# ANNONCE

***Cabinet d'Hépatogastroentérologie vendéen recherche successeur***

Adresse : Parc d'activités Schweitzer - Rue Jacques Monod - 85300 CHALANS
Contact : Drs J. OLLIVRY ou O. ZARKA
Tél : 02-51-93-09-11 - Port : 06-18-95-84-86 - Fax : 02-51-49-40-59 Mail : dr.ollivry@wanadoo.fr

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

***Conditions Financières :*** C.A garanti à N+1 avec partage d'honoraires
Possibilité de devenir propriétaire des parts de SCI du cabinet médical

# AGENDA 2009

**31 mai au 4 juin**
AGA - Chicago

**15 mai**
Formations sur la capsule vidéoendoscopique - Avignon

**25-26 septembre**
XXVIIème congrès du GREGG - Disneyland Resort, PARIS

**21 novembre au 25 novembre**
UEGW - Londres

## LE CREGG EN OUVERTURE DES FRANCOPHONES…

Profondément remaniées, « les Francophones » passées de JFPD à JFHOD ont débuté jeudi matin avec un symposium professionnel organisé par le CREGG en parallèle d'un symposium sur l'obésité et d'un autre dédié à l'endoscopie. Eh bien, malgré cette concurrence, près de 350 participants attendaient les premières diapositives… Dans une ambiance studieuse et participative, les interventions ont abordé les problèmes quotidiens de l'exercice de notre spécialité en établissement privé, de la redevance « au juste prix » (Maître C. DAVER), à la participation à l'actionnariat des établissements (A. PAPAZIAN) sans oublier comment envisager sa retraite (G. MAUDRUX). Les orateurs ont apporté un éclairage sur les problèmes de fond liés à l'évolution de notre société et donc de l'exercice médical.

À l'heure du dépistage du cancer colorectal, J.-C. LÉTARD, J. LAPUELLE et A. CALAZEL se sont pliés à l'étude du rôle éventuel dans le dépistage de la capsule colique, de la qualité de la préparation, en insistant sur le dernier litre quelques heures avant l'examen et l'interprétation des données du PMSI afin de faire revenir, dans le giron des cancers, le diagnostic et le traitement des lésions néoplasiques superficielles du côlon en endoscopie.

Enfin, n'ont pas été oubliées l'évaluation des pratiques et la formation post-universitaire par G. BONNAUD et P.-A. DALBIÈS qui ont indiqué les voies à utiliser au travers des outils MEHGE et EASY-PP distribués par le CEPP-HGE et l'accès à l'acquisition de nouvelles connaissances grâce aux séminaires distribués par la SFED, l'AFORSPE, l'ANGH et le CREGG tout au long de l'année. Ceux-ci gagneraient sans doute à une uniformisation et une organisation collégiale au travers d'actions financées par la FPC ou L'OGC (F. DEVULDER).

Au total, nous avons vécu un super symposium professionnel dirigé par le président du CREGG en exercice J.-M. CANARD et son prédécesseur P. COULOM qui avait su convaincre G. CADIOT, secrétaire général de la SNFGE, du bien-fondé d'une telle démarche.

Bravo !

Philippe HOUCKE



## LE BUREAU

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

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

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

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

## LES COMMISSIONS

**Cancérologie**
Patrice PIENKOWSKI 82017 MONTAUBAN
ppienkowski@clinique-pontdechaume.fr
**Hépatologie**
Bertrand HANSLIK
34000 MONTPELLIER
bertrand.hanslik@wanadoo.fr
**MICI**
Patrick FAURE 31077 TOULOUSE
faure.gastro31@wanadoo.fr
**Motricité et Nutrition**
Vianna COSTIL 92092 PARIS-LA-DÉFENSE
vianna@costil.fr
**Prévention des Cancers par Endoscopie**
Anne CALAZEL-BENQUE
acalazel@capio.fr
**Proctologie**
Jean-Michel ROUILLON 11000 CARCASSONNE
rouillon.gastro11@club-internet.fr
**Endoscopie**
Elias ABDINI
elias.abdini@wanadoo.fr
**Imagerie**
Pierre DALBIÈS 34500 BÉZIERS
pa.dalbies@wanadoo.fr
**Informatique**
Dominique TOURNUT 13006 MARSEILLE
d.tournut@wanadoo.fr
**Plateaux Techniques**
Jean-François ROQUES 49000 ANGERS
jean-francois.roques@wanadoo.fr

***La lettre du CREGG N°45 est réalisée et diffusée avec le soutien de FUJINON, GIVEN-IMAGING et des laboratoires JANSSEN-CILAG***

**Directeur de la publication :** J.-M. CANARD
**Directeur de la rédaction :** Ph. HOUCKE
**Secrétaire de la rédaction :** Céline HUGOT
**Ont participé à ce numéro :** Ch. BOUSTIÈRE, J.-M CANARD, Vianna COSTIL, I. FASSLER, P. FAURE, Ph. HOUCKE, J.-C. LÉTARD, P. PIENKOWSKI, J.-M ROUILLON, J.-F. VICENSINI
**Comité de rédaction :** J.-M. CANARD, Ph. HOUCKE, J.-C. LÉTARD, Marie-Pierre PINGANNAUD
**Photos :** J.-C. LÉTARD
**Conception et impression :** Imprimerie HANOCQ - Tél : 03-21-03-04-38
**Édition :** ALN Nancy
ISBN : 978-2-35833-015-2
EAN : 9782358330152 - ISSN : 1261-7458

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

# Édito

*Quoi de neuf dans cette nouvelle organisation des JFHOD ?*
Le symposium du CREGG qui a inauguré les nouvelles JFHOD, a réuni, pour une réunion un jeudi matin à 8h30, 350 participants à la période de pointe.

*Qu'est-ce que nous pouvons en retenir ?*

• **La redevance** n'est justifiée que pour la gestion des honoraires et pas pour l'achat du matériel ni pour le personnel ou quoi que ce soit concernant la pratique de tous les actes d'endoscopies. Dans le cas où il y a un dérapage, il faut s'adresser à l'expert en la matière, à savoir Madame le Docteur AOUSTIN directrice du pôle T2A à l'Assurance Maladie, et s'expliquer dans un premier temps avec le directeur de façon orale, puis par courrier, puis par assignation au tribunal grâce à l'expertise de **Maître Corinne DAVER**.

