas à ce jour d'autre vérité ! Le dépistage par le test Hémocult reste la référence, et il faut espérer en la réussite des programmes pilotes afin de pouvoir étendre les campagnes au niveau national.

**Bruno RICHARD-MOLARD**  
*Président du CREGG*



## ENDOSCOPIE ET QUALITE

La Qualité est-elle une préoccupation prioritaire dans la gestion des blocs d'endoscopie européens ? L'étude du programme de l'UEGW 2004 à l'aide d'un moteur de recherche informatique fait apparaître plus de 300 occurrences quant à l'item « quality ».. mais beaucoup concernent la « quality of life », ce qui au demeurant n'est déjà pas si mal. Une recherche plus serrée avec « Quality » et « Endoscopy » réduit les trouvailles à 27 dont un tiers concerne vraiment le sujet ce qui n'est pas beaucoup.

### La qualité se décline en deux chapitres :

La Qualité perçue qui est du domaine du subjectif, cousine germaine de l'indice de satisfaction. Elle est mesurable par

des enquêtes de satisfaction qui ne sont pas sans biais de méthodologie (D.DURAI & all Gut 2004 ; 53 (suppl VI) A54). L'appréciation dépend aussi de l'attente du client : Il a plus de chance d'être déçu si l'image du bloc d'endoscopie est forte !

La Qualité réelle, objective, voire absolue qui implique d'autres moyens de mesure : Il n'y a pas de qualité affirmable sans mesures. La recherche d'Indicateurs Signifiants, Commodes, Fiables est cruciale. Et pour mesurer quelque chose d'utile, encore faut-il avoir posé les éléments d'une problématique souvent évolutive. Parfois, des éléments de qualités sont difficiles à cerner : efficacité, efficience, sécurité. La sécurité implique une gestion prévisionnelle et donc une sorte de modélisation, d'où l'importance

d'une base de données complète externe et interne. Cette dernière comportera le recensement des événements sentinelles et l'appréciation du respect des procédures écrites établies.

Si le concept de qualité fut longtemps celui d'un monsieur Jourdain endoscopiste, l'UEGW 2004 montre une évolution marquée par quelques titres de communications : « Implementation of quality system into an endoscopy unit (M.Fogarty) », « Quality assurance in GI endoscopy (S.O'Mahoney) » ou encore « Continuing quality improvement in colonoscopy.. (A.Sreedharan & all) ».

**Jean LAURENT**

Président de la commission EPP

## « BIOPSY OR NOT BIOPSY » : telle est la question ?

La séance présidée par J.-F. Rey et J. Devière a validé l'efficacité de l'endoscopie dans l'étude de la micro-anatomie et de la biopsie virtuelle.

Pour S. Kashin, il faut biopsier certes, mais de façon intelligente, grâce à une double coloration associant le Lugol et le bleu de Méthylène, à une étude de la muqueuse par le zoom. Si cette étude à la mérite de la simplicité et de l'économie technologique, elle pêche par son manque de reproductibilité et par une augmentation du temps d'examen de 8 à 10 minutes.

Beaucoup plus prometteuse est la technique présentée par J.-F. Rey associant le Narrow Band Imaging system (NBI) à une coloration à 3 % par l'acide acétique et à une étude zoom.

Le « NBI system » utilise un CCD séquentiel modifié par des filtres permettant une

étude dans les longueurs d'onde courtes du bleu (400 à 430 nm). Cette étude en améliorant l'image endoscopique permet essentiellement une étude des vaisseaux superficiels.

Pour A. Ishiyama, elle est essentielle dans l'étude des « early gastric cancer » non seulement pour sa fiabilité diagnostique due à la modification de l'ordonnement vasculaire mais aussi en sécurisant la mucoséctomie puisque sur 43 cancers réséqués en bloc, elle montre associée au zoom une mucoséctomie satisfaisante dans 92 % des cas avec des pièces de résection de 35 mm de moyenne (16 à 90 mm) avec seulement un envahissement des berges dans un seul cas.

Si on ne peut que s'émerveiller sur ces nouvelles technologies permettant une approche de plus en plus fiable du diagnostic, il n'empêche que toutes ne sont pas forcément à la hauteur des attentes. M. Kara montre un nombre de faux positifs de l'ordre de 30 % en utilisant la vidéo auto-fluorescence dans la dysplasie de haut grade et dans les

cancers superficiels du Barrett. Ce taux de faux positif lorsque cette technique est associée au NBI est réduit de façon conséquente. Cette technique nécessite cependant en dehors des prototypes, l'utilisation de 2 appareils distincts la rendant difficile d'application en pratique courante.

Le temps le plus fort de cette séance à cependant été la présentation par K. Sasajima utilisant « l'endocystoscope system ». Cette technique permet une étude cellulaire, une histologie en temps réel comparable aux images microscopiques dans le cancer du côlon. Les auteurs (Inoue) confirment que la biopsie virtuelle est arrivée.

Ceci qui devrait ouvrir de nouveaux horizons, non seulement dans le cancer mais aussi dans la dysplasie, les maladies inflammatoires de l'intestin et les malabsorptions.

**Jean LAPUELLE**

Président de la Commission Endoscopie

## NOUVEAUTES ET ACCESSOIRES EN ENDOTHERAPIE

Si l'édition 2004 de l'UEGW n'a pas été marquée par l'apparition de produit révolutionnaire, fort est de reconnaître que l'ensemble des firmes de petit matériel travaille pour libérer l'endoscopiste de manipulation lourde ou répétitive, facilitant ainsi la prise en charge de nos patients.

### • Les clips hémostatiques sont un exemple remarquable de ces évolutions.

Les clips actuellement proposés voient leur diamètre d'ouverture maximale augmenté (9,5 mm chez Olympus, 11,5 chez Boston Scientific) facilitant ainsi la préhension des berges d'ulcère ou du pédicule artériel en cas d'hémorragie digestive. Leur système rotatif s'est aussi amélioré et le clip peut-être réouvert (Boston Scientific) en cas de mauvais positionnement ce qui n'était pas le cas avant.

Ces clips ont été comparés chez l'animal (système Easie) par Paul Fockens et collaborateur (Wed G-36 A 239). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux systèmes Triclips et Quick clips. Des études comparatives chez nos patients de ces trois systèmes sont donc nécessaires pour sélectionner le meilleur clip en fonction du type de saignement.

### • Sur le plan du cathétérisme bilio-pancréatique.

L'évolution technique du fil guide bloqué initié par Boston Scientific se développe chez deux autres firmes. Le système bloquant se situe soit au niveau de la poignée soit au niveau du sabot de l'érecteur. On peut néanmoins regretter que tous ces systèmes ne soient pas totalement compatibles avec l'ensemble des guides et petit matériel disponible sur le marché. Signalons aussi la commercialisation d'un fil guide «à double entrée» permettant de choisir entre une extrémité souple ou une extrémité très souple de type Terumeau.

### • Concernant la ponction sous écho-endoscopie.

Les nouvelles aiguilles Cook ont une gaine de protection réglable en hauteur au millimètre permettant à l'opérateur de ne pas être gêné par cette gaine lors du positionnement du traducteur et d'avoir une «fenêtre de tir parfaite». Enfin, plusieurs publications concernant l'évaluation du Flex-knife pour la résection des tumeurs planes sont à noter. Ce système, après injection sous muqueuse, très souvent par des produits à haute viscosité, permet de disséquer plan par plan la muqueuse et la sous muqueuse et retirer ainsi la lésion en totalité et en une seule pièce même en cas de tumeur très volumineuse. Ce système comporte à son extrémité une petite boule en céramique et un arc de coupe. L'utilisation du Flexknife est facilité par un endoscope à double canal opératoire permettant de tirer la lésion, facilitant ainsi la préhension de la lésion et la dissection par le couteau (Yahagi Wed-E 29 ; Imagawa et Coll Mon-E48).

**Thierry HELBERT**

Membre de la Commission Endoscopie

## BEST OF PANCRÉAS :

### Les Français sont présents (1/3 des présentations).

Une étude originale de M. Barthet et coll. (A 40) sur 79 patients met en évidence avec l'étude du test d'élastase fécale de fréquentes manifestations d'insuffisance pancréatique exocrine débutante chez les patients porteurs d'une maladie inflammatoire intestinale et en particulier de maladie de Crohn (17 à 50 % en cas d'antécédents de pancréatite aigüe) alors que les lésions canalaies sont beaucoup plus rares (12 % en IRM). Ceci pourrait remettre en cause l'origine d'un certain nombre de pancréatites mises sur le compte des manifestations débutantes d'une pancréatite chronique sous-jacente. L'étude de C. Lefort et coll (A 39) pose

le problème de la chirurgie en cas de TIPMP. Sur une série de 27 patients opérés d'une résection partielle pancréatique et suivis sur une moyenne de 3 ans, 3 ont récidivé. Il s'agissait toujours de formes initialement main-duct avec dégénérescence. La fréquence élevée (38 % dans cette série) d'apparition au cours du suivi d'une deuxième lésion en cas de TIPMP main-duct dégénérée pourrait faire discuter une pancréatectomie totale d'emblée chez ces patients.

N. Eleftheriadis et l'équipe de J. Devière (A 40) ont étudié rétrospectivement sur 100 patients porteurs d'une pancréatite chronique algique le devenir à long terme des patients après stenting d'une sténose du Wirsung. Les patients ont été suivis pendant une moyenne de 69 mois après le stenting initial et de 27 mois après l'ablation définitive de la prothèse. L'ablation était proposée en l'absence de douleurs et si la vidange du canal après wirsungographie s'effectuait rapidement. Si 30 % des patients ont nécessité une remise de stent dans l'année suivant la tentative d'abla-

tion définitive, 70 % ont maintenu un contrôle suffisant de la douleur avec une moyenne de 29 mois de suivi. De manière surprenante le seul facteur prédictif du risque de rechute douloureuse était la présence d'un pancréas divisum. La poursuite de l'intoxication éthylique ne majorait en revanche pas le risque. La présentation la plus originale a été faite par M. Giovannini et coll (A 43). La mesure du coefficient d'élasticité des masses pancréatiques à l'aide d'un échoendoscope pourrait permettre de différencier les tumeurs malignes des tumeurs bénignes. En fonction de ce coefficient un logiciel attribue une couleur différente aux lésions. Sur une série préliminaire de 14 patients les résultats semblent très prometteurs. Il sera cependant nécessaire de valider les résultats à plus grande échelle en particulier du fait d'un biais possible induit par la pression imposée à la lésion qui peut modifier le signal recueilli. C'est en tout cas un des rares domaines réellement nouveau pour le diagnostic différentiel des masses pancréatiques.

**Bertrand NAPOLEON**

Membre de la Commission Endoscopie

## AINS ET GASTRO ENTEROLOGIE : une relation ambiguë

Les nombreux incidents, notamment hémorragiques des AINS, ont émaillé notre pratique depuis des années...

Ces accidents sont liés à une inhibition non sélective des cyclooxygénases (Type 1 et Type 2) enzymes clés de la synthèse des prostaglandines et des thromboxanes à partir de l'acide arachidonique.

Deux choix nouveaux vont alors modifier la fréquence de ces accidents :

- 1 - La mise sur le marché des inhibiteurs sélectifs des cyclooxygénases de type 2 (COXIB-2).
- 2 - La co-prescription d'IPP avec les AINS non sélectifs.

De nombreux travaux présentés à l'UEGW 2004 à Prague permettent d'évaluer le bénéfice obtenu en termes de morbidité grâce à l'application de ces nouvelles recommandations.