• **Pour placer son argent**, il faut miser sur l'immobilier. C'est le meilleur des placements avec d'abord son habitation principale puis son outil de travail à savoir le cabinet, voire la clinique, voire la résidence secondaire avec une participation modérée dans les actions et obligations et, éventuellement, finir par la création d'une société holding regroupant tous les biens acquis pour les transmettre sans dommage à ses enfants **(Docteur G. MAUDRUX)**.

• **S'impliquer dans son outil de travail** permet de le contrôler comme l'a démontré le **Docteur A. PAPAZIAN**. Cela demande beaucoup de patience, de diplomatie et de réunions. Cela vaut certainement la peine du point de vue financier mais, également, au niveau des pratiques professionnelles, en contrôlant son outil de travail.

• **La qualité de la préparation** colique est à améliorer encore et encore avec le ½ ou le litre à prendre au lever pour les coloscopies le matin afin d'avoir un côlon propre de façon définitive comme l'a montré le **Docteur J. LAPUELLE**.

• **Easy PP est un outil d'évaluation continue** de nos performances, d'utilisation extrêmement simple. Cela permet de suivre, au jour le jour, la qualité de sa pratique : le pourcentage de polypes enlevés, le temps de descente, la qualité de la préparation et, surtout, l'Acbus sur la coloscopie entre le 4ème et le 24ème mois. Merci au **Docteur G. BONNAUD** d'avoir mis en place cet outil de travail exceptionnel qui est à se procurer auprès du CEPP-HGE.

• Ce n'est pas encore demain que l'on aura, mois par mois et département par département, **l'évolution de la mortalité des cancers digestifs**, afin de juger immédiatement des efforts entrepris comme il est possible de le savoir pour les tués sur la route, mais le **Docteur Anne CALAZEL-BENQUÉ** est bien placée et les efforts se poursuivront.

• **La formation** sur le cochon vivant ou mort avec les écho-centers lors de réunions régionales ou nationales a été plébiscitée. Merci au **Docteur P.-A. DALBIÈS** d'avoir mis ces écho-centers en place qui remportent un grand succès.

• Enfin, le **Docteur J.-C. LÉTARD** nous a expliqué qu'il faut attendre la fin des évaluations sur la capsule colique pour connaître sa place exacte.

Quelques travaux très utiles ont été présentés en particulier sur la nécessité d'enlever les polypes de moins de 5 mm qui comportent 5 % de dysplasie de haut grade.

**La première journée d'information sur la prévention des cancers digestifs par endoscopie** n'a pas eu encore l'audience espérée mais elle intéresse un grand nombre de professionnels et déjà nous avons eu quelques passages dans des médias importants. Nous recommencerons l'année prochaine avec encore plus de partenaires.

À bientôt pour le congrès du **CREGG à Disneyland Resort Paris du 25 au 26 septembre 2009**. Je vous recommande de venir nombreux car nous avons mis en place un programme le plus large possible afin que vous ne perdiez pas votre temps en matière de formation et que vous puissiez vous amuser ainsi que votre famille ; de plus, l'accès est l'un des plus faciles de toute la France, car si tous les chemins mènent à Rome, tous les TGV mènent à Marne-La-Vallée. Vous pouvez amener votre famille, ce qui permettra d'associer le travail, la distraction et la vie de famille.

Jean-Marc CANARD
*Président du CREGG*

# SOMMAIRE

**PAGE 2**
*LES MICI - Patrick FAURE*
*NOUVELLES DE LA COMMISSION PROCTOLOGIE - Jean-Michel ROUILLON*

**PAGE 3**
*CE QUI VA CHANGER VOTRE PRATIQUE …*
*VIDÉO CAPSULE ÉLECTRONIQUE (VCE) - Jean-Christophe LÉTARD*
*LA DISSECTION SOUS-MUQUEUSE (ESD) - Jean-Christophe LÉTARD*
*DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL - Philippe HOUCKE*

**PAGE 4**
*SYMPOSIUM SUR LA NOTES - Vianna COSTIL*

**PAGE 5**
*L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN MILIEU LIBÉRAL EN 2008 - Christian BOUSTIÈRE*
*CRÉATION DE LA MÉDIATHÈQUE CREGG*

**PAGE 6** *POSTER : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRÉPARATION*

**PAGE 7** *POSTER : LA REDEVANCE*

**PAGE 8**
*L' ENTÉROSCOPIE - Isaac FASSLER*
*ENTÉROSCOPIE DOUBLE BALLON - Jean-Francois VICENSINI*

**PAGE 9** *POSTER : LA PRÉPARATION POUR LA VIDÉO CAPSULE COLIQUE*

**PAGE 10** *POSTER : LES SYMPTÔMES DU RGO*

**PAGE 11**
*À PROPOS DE L'EXERCICE DE LA CANCÉROLOGIE PAR LES HÉPATOGASTROENTÉROLOGUES - Patrice PIENKOWSKI*

**PAGE 12**
*ANNONCE - AGENDA*

Lettre N°45 AVRIL 2009

# LES MICI

Les JFHOD, dans leur nouvelle version, ont donné une belle part aux MICI avec plusieurs communications orales en séance plénière dont 2 sur les résultats intermédiaires des études SONIC et STORI déjà présentées durant l'UEGW de Vienne.

**SONIC** (J.-F. COLOMBEL) est un essai contrôlé en double aveugle comparant **l'infliximab** (IFX), seul ou en association avec l'azathioprine (AZA), **à l'azathioprine seul** chez des patients atteints de maladie de Crohn, naïfs de tout traitement immunomodulateur ou biologique. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'induction d'une rémission (CDAI<150) sans corticoïde chez des maladies de Crohn modérées ou sévères. Cinq cent huit patients naïfs ont été randomisés dans les 3 bras. Les résultats sont sans équivoque à la semaine 26 (S26) en terme de rémission clinique : le groupe IFX+AZA (56,8 % de rémission) est supérieur à l'IFX seul (44,4 %, p<0,022) qui est supérieur à l'AZA seul (30,6 %, p<0,009). La comparaison du bras IFX+AZA à AZA seul retrouve une différence significative (p<0,001) en faveur de la « bithérapie ». Néanmoins, dans le sous-groupe de patients qui présentaient une CRP>8 mg et des lésions endoscopiques à l'inclusion, la cicatrisation endoscopique à S26 est de 43,9 % sous IFX+AZA, de 30,1 % sous IFX, et de 16,5 % sous AZA. Mais la différence entre le groupe IFX+AZA et IFX seul n'était plus significative (p<0,055), elle restait en revanche significative par rapport à l'AZA seul. De même, pour le sous-groupe de patients avec une CRP<8 mg/l et sans lésion endoscopique, la prescription d'AZA semblait suffisante. En termes d'effet indésirable et de tolérance, on ne retrouvait pas de différence entre les 3 groupes.