**Chan et coll.** (Hong Kong) ne montre aucune différence dans le taux de rechute ulcéreuse parmi les patients ayant déjà présenté une hémorragie digestive sous AINS qu'ils soient mis en 2<sup>e</sup> intention, sous COXIB-2 ou sous AINS plus IPP.

**Jones et coll.** (King's College) montre l'efficacité d'une prise d'IPP sur la survenue d'un ulcère gastrique ou duodénal tant en association avec les COXIB2 qu'avec les AINS non sélectifs.

Il demeure le problème de la prise concomitante d'aspirine à visée anti-agrégante, co-prescription fréquente dans le groupe de personnes âgées amenées à prendre des AINS au long cours.

**Rhame et coll.** (Montréal) évalue par une étude rétrospective de cohortes, à 50 % la diminution des hospitalisations dans le groupe Coxib-2 +ASA vs. AINS+ ASA.

Il faut enfin noter que malgré des recommandations claires, si 90 % des co-prescriptions AINS-IPP correspondent

bien à des patients ayant au moins un facteur de risque de maladie ulcéreuse ou un symptôme digestif haut, 25 % des patients traités par AINS ne reçoivent pas de gastroprotection associée alors qu'ils ont un facteur de risque (Bruley des Varannes, étude prospective auprès de 1777 MG).

### Les Vieux Ennemis vont-ils devenir de Vrais Amis ?

En 1993 l'étude de Gann évaluait à zéro la protection du Cancer Colo-Rectal (CCR) par l'aspirine. Résultats remis en question par l'étude de Baron (NEJM 2003) qui souligne une efficacité dès 85 mg/j. de salicylates au long cours ; effet qui augmente avec la durée et avec la dose.

Raymond Dubois lors de sa présentation orale à Prague rappelle que le gène COX-2 est présent dans quasiment 100% des cancers digestifs mais surtout que :

- 1 - La surexpression de ce gène s'accompagne d'une diminution du taux de survie à 5 ans des sujets atteints de CCR.
- 2 - L'utilisation expérimentale des COXIB-2 (rats) entraîne la diminution du volume de la tumeur et la diminution du nombre de polypes, suivant le modèle étudié.

Il propose une activité paracrine des COX-2 sur la muqueuse intestinale. L'expression du COX-2 induit de plus une transformation fibroblastique des macrophages et une angiogénèse, sans doute à l'origine du développement adénomateux de ces cellules. De là à penser que les COXIB2 peuvent induire une prévention primaire des CCR, il n'y a qu'un pas...

Il reste à évaluer la place de cette prévention primaire dans les pays occidentaux où l'accès au dépistage coloscopique de CCR est possible, et dans les autres pays où le système de santé est moins performant.

Et si les gastro-entérologues se mettaient à prescrire des AINS ?

**Jean-Paul JACQUES**

Membre de la Commission Hépatologie

## HEPATITE CHRONIQUES VIRALES B ET C : évaluer, quantifier, surveiller pour traiter avec un meilleur rapport coût - efficacité

### EVALUER et QUANTIFIER

Pour pouvoir prévenir l'infection virale, la découvrir tôt, prévenir la chronicité et ses conséquences : cirrhose et carcinome hépatocellulaire.

#### a) Rechercher les populations exposées :

C.Saro.Gismera (Espagne) retrouve ainsi chez des patients porteurs de MICI une incidence d'HVB et d'HVC augmentée (1,61 % HVC ; 8,9 % HV) sans doute corrélée aux antécédents chirurgicaux.

#### b) Quantifier les fluctuations enzymatiques :

La grande fluctuation des ALAT est un facteur de mauvais pronostic ; 56 % des 84 patients de la série d'HERVE (France) ont ainsi une fibrose plus extensive et une évolution plus sévère.

**c) Préciser le Génotype (W.M Rosenberg GB) :** car il est déterminant pour la durée du traitement et les doses utilisées ; HVC Génotype 2-3 avec des taux de guérison supérieurs à 80 % est une maladie curable.

#### d) Evaluer la FIBROSE :

Il y avait déjà les données histologiques et la validation des classifications (ISHAK ; KNOVELL ; METAVIR) ; Il y avait l'Actitest-Fibrotest et l'avantage de sa reproductibilité.

Il y a d'autres possibilités :

- doser le taux d'acide hyaluronique (Saritas T ; Montazari IR) ;
- utiliser l'imagerie : soit l'ultrasonographie et l'appréciation de la néoangiogénèse ; soit plutôt la RMN (P.Taimr) ;

Dans une étude cas - témoins (16 VHC ; 49 cirrhoses autres ; 11 témoins) la corrélation entre les modifications de concentrations molaires en PME et PDE et le score de CHILD - PUGH est établie ; les spectres varient suivant les causes.

#### e) Que penser de la stéatose ?

Les études sont contradictoires ;

Elle semble plus fréquente en matière de Génotype 3 du VHC corrélée à un niveau de fibrose supérieure (Karapazanis) ; tandis qu'avec le Génotype 1 elle est le reflet des perturbations métaboliques et/ou un important cofacteur d'évolution cirrhogène (RFC D'Souza).

#### f) Quid du Fer et de Ferritine ?

La Ferritine serait un marqueur d'inadéquation de la réponse immunitaire donc un facteur prédictif d'inefficacité. Dans une étude britannique (RFC D'Souza) le fer ne semble pas plus influencer le pronostic.