Cet essai permet de conclure que chez les patients naïfs **en poussée modérée à sévère de Crohn, un traitement par IFX seul ou en association avec l'AZA est plus efficace qu'un traitement par AZA seul pour induire une rémission sans corticoïde et une cicatrisation muqueuse**. Les résultats demandent à être confirmés à la semaine 50 pour définir des stratégies claires de traitement en première intention (bithérapie ou monothérapie par IFX ou AZA seule) selon les sous-groupes de patients.

**STORI** est une belle étude prospective du GETAID dont le but était **d'évaluer le risque de rechute à l'arrêt de l'IFX** chez des patients en rémission.
Cent quinze patients en rémission (CDAI médian de 37) avec une durée médiane d'IFX de 2,2 ans et d'immunosuppresseur (IS) de 2,8 ans ont été inclus. Après une rémission stable d'au moins 1 an sous IFX et IS, plus de la moitié des patients n'avaient pas rechuté un an après l'arrêt de l'IFX. Parmi les patients rechuteurs, 37/38 ont pu être retraités par IFX. Les facteurs prédictifs de rechute étaient le tabagisme, une hémoglobine <14,5 g/l, la persistance de lésions endoscopiques et une CRP ultrasensible >2,5.

D. LAHARIE et al. ont montré que dans la maladie de Crohn périnéale ou luminale, après un succès par un traitement d'induction par IFX suivi par un traitement par IS, **un retraitement par IFX était possible à distance en cas de rechute** avec une bonne efficacité (80 % de répondeurs) et une bonne tolérance si les malades sont retraités dans l'année. Après 12 mois, le risque d'intolérance et de non-réponse se majore.
H. SOKOL et al. ont voulu savoir si l'arrêt de l'AZA après une prescription prolongée d'AZA (6 ans) chez des malades en rémission pouvait diminuer le risque de rechute.

**L'arrêt de l'AZA expose à un fort taux de rechute** (57 % vs 17 % à 2 ans, 73 % vs 44 % à 5ans) quelle que soit la durée préalable du traitement, même supérieure à 6 ans. Les patients de sexe masculin, non fumeurs semblent plus exposés.
L. PEYRIN BIROULET et al. ont réalisé une méta-analyse pour évaluer l'efficacité des analogues des purines (AZA et 6 mercaptopurine) dans la prévention de la récidive post opératoire de la maladie de Crohn. À partir de 4 essais contrôlés, cette méta-analyse montre que **les analogues des purines sont plus efficaces que le placebo pour la prévention d'une récidive clinique et endoscopique** à 1 et 2 ans. La population cible et le schéma posologique restent à déterminer.

J. COELHO et al. à partir de **l'étude CESAME** ont colligé 215 grossesses entre 2004 et 2007, chez des patientes porteuses d'un Crohn (75,5 %), d'une RCH (22 %) ou d'une colite indéterminée (2,5 %) avec une durée moyenne de la maladie de 6 à 8 ans à l'inclusion. Quarante pour cent des grossesses se sont déroulées sous thiopurines, 39 % sous d'autres traitements et 21 % sous aucun traitement de MICI. Les résultats ne montrent **aucune augmentation du risque de malformation congénitale sous thiopurine** mais des augmentations non significatives des risques de prématurité et d'hypotrophie. Ces deux risques pourraient être liés à la sévérité de la MICI.

Enfin, une étude originale de P. ROUMEGUÈRE, menée conjointement par D. LAHARIE et une équipe de proctolologues de Talence ont étudié de façon prospective, chez 34 malades, le **traitement combiné des fistules complexes de la maladie de Crohn par infliximab, chirurgie et méthotrexate**. À l'inclusion, tous les malades recevaient un traitement par MTX (25 mg/sem) et trois perfusions d'induction d'IFX (S0, S2, S6). Un drainage de la suppuration était réalisé au moment de l'inclusion (Seton) et un deuxième temps chirurgical optimal était réalisé à S4 (entre la seconde et la troisième perfusion d'IFX). Un traitement d'entretien par MTX était poursuivi sans IFX associé. L'évaluation faite à la semaine 14 sur le PDAI (Perineal Disease Activity Index) et l'IRM montraient 85 % de réponse avec 73,5 % de réponse complète. Le délai médian de perte de réponse chez les répondeurs était de 69 semaines. Ce travail montre que ce traitement combiné permet une réponse clinique rapide en cas de fistule complexe et que l'utilisation du MTX en monothérapie en entretien permet de maintenir cette réponse clinique et anatomique (IRM) pendant plus d'un an.

Malheureusement, cette revue n'est pas exhaustive et la commission MICI vous invite à lire les résumés sur les traitements de 3ème ligne dans les colites sévères et l'intérêt de l'IFX dans les sténoses grêliques et à consulter les conférences sur le Web.

Patrick FAURE

## NOUVELLES DE LA COMMISSION PROCTOLOGIE

La prise en charge des **lésions anopérinéales** (et en particulier des fistules) de la maladie de Crohn évolue ces dernières années avec l'apparition des nouvelles techniques **d'encollage ou d'interposition de plugs** permettant, une fois le temps de drainage des fistules réalisé par mise en place des sétons, d'assurer au maximum la préservation de la fonction sphinctérienne.

La commission proctologie du CREGG a permis, à 25 d'entre nous, d'assister à l'hôpital des Diaconesses à des interventions sélectionnées **de prise en charge des fistules** par ces nouvelles techniques par l'équipe du Dr ATIENZA. Nous avons pu également apprécier l'exploration des fistules par échographie en 3 dimensions, technique certes coûteuse, mais qui peut dans des mains entraînées, concurrencer l'IRM pelvienne.