**g) Relire les biopsies :** néoangiogénèse et émergence de CHC ; Scores de Fibrose.

### SURVEILLER :

- L'émergence de mutants résistants dans le virus B ; les dépister tôt pour prévoir d'autres issues thérapeutiques avant l'insuffisance hépatocellulaire évoluée (Kim) ;

- L'apparition des effets secondaires dans les traitements VHB VBC :

- dysthyroïdie ;
- anomalies hématologiques ;
- surtout troubles psychiatriques :

Castera (France) sur une série de 98 patients VHC rapporte 39 % de survenue de troubles psychiatriques (hypomanie ; dépression etc...) ; ces troubles apparaissent avant la 12<sup>e</sup> semaine de traitement ; ils sont plus fréquents dans le Génotype 3 et chez les anciens toxicomanes ; dans 71 % des cas, le traitement psychiatrique est nécessaire et les doses d'Interferon sont diminuées ; mais leur reconnaissance et le traitement précoce permettent de mener à terme la bithérapie.

- Enfin la qualité de vie sur des critères quantitatifs (SF 36 ; EUROQOL) car les indices se dégradent pendant le traitement et s'améliorent nettement après éradication virale (WM.Rosenberg).

**Jean-Luc FRIGUET**

Membre de la Commission Hépatologie

## LA CAPSULE ENDOSCOPIQUE A L'UEGW

Le rôle essentiel de la capsule endoscopique (CE) dans les hémorragies de diagnostic difficile étant acquis, les communications à l'UEGW ont concerné d'autres indications et en particulier la maladie de Crohn (MC). La place, l'intérêt et l'apport diagnostique de la CE parmi les autres méthodes diagnostiques a également été largement discutée.

Un symposium clinique et plusieurs présentations ont permis de positionner la CE par rapport à l'entéroscopie et par rapport aux nouvelles techniques radiologiques. Michel Delvaux a plaidé pour l'utilisation d'un langage standardisé pour cette technique nouvelle en donnant à titre d'exemple de multiples termes utilisés pour décrire les malformations vasculaires. Rami Eliakim a décrit successivement les différentes lésions élémentaires en insistant sur des aspects où le caractère pathologique est discuté. Si les dépôts de graisse ou de cholestérol sont clairement anodins, la discussion existe en cas d'ulcération ou de petits points rouges. Des ulcérations peuvent en effet exister chez des volontaires sains et des points rouges en dehors de tout contexte pathologique et hémorragique.

**En cas de saignements** tous les auteurs s'accordent sur le fait que la performance diagnostique de la CE est d'autant plus importante que le saignement est actif et important avec à ce moment là, une sensibilité et une spécificité proche de 90 %. Pennazio a retrouvé des chiffres de 87 % en cas de saignement actif important, de 69 % en cas de saignement occulte et de 45 % si le saignement est plus ancien. La pratique s'oriente en cas de saignement récidivant et après une gastroscopie et une coloscopie négative à réaliser une CE le plus rapidement possible. En cas de lésions nécessitant un traitement endoscopique ou en cas d'examen négatif une entéroscopie poussée (ou à double ballon) voire une entéroscopie per opératoire pourra être effectuée. A signaler que dans certains cas ponctuels mais chez

de nombreux auteurs un deuxième examen par CE a permis de retrouver la cause d'un saignement après un premier négatif. Ce n'est en effet que si un diagnostic est posé avec certitude que la conduite thérapeutique se trouve modifiée. CE et endoscopie ne sont nullement en compétition mais au contraire complémentaires avec pour l'entéroscopie possibilité de biopsies et de gestes thérapeutiques.

**Dans la MC,** l'intérêt de la CE est clair en cas de suspicion diagnostique ou pour un diagnostic d'extension. Pour Erwin Toth une CE permet après une coloscopie totale d'augmenter le pourcentage de diagnostic de 16 %. Il a retrouvé dans une série de 47 patients une sensibilité diagnostique de 88 % pour la CE, de 68 % pour l'iléoscopie, de 24 % pour le transit du grêle et de 16 % pour l'entéroscopie poussée. La CE pourrait être l'examen de première intention en cas de suspicion de MC et après une coloscopie négative.

La crainte d'une sténose est constante et celle-ci reste une contre indication d'autant plus à craindre si l'examen est effectué en première intention. Christiano Spada a utilisé la capsule Patency à dissolution progressive chez 20 patients présentant une sténose. Si la capsule était éliminée intacte en moins de 72 heures, une CE était pratiquée. Dans les 11 cas où la CE a été utilisée, elle a toujours passé la sténose permettant d'apporter des éléments pour l'indication opératoire.

Une étude européenne multicentrique et prospective présentée par Norbert Krauss a montré l'intérêt de la CE chez 40 patients présentant une maladie coeliaque résistante à un régime sans gluten. La CE a permis un diagnostic d'extension et de sévérité ainsi qu'une bonne corrélation avec l'histologie. Dans le but de coordonner les informations concernant la CE, un groupe de travail européen a été créé : The European Capsule Endoscopy Group (ECEG) avec pas moins de 10 commissions couvrant les indications en pathologie et 10 autres pour aborder les problèmes de pratique et avec une présence française importante.

**Patrick LEVY**

Membre de la Commission MICI

## CANCEROLOGIE DIGESTIVE

### Quoi de neuf en cancérologie digestive à Prague ?

#### Cancers de l'œsophage.

Deux conceptions s'opposent pour la prise en charge thérapeutique des cancers au début (intramuqueux), ADK sur Barret ou épidermoïdes : résection endoscopique (EMR) ou « exérèse chirurgicale limitée ». La première attitude défendue par une équipe de Wiesbaden ayant l'expérience de 1200 patients avec cancer œsogastrique précoce repose sur leurs excellents résultats : 90 % de survie à 5 ans, comparable aux données de la littérature et meilleurs que ceux de la chirurgie, au prix d'une mortalité nulle et d'une faible morbidité (1,2 % de complications sévères) ; en cas de lésion multifocale ou de lésion non topographiable facilement les auteurs préconisent la photothérapie dynamique (PDT) qui dans leur expérience donne aussi de bons résultats avec 75% de survie à 5 ans.

La contradiction est portée par une équipe de Munich avec les arguments suivants : nécessité devant une maladie souvent d'emblée multifocale d'enlever la totalité de la lésion et en cas de Barret toute la muqueuse glandulaire, persistance de foyers tumoraux profonds après PDT,

risque ganglionnaire en cas de pT1b de 23 à 40% selon l'histologie, lourdeur d'un suivi endoscopique répété après EMR. Ils proposent ainsi une résection segmentaire de l'œsophage distal par voie abdominale avec interposition jéjunale : cette intervention avec une morbidité de 16% et une mortalité nulle serait un bon compromis entre chirurgie classique et EMR, mais un doute ganglionnaire persiste sur l'œsophage laissé en place.

La chirurgie seule est généralement considérée comme le traitement de référence des carcinomes de l'œsophage de stade I (T1-T2NOMO).

En bref. Dans ces carcinomes de l'œsophage usT1, les français font maintenant aussi bien que les japonais : c'est ce que montre l'étude bicentrique réalisée à Marseille et Angers avec 34 lésions enlevées par résection muqueuse chez 29 patients avec une survie à 5 ans de 84% ; les facteurs de moindre pronostic sont les lésions multiples et les excisions incomplètes (WED-G-243).

#### Cancers du pancréas.

L'événement est la présentation par Neoptolemos (Liverpool) des derniers résultats de l'essai ESPAC-1 publié au mois de Mai dans le NEJM. Cette large

étude multicentrique européenne (550 patients inclus entre 1994 et 2000) montre clairement l'efficacité d'une CT adjuvante par FuFol après résection curative des cancers du pancréas avec une survie à 5 ans de 23% vs 10 dans le groupe contrôle. Par contre l'association RT-CT s'avère délétère, ce qui a motivé l'arrêt de ce bras thérapeutique après la présentation des résultats préliminaires de l'étude en 2002 dans le Lancet. La CT adjuvante est donc aujourd'hui le standard dans les cancers du pancréas réséqués à visée curative.

Dans les cancers avancés ou métastatiques la Gemcitabine fait mieux que le 5Fu tant en qualité de vie qu'en survie : c'est le standard à la dose de 1g/m<sup>2</sup> ; l'association de CPT-11, Cisplatine ou Oxaliplatine n'apporte pour l'instant aucun bénéfice. L'association RT-CT dans les cancers localement avancés non métastatiques pourrait permettre d'améliorer la résécabilité.

#### Cancers colorectaux.

Le traitement adjuvant standard des CCR de stade III repose sur le 5Fu-Fol avec un gain de survie à 5 ans de 10% ; les protocoles Folfox et Folfiri devraient progressivement s'imposer en raison de leur supériorité (gain supplémentaire de 5% à 3 ans avec l'Oxaliplatine dans l'essai MOSAIC) ; de nouvelles voies sont à l'essai ; capécitabine (prodrogue orale du 5Fu) en association au CPT-11 dans l'essai QUESAR II, Rofécoxib (inhibiteur des Cox 2) dans l'essai VICTOR après primo-traitement standardisé. Dans les CCR stade II, les méta-analyses et l'essai QUESAR-I montrent un bénéfice faible par rapport au 5Fu de l'ordre de 3% à 5 ans (Kerr-Oxford).

Dans les cancers du rectum le standard est plus que jamais l'excision totale du mésorectum (TME) précédée le cas échéant d'une RT-préopératoire ; une importance toute particulière est accordée à la qualité de l'exérèse notamment à la marge de sécurité qui doit être d'au

moins 2 mm ; l'IRM précise au mieux en préopératoire l'intégrité ou non du fascia mésorectal (Van de Velde-Leiden). Avec la publication en 2002 dans le Lancet des résultats de l'équipe de Barcelone puis dans le NEJM cette année des résultats de l'étude multicentrique américaine la cœliochirurgie a acquis ses lettres de noblesse dans le traitement des CCR. Toutefois : la durée de l'intervention est accrue, le taux de conversion reste de 17% et un apprentissage long est requis (entre 40 et 50 interventions !). Les résultats préliminaires sont identiques mais le recul est encore insuffisant. Oui donc à la voie cœlioscopique quand elle est bien maîtrisée, mais pas de généralisation hâtive à tous (Schiappa-Portugal).

En bref : On le savait déjà, la chimiothérapie dans les CCR (tous protocoles confondus) n'est pas moins bien tolérée chez les sujets âgés (ici de plus de 70 ans) que chez les jeunes ; à condition de tenir compte des co-morbidités pour d'éventuels ajustements de doses il n'y a pas lieu de récuser de principe les patients âgés lorsque l'indication est posée (WED-G-192). Toutefois l'évaluation des pratiques montre clairement une tendance à sur-traiter les jeunes patients et sous-traiter les plus âgés : c'est ce qui ressort d'une étude française à laquelle participait la CNAMTS : 30% des CCR de stade II chez les jeunes sont traités et inversement le recours à la CT chez les sujets âgés avec CCR de stade III est moindre (27% après 80 ans) (WED-G-206). L'équipe de J. Faivre fait le même constat à partir des données de population : la CT est administrée selon des recommandations de la conférence de consensus dans 71% des cas avec l'âge comme principal facteur de non conformité ; de même l'ACE est toujours prescrit en préopératoire et le nombre de ganglions prélevés insuffisant (OP-G-145).