Plus récemment début avril 2009, cinq d'entre nous ont pu assister à Bordeaux à une journée très enrichissante de **proctologie chirurgicale**. Cette équipe travaille depuis quelques mois sur une étude de recueil des événements hémorragiques des malades opérés sous antithrombotiques. Ces résultats seront très importants dans l'appréciation des risques chez nos malades utilisant des AVK ou des antiagrégants plaquettaires et permettront d'orienter les études futures.

La commission proctologie du CREGG est impliquée, grâce à de nombreux membres également actifs à la SNFCP, dans l'élaboration prochaine **de recommandations de pratique clinique chez les patients sous antiagrégants plaquettaires**. Ces recommandations, qui sont une des priorités de la HAS pour 2009, comporteront un socle commun à toutes les spécialités et des spécificités liées à chaque spécialité, comme l'a fait la SFED pour l'endoscopie digestive.

Beaucoup de travail en perspective pour les proctologues libéraux qui s'investissent dans leur spécialité. Le CREGG doit rester, comme son nom l'indique, un lieu d'échanges et de réflexion et pour illustrer cela, nous allons organiser avec P. FAURE président de la commission MICI, une réunion commune des 2 commissions MICI – proctologie les 4 et 5 septembre à Toulouse. À vos agendas...

Jean-Michel ROUILLON



# À PROPOS DE L'EXERCICE DE LA CANCÉROLOGIE PAR LES HÉPATOGASTROENTÉROLOGUES : résultats de l'enquête de la FSMAD

Les résultats de l'enquête nationale de la FSMAD, sur la pratique de la cancérologie digestive par les hépatogastroentérologues (HGE), ont été présentés lors des JFHOD 2009 sous la forme des posters (1, 2, 3, 4), communication orale en session plénière le samedi matin (5) et repris par le Pr ROUGIER à l'occasion d'un point presse le vendredi (6).

Cette enquête, à laquelle ont participé 1663 HGE tous modes d'exercice confondus, donne une photographie très précise de notre activité en cancérologie digestive et va servir de base aux discussions en cours avec les tutelles pour une reconnaissance plus effective de notre rôle.

Le premier enseignement de cette enquête est la confirmation du **rôle essentiel des HGE dans la prise en charge des cancers digestifs** en France. Ces cancers sont pris en charge plus d'une fois sur deux par les HGE, y compris pour la chimiothérapie et dans 2/3 des régions françaises, les HGE pratiquent davantage ou autant de chimiothérapies pour cancers digestifs que les oncologues médicaux. Il y a donc une **hétérogénéité** mais, surtout, une grande **complémentarité** dans la prise en charge des cancers digestifs, tout particulièrement des chimiothérapies **entre les oncologues médicaux et les HGE**. Le rôle des HGE pratiquant la cancérologie digestive est, dans certaines régions, essentiel, en particulier lorsqu'il existe une pénurie d'oncologues médicaux. C'est le cas, par exemple, en Picardie où les HGE prennent en charge 73 % des actes de chimiothérapie pour les cancers digestifs. Dans la plupart des régions, sans les HGE pratiquant la cancérologie digestive, la prise en charge des cancers digestifs de la population française serait très insuffisante.

**La cancérologie digestive fait désormais partie intégrante de l'exercice de l'hépatogastroentérologie**. Dès 2001, le livre blanc de l'hépatogastroentérologie réalisé par la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE) notait l'importance qu'avait la cancérologie digestive dans l'activité des HGE. L'enquête récente démontre que cette importance est devenue majeure. La cancérologie digestive fait désormais partie intégrante de l'enseignement et de l'exercice de l'hépatogastroentérologie ; tous types d'exercices confondus (libéraux, hospitaliers, mixtes), 50 % des HGE répondeurs ont estimé l'importance de la cancérologie digestive (hors endoscopie) dans leur exercice à au moins 6 sur une échelle analogique allant de 0 (aucune importance) à 10 (très importante). Pour 2/3, elle représente au moins 50 % de leur activité et pour 1/3 au moins 80 %. Les besoins de prise en charge des cancers digestifs sont croissants, en raison notamment de leur grande fréquence, d'une espérance de vie des patients de plus en plus longue, d'une nécessité de complémentarité ou d'un manque d'oncologues médicaux et des besoins d'hyper-spécialisation.

**Le rôle des HGE en cancérologie digestive** ne se limite pas à la chimiothérapie : il comprend la prévention, le dépistage, le diagnostic en particulier endoscopique, la prise en charge initiale avec notamment la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), les traitements endoscopiques, la surveillance et bien souvent les soins palliatifs. Certaines activités spécifiquement oncologiques méritent d'être analysées :

- **les réunions de concertation pluridisciplinaire :** la très grande majorité des HGE participe à une RCP (89 %) et dans 42 % des cas, ces RCP sont gérées totalement (23 %) ou en partie (15 %) par des HGE en complémentarité des oncologues médicaux ;
- **la prise en charge des chimiothérapies :** 55 % des HGE déclarent poser des indications de chimiothérapie, 43 % les administrer et 37 % faire les deux ;
- **la prise en charge des soins palliatifs :** 67 % des HGE s'investissent dans cette activité et 91 % pour les HGE détenteurs du DESC de cancérologie. Cette prise en charge est faite le plus souvent dans un service ou une unité d'hépatogastroentérologie (68 %) ;
- **la recherche clinique :** 29 % des HGE ont participé à des essais de recherche clinique, dont 67 % en incluant eux-mêmes les patients avec une tendance des nouvelles générations à participer davantage.

**La cancérologie digestive** a été **intégrée** de manière cohérente dans la **formation et la pratique de l'hépatogastroentérologie**, avec un esprit de collaboration multidisciplinaire. L'enquête fait apparaître que près de 45 % des HGE répondeurs ont une compétence en oncologie digestive et sont ainsi habilités à faire de la cancérologie digestive et à prescrire les chimiothérapies selon les critères de l'Institut National du Cancer. Parmi les HGE habilités, 40 % ont obtenu, à travers des commissions régionales ou nationales, une compétence ordinale (CO) en cancérologie, et 12 % un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en cancérologie, créé en 1988. L'enquête montre également que 49 % des HGE répondeurs n'ont ni CO, ni DESC et, parmi eux, 31 % possèdent un diplôme (inter)-universitaire (DU/DIU créés en 1998 et 1999) et ont donc un haut niveau de formation sans reconnaissance.

Les HGE libéraux ont massivement répondu à l'enquête de la FSMAD (800 participants sur les 1 663 soit près de 50 %). Les résultats spécifiques montrent, là aussi, une forte implication en cancérologie digestive qu'on peut mesurer par 4 indicateurs :

- le taux de participation aux RCP est de 83 % (deux fois plus qu'il y a 10 ans) ;
- l'augmentation du temps moyen consacré à la cancérologie (plus de 30 % du temps pour 1 HGE libéral sur 4) ;
- le niveau de formation : DESC ou compétence ordinale (38 %) ou diplôme universitaire (13 %) soit au total 1 HGE libéral sur 2 ;
- la prise en charge effective des chimiothérapies dans 30 % des cas.

L'enquête de la FSMAD montre aussi qu'un nombre non négligeable d'hépatogastroentérologues libéraux a acquis une formation spécifique en cancérologie par le biais de **DU ou de DIU de cancérologie digestive**, sans avoir toutefois le droit officiel de prescription que seuls confèrent pour l'instant la compétence ordinale et le DESC. On peut estimer sur la base des résultats de cette enquête que 28 % des HGE libéraux sont dans ce cas, soit environ 500 praticiens. Face aux besoins démographiques (fréquence des cancers digestifs, espérance de vie plus longue), aux indications croissantes de chimiothérapie et à la pénurie relative en oncologues médicaux, les pouvoirs publics réfléchissent à une reconnaissance des compétences et une habilitation des spécialistes d'organe sous la forme d'une Validation des Acquis par l'Expérience (VAE). Dans les discussions en cours au ministère, nos intérêts sont défendus par les universitaires en charge de la formation initiale en hépatogastroentérologie, en particulier le Pr Ph. ROUGIER et le Pr J.-P. VINEL, en collaboration avec les représentants d'autres spécialités comme les pneumologues. Afin de mieux défendre ce projet et les intérêts légitimes des hépatogastroentérologues libéraux, il sera sans doute utile, le moment venu, d'avoir le témoignage de praticiens confrontés à ce problème. Dans tous les cas, le CREGG vous tiendra informés de l'avancement des négociations et des modalités pratiques de validation des compétences lorsque le dispositif sera finalisé.

Patrice PIENKOWSKI


1. L. Bedenne et Coll. Pratique de la cancérologie digestive par les hépatogastroentérologues : évolutions de 2000 à 2008 à travers des enquêtes nationales FSMAD-FFCD. Gastroentérol Clin Biol, 2009 ;33 : A164
2. P. Michel et Coll. Pratique de la cancérologie digestive par les hépatogastroentérologues des centres Hospitalo-Universitaires : enquête nationale 2008 FSMAD-FFCD. Gastroentérol Clin Biol, 2009 ;33 : A165
3. J-L. Legoux et Coll. Pratique de la cancérologie digestive par les hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux : enquête nationale 2008 FSMAD-FFCD. Gastroentérol Clin Biol, 2009 ;33 : A165
4. J-L. Legoux et Coll. Pratique de la cancérologie digestive par les hépatogastroentérologues libéraux : enquête nationale 2008 FSMAD-FFCD. Gastroentérol Clin Biol, 2009 ;33 : A166
5. J-L. Legoux et Coll. Pratique de la cancérologie digestive par les hépatogastroentérologues (HGE): enquête nationale de la FSMAD. Gastroentérol Clin Biol, 2009 ;33 : A144
6. J-M. Canard, P. Pienkowski, Ph. Rougier. L'implication des gastroentérologues en cancérologie digestive un rôle de plus en plus important et essentiel dans la prise en charge des cancers digestifs de la population française. Point presse- Palais des Congrès de Paris Vendredi 20 mars 2009.

## PREVALENCE DES SYMPTOMES ATYPIQUES DU RGO

### L'enquête Galion : étude multicentrique et prospective sur 4363 patients

*Jacques Jean-Paul[1], Houcke Philippe[2], Coudsy Bogdana[3] , CREGG[4].*

[1]Hépatogastroentérologue, Toulouse, France, [2]Hépatogastroentérologue, Lille, France, [3]Affaires Médicales, Janssen-Cilag, Issy-les-Moulineaux,France, [4]Club de Réflexion des cabinets et Groupes : www.cregg.org

**INTRODUCTION**

Les données concernant les symptômes atypiques du Reflux Gastro-œsophagien (RGO) chez le patients consultant un gastro-entérologue (GE) sont rares.

**OBJECTIFS & METHODES**

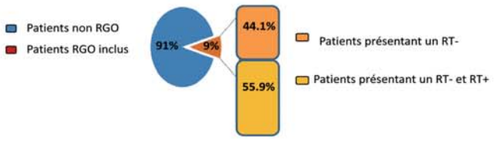
**Premier objectif** : évaluer la prévalence du RGO atypique à symptomatologie extra-digestive pendant **6 demi-journées** de consultations consécutives chez **90 GE libéraux**.

**Deuxième objectif** : évaluer la prévalence du RGO typique **(RT+)** et atypique **(RT-)** chez des **refluxeurs connus**, puis comparer ces résultats à ceux de **l'enquête FREGATE** obtenus en **médecine générale (MG)**

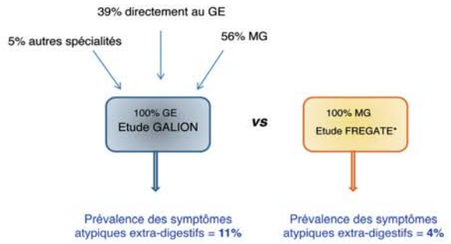
**RESULTATS**

**1. Incidence du RGO et part du RGO à symptomatologie atypique (RT-)**

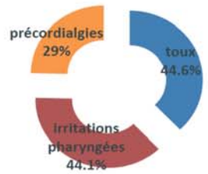
L'incidence du RGO au sein de la population consultée était de **9 %** (390/4363)
(56.9% était de sexe féminin)




**2. Provenances des patients et prévalence des symptômes atypiques extra-digestifs**




**3. Symptômes atypiques les plus fréquemment évoqués au sein de la population incluse**




**4. Diagnostic de RGO posé antérieurement**

| Age des patients | Patients à RGO connus (62.1% des inclus) |
|---|---|
| > 80 ans | 71% |
| < 50 ans | 29% |