Patrice PIENKOWSKI

Membre de la Commission Cancérologie

## LIGATURE DES ARTÈRES HÉMOROÏDAIRES

Deux communications sur la ligature des artères hémorroïdaires après repérage doppler guidée a confirmé le bon résultat et la mise en oeuvre facile, décrits lors de la réunion d'octobre de la commission proctologie du CREGG. Il s'agit sous sédation de repérer phoniquement les artères hémorroïdaires en utilisant un anoscope porteur d'un doppler et d'une fenêtre par laquelle on peut suturer les artères hémorroïdaires. La qualité de la suture artérielle est appréciée au son. En effet, le signal doppler reste silencieux lorsque l'artère est réellement suturée. A chaque séance 3 à 6 artères hémorroïdaires sont suturées. Les matériels utilisés sont principalement celui des marques AMI et LEGRAND. Les bons résultats à un an sur les hémorroïdes stade 2 et 3 ont permis aux auteurs de remplacer totalement l'intervention de LONGO par la ligature doppler guidée. Cette conclusion hâtive et constatable, tient au fait de la nouveauté des deux techniques :

- l'une est chirurgicale et nécessite une connaissance parfaite de la chirurgie proctologique avec période d'apprentissage.
- l'autre est une technique instrumentale qui peut être réalisée par tous les gastro-entérologues sans formation spécifique à la chirurgie au décours par exemple d'une coloscopie. La reprise de cette technique publiée en 1995 par Morinaga permet de diversifier les propositions en matière de traitement de la maladie hémorroïdaire, mais les résultats à long terme ne sont pas publiés. L'un émane de l'équipe de Bludenz (Autriche), l'autre est une étude multicentrique émanant de Bologne et d'Angleterre (St Mark's Hospital) .

Pierre COULOM

Membre de la Commission proctologie

## PROCTOLOGIE : UNE AFFAIRE DE GOUT ?

L'équipe de Caen (Pouzoulet et al. UEGW 2004) vient, en effet, d'évaluer la tolérance de la position du patient lors de l'examen proctologique. 106 patients ont été inclus dans ce travail prospectif comparant la position genu-pectorale à la position de Sim's. 15 d'entre eux ont eu droit aux 2 procédures dans une étude en cross-over. Les résultats sont sans appel : pour les patients, la position de Sim's est moins inconfortable tant sur le plan physique que psychologique. En revanche, les praticiens trouvent cette position moins ergonomique et lui reprochent de diminuer la qualité de l'examen proctologique. Les auteurs suggèrent de confirmer ces résultats par une large étude en cross over. Peut-être serait-il utile de réaliser également un cross over entre les praticiens adeptes de la position de Sim's et ceux lui préférant l'examen en position genu pectorale ?

### Incontinence fécale idiopathique : vive la neuromodulation ...

La prise en charge de l'incontinence fécale idiopathique ou neurogène reste encore trop souvent décevante pour les patients et les colo-proctologues. Après l'échec des traitements habituels et avant d'envisager une prise en charge chirurgicale lourde, la neuromodulation trouve ici une place de choix. L'étude de Faucheron et al., menée sur 36 patients consécutifs souffrant d'une incontinence fécale depuis 6 ans, montre une forte diminution des scores d'incontinence dans 2/3 des cas. Après des travaux menés dans des centres spécialisés, la neuromodulation se démocratise. Il ne s'agit pas encore de l'arme absolue mais ces résultats très encourageants ouvrent de nouvelles perspectives pour des patients parfois très handicapés par leur incontinence.

Franck DEVULDER

Président de la Commission Proctologie



## ENDOSCOPIE : Traitement endoscopique du RGO



Le traitement endoscopique du RGO n'a fait l'objet que de 3 publications et d'un forum sur ses mécanismes.

Il n'y a pas eu de présentation sur la technique de STRETTA, ni sur la technique du GATEKEEPER. Ceci témoigne d'une certaine lenteur des études en cours et surtout du recul nécessaire pour juger des résultats.

### Indications du traitement endoscopique du RGO :

Ces études concernent des patients présentant un RGO sans oesophagite grave, inférieure à un grade II ou III, sans hernie hiatale de plus de 2 cm, sans oesophage de Barrett et contrôlé symptomatiquement par un traitement IPP depuis plus de 3 mois. Le suivi est effectué grâce à un contrôle pH manométrique, une endoscopie oeso-gastrique et à l'appréciation de la qualité de vie au travers de questionnaires validés.

### 1° Les sutures

a) Une évaluation de l'**endocinch de Bard** a été présentée par Thierry PONCHON et la SFED sur une série multicentrique de 60 patients (âge moyen 48, 20 femmes), 2,75 sutures réalisées par patient. 49 % des patients présentaient des gastroscopies de contrôle avec sutures persistantes, mais 20 % avaient complètement disparu

et 64 % des patients ont interrompu ou arrêté les IPP à 1 an.

### Commentaires :

Les résultats de cette étude française pilotée par la SFED permettent d'affirmer l'efficacité de la méthode à court terme, tandis que la pérennité des sutures devrait être obtenue, sans doute par une meilleure adaptation du matériel, permettant la réalisation de points plus profonds. Les résultats obtenus à un an ne permettent pas de conclure à la pérennité à long terme de la technique

b) Une évaluation multicentrique américaine à 12 mois du dispositif "**PLICATOR**" est proposé par DK. PLESKOW. Cette technique fait appel à une unique suture mécanique réalisée en rétrovision sous contrôle de la vue par un endoscope introduit dans un overtube. La suture permet l'application séreuse contre séreuse d'un pli épais gastrique sous cardiaal. Chez 64 patients (âge moyen 46,3) un contrôle pH métrique à 6 mois démontre une amélioration dans 80 % de ces cas, avec une normalisation complète dans 30 % des cas. En revanche, la manométrie n'est pas améliorée de manière significative. La qualité de vie (GERDQL) est bien améliorée chez 78 % des patients. Le taux de complications anormalement élevé (9 % avec une perforation gastrique traitée médicalement) doit cependant être relevé. Les effets secondaires à type de douleurs de la gorge (41 %) et de douleurs abdominales (20 %) restent importants.

### Commentaires :

Les auteurs estiment que les complications et les douleurs suite à la procédure sont essentiellement liées au calibre de l'overtube, qui devrait être diminué dans les prochains matériels. Globalement les résultats semblent intéressants (complications mises à part à un an). Le principe de cette suture unique sous contrôle de la vue en rétro-vision reste très séduisant

malgré les effets secondaires observés dans cette étude.