**5. Démarche diagnostique**

1) L'EOGD est demandé en premier

| Age des patients | EOGD (%) |
|---|---|
| > 80 ans | 36% |
| < 50 ans | 68% |

2) Test diagnostic aux IPP : 21.5% des inclus

| | Part des RT- (en %) | Part des RT+ (en %) |
|---|---|---|
| Test Dc aux IPP (pleine dose ; < 2mois) | 61.3 | 81.1% |

3) pH-métrie : 3.1% des inclus

| | Part des RT- (en %) | Part des RT+ (en %) |
|---|---|---|
| pH-métrie | 5.2% | 1.4% |

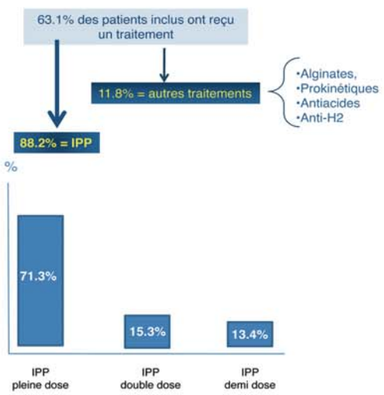
*p= 0.0378

4) Avis spécialisé complémentaire

4.1% des inclus ont eu un avis spécialisé complémentaire

ORL ou pneumo RT- | ORL et/ou cardio RT+

**6. Traitement médicamenteux**




**CONCLUSION**

Le GE reçoit le plus souvent 56% des patients préalablement évalués par leur MG, ce qui explique l'augmentation de la prévalence des signes atypiques liés à l'expertise des GE par rapport au MG. Les modes de prise en charge entre MG et GE reste très superposables (cf. étude GALION *vs* étude FREGATE*) et ceci témoigne de la bonne diffusion de la conférence de CONSENSUS** sur le RGO.

REFERENCES

*Vallot et al. Gut 2006; 55 (Suppl V) A62
**Conference of Consensus.
Gastroenterol Clin Biol 1999;23:56-65



# CE QUI VA CHANGER VOTRE PRATIQUE DEMAIN !

## VIDÉO CAPSULE ÉLECTRONIQUE (VCE)

Pour l'exploration du grêle, une belle étude marocaine (I. SERRAJ A63) confirme l'incontestable **utilité de la VCE dans la recherche étiologique des anémies ferriprives** et surtout sa rentabilité diagnostique avec 88,8 % d'examens positifs**.** C. TRANG et coll. (A116) retrouvent 39 % de lésions jéjunales dans les maladies de Crohn, plus fréquemment en cas d'iléite que de colite, mais sans impact utile dans la prise en charge thérapeutique ce qui ne justifie pas, en l'absence de symptôme, une recherche systématique.

**La vidéo capsule pour l'exploration du côlon** visualise directement la lumière colique sans anesthésie et à la différence de la colographie virtuelle par scanner sans irradiation, de façon non invasive. Elle permet l'étude du côlon hors dépistage ciblé du cancer colorectal (CCR). C'est une candidate sérieuse pour intégrer un éventail d'examens morphologiques coliques, cela d'autant que des évolutions sont envisageables : miniaturisation plus poussée, techniques pour accélérer la progression, plus grande réserve d'énergie permettant à terme un « **total bowel screening** ». Mais quelle sera sa place ? Anémie (exploration totale du grêle et du côlon lors de la même procédure), complément en cas d'Hemoccult® négatif, population de 40 à 50 ans à risque moyen de CCR où la prévalence de l'adénome est incontestable (14 % Rundle, Gastroenterology 2008) mais chez qui rien n'est préconisé, suivi intermédiaire d'intervalle après polypectomies coliques, suivi des MICI, évaluation du traitement médical des colites ?

Jean-Christophe LÉTARD

## LA DISSECTION SOUS-MUQUEUSE (ESD)

Elle s'est développée, depuis 2000, pour l'exérèse des lésions muqueuses de grosses tailles. Deux types de dissecteurs à injection d'eau sous pression sont commercialisés : le « **Flush Knife** » qui est un injecteur/dissecteur à pointe courte et l'injecteur « **Erbe Jet 1**» qui doit être utilisé en alternance avec un dissecteur conventionnel.

**Chez l'animal**, une étude avait pour but de comparer ces deux systèmes lors d'une ESD gastrique étendue chez 20 porcs anesthésiés en ventilation spontanée selon le protocole IMIV (J-C. LÉTARD A1). Dans ce travail, l'ESD a été effectuée dans tous les cas sans hémorragie. Une micro-perforation est rapportée dans un cas d'utilisation d'un « Erbe Jet 1» + Hookknife (traitée par deux clips). Un animal est mort à 12 h (péritonite). L'autopsie révélait une perforation retardée, passée inaperçue (Hookknife).
À 28 jours, les 19 porcs vivants étaient en bonne santé. **L'ESD au « Flush Knife »** nécessite un seul instrument (10 mn/cm²). Les risques de perforation semblent limités par la petite taille de la pointe (2 à 3 mm) et le maintien d'un plan de coupe perpendiculaire à l'axe de la « vague sous-muqueuse » à disséquer (en sectionnant de bas en haut). **L'ESD à l'« Erbe Jet 1»** est plus rapide (décollement de grande qualité) mais le changement régulier d'instruments (injecteur/dissecteur) fait perdre du temps (si 1 seul canal opérateur). Dans cette étude effectuée par des endoscopistes pratiquant moins de 10 ESD/an, le temps moyen était de 60 mn pour des exérèses de 6 cm² soit 10 mn par cm² en cas d'utilisation du « Flush Knife » et de 45 mn en cas d'« Erbe Jet 1» associé à un dissecteur conventionnel. L'utilisation d'un endoscope à double canal opérateur ou de l'« Erbe Jet 2 » (injecteur couplé en un seul instrument à un SafeKnife) pourrait rendre la procédure plus rapide. Le **Hookknife**, même en diminuant de moitié la puissance, est le dissecteur conventionnel le plus dangereux à utiliser en raison du risque de perforation.

**Chez l'homme**, M. GIOVIANNINI et coll. (A1) ont réalisé, chez 26 patients d'âge moyen 63,2 ans, une ESD (gastrique ou rectale) pour lésion maligne T1N0 de 2,7 cm de grandeur en moyenne (20 mn/cm²). La résection était monobloc dans 65 % des cas, plus fréquemment dans l'estomac (100 %) comparé au rectum (40 %). Les marges de sécurité latérale étaient respectées dans 90,9 % des cas pour l'estomac et 40 % pour le rectum. Ont été utilisés dans cette étude **des Flexknives pour l'incision périphérique et des SafeKnives pour l'ESD**. Aucune hémorragie n'a été notée. Une complication à type de rétro-pneumopéritoine est apparue pour une lésion rectale traitée médicalement et deux récidives dans les 6 mois ont été traitées endoscopiquement.

S. FARHAT et coll. (A58) ont pratiqué 11 ESD gastriques de 2,8 cm de grandeur chez 10 patients avec des temps de procédure superposables d'une moyenne de 20 mn par cm². Les lésions étaient marquées en coagulation douce (40 watts) avec un décollement sous-muqueux effectué à l'aide de sérum physiologique adrénaliné au 1/40 000 et coloré par de l'indigo carmin à 0,2 % (60 ml). **L'incision périphérique et l'ESD ont été faites en endocoupe à l'aide de Safeknives**. La procédure a réussi dans tous les cas sans complication. À souligner qu'une hémostase préventive a été réalisée dans 9 cas par clips ou coagulation.

Jean-Christophe LÉTARD

## DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL :

**Hemoccult II ® ou vidéo capsule colique (VCC) ?**

Le dépistage du cancer colorectal a été étendu à tous les départements depuis 2006 avec l'Hemoccult II ® pour tous les patients à risque moyen de 50 à 74 ans. La coloscopie de dépistage, de première intention, est réservée aux patients à risque élevé ou très élevé (antécédents de cancer colique familial, d'adénome transformé ou de syndrome HNPCC).

Cependant, l'Hemoccult II ® a une sensibilité faible de l'ordre de 50 % et « rate » 1 cancer sur 2.
Ceci pourrait faire proposer la VCC en terme de dépistage de masse, indépendamment des problèmes de coût…
Cependant, les premiers résultats intermédiaires de l'étude multicentrique française (GastroEntero Clin biol-2009.33.co-93-A 247) sont un peu décevants en raison d'une préparation jugée bonne ou excellente que dans 55 % des cas, imposant de revoir le protocole de préparation. Les performances pour le diagnostic de polypes >6 mm étaient sensibilité : 55 % ; spécificité : 87 % ; VPP : 52 % et VPN : 88 %.

Ceci reste en deçà des espérances et impose, d'une part, une meilleure préparation et, d'autre part, une modification du schéma de lecture ou un apprentissage préalable plus poussé.
Entre VCC et coloscopie virtuelle le débat reste entier par rapport à la coloscopie optique qui, si elle reste le « gold standard » en terme de dépistage, « rate » encore 15 à 24 % des polypes <10 mm comme le rappelait Th. PONCHON dans sa conférence du vendredi 20 mars…
**Les débats restent ouverts !!!!**

Philippe HOUCKE

## *SYMPOSIUM SUR LA NOTES*

Where are we now, what future for the gastroenterologists ?

La chirurgie endoscopique transviscérale par les orifices naturels **(NOTES) permet de réaliser des interventions chirurgicales digestives sans cicatrice**. Elle évite les complications pariétales et permet un meilleur résultat esthétique. De nombreuses interventions ont été réalisées sur des modèles porcins (hystérectomie, ovariectomie, cholécystectomie et chirurgie bariatrique). Chez l'homme, des appendicectomies et des cholécystectomies par voie transvaginale mais aussi par voie transgastrique ont été réalisées avec succès (C.-J. GOSTOUT et A-N. KALLOO).

X. DRAY a montré les **progrès des techniques de sutures** des parois digestives et vaginales (T-tag, systèmes de sertissage) et **l'utilisation d'aimants** permettant de mobiliser les anses intestinales et les mésos. **La chirurgie robotique** semble être une voie intéressante pour la NOTES (A.-N. KALLOO).

Le traitement endoscopique des complications de la chirurgie digestive (lavage d'abcès après fistules) permet de réaliser des miracles chez des patients ayant des complications chirurgicales graves, mettant en jeu le pronostic vital (M. BARTHET). C'est une véritable NOTES.

De nombreux aspects techniques ne sont pas encore résolus et doivent être évalués sur les modèles animaux. L'industrie doit **adapter les outils chirurgicaux à l'endoscopie**.

En 2009, en France, cette chirurgie par voie endoscopique **requiert le mariage d'un chirurgien avec un gastroentérologue**. Il est probable que les générations suivantes bénéficieront d'une formation chirurgicale et endoscopique comme nos confrères japonais ou américains.

Vianna COSTIL

***Formation à la Vidéo-Capsule (1er niveau ....)***



## Vidéo-capsule colique électronique : évaluation d'un protocole de préparation colique modifié (POIT20) et de sa faisabilité en pratique quotidienne

J.C. Létard[1], P. Adenis Lamarre[1], P. Georget[1], F. Martin[1] - Poitiers.

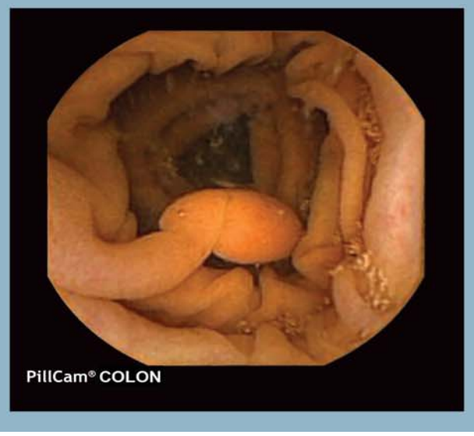
### Introduction

**La vidéo capsule colique électronique (VCCE)** est un dispositif médical qui permet **l'étude du côlon** (hors dépistage ciblé du CCR). La qualité de la préparation colique est déterminante pour réaliser cet examen, nous souhaitions évaluer : ***l'efficacité du protocole de préparation POIT20*** ; ainsi que la ***faisabilité*** de cette nouvelle technique.