### 2° Les injections

La série multicentrique pilotée par la SFED est présentée par R.LAUGIER. L'injection sous cardiale dans la musculaire d'un polymère d'éthylène vinyl alcool (Entéryx) permet la création d'un anneau radio opaque qui persiste au contrôle radiologique. 62 patients sont évalués à 1 an (en moyenne 6,7 ml injectés en 4,2 sites).

S'il n'y a pas d'amélioration significative, de la pression de la SIO en manométrie,

les résultats cliniques sont bons, avec 54 % d'interruption totale des IPP à 12 mois et 12 % de réduction des posologies. La qualité de vie (Velanowich et SF12) est significativement améliorée.

### Commentaires :

La technique d'injection cardiale sous contrôle radiologique d'Entéryx apparaît sûre, mais d'une reproductivité moyenne. La diffusion du produit en anneau reste aléatoire. Il n'y a pas de complication grave, hormis une dysphagie sévère, mais les effets secondaires à type d'épigastralgies ou de dysphagies

passagères sont à considérer. Les résultats semblent suffisamment durables à plus long terme.

### Conclusion :

L'injection d'Enteryx et la suture endoscopique apportent des résultats comparables en terme de réduction de consommation d'IPP (55 - 60 % à un an).

1°) La suture endoscopique souffre d'une durabilité incertaine à un an.

2°) En revanche l'injection d'Enteryx apporte des résultats stables dans le temps.

3°) Nous sommes en attente des résultats du système GATEKEEPER dont les résultats intermédiaires semblent prometteurs.

4°) Enfin la technique de suture unique par "**PLICATOR**" nécessite sûrement une attention particulière, en raison de la durabilité du dispositif anti-reflux, créé, mais pêche encore par un taux de complications trop élevé.

*Philippe HOUCKE*

*Membre de la Commission Endoscopie*

## MICI : Optimiser la prise en charge des MICI

L'endoscopie occupe une place primordiale dans la gestion des MICI non seulement à la phase diagnostique mais également dans le suivi. G d'Haens (Louvain) a rappelé que, si au cours de la maladie de Crohn (MC) traitée médicalement, il a bien été démontré que l'amélioration endoscopique ne préjugeait en rien du risque de récurrence et qu'il était inutile de réitérer les examens, il n'en est pas de même lorsque la maladie a été blanchie chirurgicalement. Dans ce cas, il paraît essentiel de vérifier l'état de l'anastomose 6 à 12 mois après l'intervention, l'aspect de cette anastomose permettra de décider de la nécessité de la mise en route d'un traitement préventif des rechutes. Au cours de la RCH par contre, avant l'arrêt du traitement d'attaque, il est essentiel de vérifier la régression des lésions afin de limiter au maximum le risque de rechute. L'endoscopie est essentielle également dans la prévention du cancer colique au cours des colites étendues évoluant depuis plus de 8 ans et des colites gauches évoluant depuis plus de 10 à 15 ans.

L'utilisation de la chromoendoscopie avec du bleu de méthylène permet de déceler plus facilement les zones dysplasiques. L'autofluorescence et le NBI (Narrow Band Imaging : endoscope muni d'un zoom et d'un filtre spécial) permettent de visualiser les pits patterns et d'orienter les biopsies, ces résultats mériteront d'être confirmés par de larges séries.

Au plan de la thérapeutique, Marc Lémann (Paris) a rappelé que l'azathioprine (AZA) est de plus en plus utilisée dans le traitement des MICI et plus particulièrement dans la prévention des rechutes de la MC mais son administration mérite d'être optimisée. S'il est important de débiter d'emblée à une dose efficace de 2 à 2,5 mg/kg/j, d'augmenter à 3 mg/kg /j en l'absence d'efficacité et si le nombre de globules blancs le permet, le dosage systématique des 6-TGN n'a pas d'indication. Ce dosage ne doit être envisagé qu'en absence d'efficacité (pour vérifier en particulier la compliance). Si le taux est inférieur à 250pmol/8x10<sup>8</sup>érythrocytes, on peut envisager d'augmenter progressivement les doses d'AZA. Si par contre le taux est supérieur ou égal, il est inutile voire

dangereux d'augmenter la posologie et une autre thérapeutique doit être envisagée. Le méthotrexate (MTX) est une option. Le MTX n'a en effet pas sa place en première intention compte tenu de son hépatotoxicité et des risques tératogènes, mais on doit savoir le proposer en 2<sup>ème</sup> ligne. L'infliximab (IFX) sera quant à lui proposé dans les formes corticorésistantes et corticodépendantes en l'absence d'efficacité ou en cas d'intolérance de l'AZA ou du MTX. Il convient de se rappeler que l'effet de l'IFX s'épuise avec le temps : si 3 injections d'IFX (à 0, 2 et 6 semaines) permettent de mettre en rémission 75 % des MC corticodépendantes, à 52 semaines seuls 40 % restent en rémission, ce qui amène parfois à proposer des injections répétées tous les 2 mois ou à la demande.

En ce qui concerne la prévention des rechutes de la MC il convient de signaler l'étude prospective ouverte de S. Ardizzone et al. (Milan) qui ont montré un effet comparable de l'azathioprine et du Pentasa dans la prévention des rechutes de la MC mise en rémission par traitement médical et chirurgical. Toutefois l'analyse des sous-groupes

montre que l'AZA est plus efficace dans la prévention des rechutes chez les patients déjà opérés, par contre le tabagisme et la présence de fistule ne sont pas des facteurs discriminants. Ceci conduit les auteurs à préconiser la prise de Pentasa en première intention dans la prévention des rechutes sauf chez les patients qui sont à risque d'intervention ultérieure et menacés de grêle court.

Mentionnons les thérapies génétiques qui restent actuellement anecdotiques et dont les effets secondaires semblent importants (S van Deventer : Amsterdam), pour insister plutôt sur les leucophrèses qui font déjà depuis quelques années l'objet de publications par des équipes japonaises et qui a fait notamment l'objet d'une publication suédoise (T Ljung et al) portant sur 100 MICI (49 RCH et 51 M1). Le mécanisme d'action reste encore mystérieux et cette technique pourrait être proposée précocement chez des MICI réfractaires de faible activité notamment en cas de manifestations extra-digestives.

*Gilbert TUCAT*

*Président de la Commission MICI*

## NOUVELLES DE PRAGUE

Comme pour l'AGA au printemps, le CREGG s'est mobilisé pour vous donner des nouvelles du congrès européen d'Hépatogastroentérologie qui s'est tenu il y a quelques jours à Prague.

Prague, ville baroque, redevenue flamboyante après des années de plomb, a vu se réunir une assemblée encourageante pour les diverses sociétés européennes qui l'organisait. L'évolution de la FMC se faisant vers la validation des formations, par l'acquisition d'un certain nombre de points en fonction du temps passé, mais aussi de la qualité de celle-ci, nous avons tout intérêt de défendre, à côté de nos « Francophones », un congrès européen de bonne tenue, avec un comité scientifique irréprochable.

Le critère essentiel d'un certain nombre de topiques est de répondre à vos, comme à nos préoccupations de praticien : que s'est-il dit qui puisse tôt ou tard modifier nos prises en charge, nos pratiques ?

Bonne lecture !

**Bruno RICHARD-MOLARD**  
Président du CREGG

## Liste des Commissions

### Cancérologie

**E. VAILLANT** - 59000 LILLE  
e.vaillant@free.fr

### Endoscopie

**J. LAPUELLE** - 31400 TOULOUSE  
jean.lapuelle@wanadoo.fr

### EPP

**J. LAURENT** - 54000 NANCY  
jjm.laurent@wanadoo.fr

### Hépatologie

**P. DELASALLE** - 06130 GRASSE  
delassale@club-internet.fr

### Informatique

**M. MAHE** - 22000 SAINT BRIEUX  
michel.mahe@uni-medecine.fr

### Médicaments

**J.-P. JACQUES** - 31000 TOULOUSE  
jacques.gastro@wanadoo.fr

### MICI

**G. TUCAT** - 75017 PARIS  
gtucat@club-internet.fr

### Proctologie

**F. DEVULDER** - 51100 REIMS  
devulderf@aol.com

### Pratiques Professionnelles

**J.-F. ROQUES** - 49000 ANGERS  
jean-francois.roques@wanadoo.fr

### Président:

**Bruno RICHARD-MOLARD**  
33, rue Boucher - 33000 Bordeaux  
Tél: 05 56 43 74 00  
Fax: 05 56 43 74 09

### Secrétaire Général:

**Gilbert TUCAT**  
32, bd de Courcelles - 75017 Paris  
Tél: 01 47 63 01 22  
Fax: 01 47 63 82 22

### Trésorier:

**Thierry HELBERT**  
23, cours Gouffé - 13006 Marseille  
Tél: 04 91 90 77 70  
Fax: 04 91 56 66 90

### Conseil d'administration

Jean-Marc CANARD, Jean CASSIGNEUL, Jacques CORALLO, Pierre COULOM, Franck DEVULDER, Jean-Luc FRIGUET, Michel GREFF, Philippe GUYOT, Thierry HELBERT, Philippe HOUCHE, Jean-Paul JACQUES, Jean LAPUELLE, Jean-Christophe LETARD, Patrick LEVY, Bernard MARCHETTI, Bertrand NAPOLEON, Laurent PALAZZO, Arsène PAPAZIAN, Michel PELLETIER, Patrice PIENKOWSKI, Jean-François REY, Bruno RICHARD-MOLARD, Gérard SCHENOWITZ†, Gilbert TUCAT, Alain VERDIER.

## Agenda 2004

**22 et 23 octobre**  
Séminaire SNFGE - PARIS

**4 au 6 novembre**  
Video Digest - PARIS

**3 et 4 décembre**  
Séminaire AFORSPE  
Les MICI au quotidien  
PARIS

**6 et 7 décembre**  
17<sup>e</sup> CIE SMIER  
STRASBOURG

Routage effectué par la diligence  
du laboratoire JANSSEN-CILAG

## NOTE DE LA REDACTION

*Ce numéro spécial UEGW fait suite au numéro spécial AGA de juin 2004.*

*Il a été entièrement édité sur les fonds propres du CREGG et distribué avec l'aide du laboratoire JANSSEN CILAG.*

*Les analyses personnelles des points d'intérêts de chaque branche de notre spécialité se veulent pratiques et n'ont de valeur que d'avis d'expert.*

*Philippe HOUCHE*  
La rédaction

### Directeur de la publication:

B. RICHARD-MOLARD

Directeur de la rédaction: Ph. HOUCHE

### Directeurs associés:

J. LAURENT, G. SCHENOWITZ†

Secrétaire de la rédaction: Céline HUGOT

Edition: ALN Nancy

Conception - Impression : ARRAS

**AdhOC** Tél. 03 21 07 07 18

### Ont participé à ce numéro:

P. COULOM, F. DEVULDER, J.-L. FRIGUET, Th. HELBERT, Ph. HOUCHE, J.-P. JACQUES, J. LAPUELLE, J. LAURENT, P. LEVY, B. NAPOLÉON, P. PIENKOWSKI, B. RICHARD-MOLARD, G. TUCAT, F. VICARI.

### Comité de rédaction

B. RICHARD-MOLARD (Bordeaux)  
Th. HELBERT (Marseille)  
G. TUCAT (Paris)  
J. LAPUELLE (Toulouse)