### Patients et Méthodes

***La veille de l'examen*** 8h petit déjeuner à ***" faibles résidus "*** puis ***diète totale liquides clairs non compris*** - 12h repas léger (pâtes) - 17 à 20h 2 sachets de Moviprep ; le jour examen 6 à 7h ***1 flacon de Fleet*** - 8h ***ingestion VCCE (« Pillcam® côlon »)*** - 8 à 15h ***départ du patient*** - 10h ***retour du patient pour « RapidAccess »*** et si VCCE dans le côlon (pas de Fleet), si dans l'estomac (érythromicine iv 500 mg), si dans le grêle (1/2 flacon Fleet) puis un autre 1/2 flacon de Fleet à 12h si VCCE toujours dans le grêle - 13h légère collation à faibles résidus - 17h retour au centre d'imagerie digestive (si examen non terminé départ et retour du boitier le lendemain).

PillCam® COLON


PillCam® COLON

La préparation était jugée : **A = excellente** ***(pas de résidu solide ou liquide)*** ; **B = bonne** ***(résidus liquides ne gênant pas l'étude de la muqueuse)*** ; **C = passable** ***(résidus liquides ou solides gênant la visualisation de la muqueuse avec étude complète du côlon)*** ; **D = mauvaise** ***(idem C mais sans étude complète du côlon)*** - de façon globale et par segment. Une **double lecture** (JCL/PAL) étudiait l'œsophage ; l'estomac ; le bulbe ; le grêle ; les segments coliques (Cae = caecum, CD = côlon droit, CT = côlon transverse, CG = côlon gauche, R = rectum) ; les signes rouges ; les temps de transit oro-caecaux et totaux.

### Résultats

**Trente deux patients** (14 femmes, 18 hommes) d'âge moyen (56,7 ans) ont été explorés par VCCE pour : ***douleurs abdominales*** (25 dont 8 avec contre indication à l'anesthésie / 5 des facteurs de risques de CCR et refus de la coloscopie ; des rectorragies (1) ; une maladie inflammatoire/ischémique colique (3) ; un hémocult négatif (4). Dans 2 cas il a été injecté de l'erythromicine, dans 4 une rétention recto-sigmoidienne est apparue. La **préparation** était globalement de type : **A (41 %)** ; **B (50 %)** et C (9 %) avec pour chaque segment : Cae (A47 %, B50 %, C3 %) ; CD (A94 %, B6 %) ; CT (A97 %, B3 %) ; CG (A78 %, B 16 %, C6 %) et R (A47 %, B33 %, C15 %, D15 %). ***L'œsophage était vu en totalité*** (26 cas), ***partiellement*** (4 cas) avec : 2 béances cardiales ; 3 EBO ; 2 cardites ; 1 papillome. ***L'estomac était partiellement vu*** dans 31 cas (17 gastrites, une ulcération et un polype). ***Le bulbe n'était vu que dans 9 cas***. Le grêle était toujours examiné dans sa portion iléale avec visualisation d'angiodysplasies (3 cas), d'une valvule inflammatoire (2 cas) et d'ulcérations crohniennes (1 cas). Pour le côlon ont été diagnostiqués des polypes (13 patients), des diverticules (11 patients), un cas de colite inflammatoire, un cas de taenia et 3 cas d'hémorroides stade IIa. Les temps de transit caecaux étaient en moyenne de 3h08 mn (1h à 5h32 mn) et totaux de 6h20 mn (1h30 à 12h).

### Conclusion

La réalisation d'une VCCE est **simple en pratique quotidienne** et la préparation colique selon le protocole POIT20 était **excellente/bonne dans 91 % des cas,** le rectum étant le site le moins bien visualisé ce qui n'exonère pas son ***analyse complémentaire dans 15 % des cas.***

# L'ENTÉROSCOPIE

L'avènement de la **capsule endoscopique** en 2000 nous a permis d'explorer la totalité de l'intestin grêle. Cependant, elle ne permettait pas de réaliser des actes thérapeutiques.

Si l'**entéroscopie poussée** nous permettait de réaliser des prélèvements et des gestes thérapeutiques sur la muqueuse grêle, la progression de cet appareil ne s'étendait pas d'un mètre au-delà de l'angle de Treitz.

L'apparition de l'**entéroscopie à double ballon** nous a permis de faire une exploration pratiquement complète de l'intestin grêle. Les différentes études ont permis de déterminer que 70 à 80 % de la muqueuse peuvent être examinés quand on combine la voie antérograde et la voie rétrograde, avec un pourcentage diagnostique évalué entre 40 et 60 %.

**Les indications de la technique** sont la recherche de la cause d'une hémorragie chronique obscure et occulte, la présence d'une tumeur de l'intestin grêle et des sténoses de l'intestin grêle soit dues à des maladies inflammatoires intestinales, soit dues à la prise des AINS.

Depuis l'apparition de **l'endoscope à double ballon**, celui à **simple ballon** est apparu ; la technique se ressemble énormément. Les deux procédures nécessitent l'utilisation d'un gonflement et d'une déflation des ballons, avec des mouvements de poussée et de retrait, permettant ainsi une insertion assez profonde de l'endoscope dans l'intestin grêle.
Ce sont des techniques qui permettent de faire des **gestes thérapeutiques** comme l'hémostase, la dilatation au ballonnet, des polypectomies, des résections muqueuses ou même des extractions de corps étrangers.

Plus récemment, l'**entéroscopie à double ballon a ouvert de nouveaux horizons**, soit pour l'exploration du côlon dans les cas où l'exploration par coloscopie classique s'avère incomplète, soit en raison d'un dolichocôlon ou soit en raison de la fixité des anses coliques, due à des adhérences en cas de chirurgie bariatrique avec des montages en Y selon ROUX.

En 2007, une nouvelle technique d'**exploration de l'intestin grêle** est apparue. Il s'agit d'une **technique qui utilise un surtube en spirale** et les différentes études publiées démontrent que la progression par voie antérograde est possible dans pratiquement 95 % des cas, bien que la technique soit bien différente et qu'un entraînement soit nécessaire. L'insertion de l'endoscope a été calculée à 262 cm +/- 57,4 cm au-delà de l'angle de Treitz, ce qui est comparable avec les résultats obtenus par les entéroscopes à double ballon.

Cette technique, d'autre part, serait moins longue à réaliser dans des mains expertes.

Quoi qu'il en soit, **les endoscopies pour l'exploration de l'intestin grêle sont bien tolérées et permettront de voir pratiquement l'intégralité de la muqueuse**, quand les procédures par voie antérograde et rétrograde sont utilisées. Elles nous permettront de réaliser plus facilement des biopsies ou des gestes thérapeutiques mais, d'autre part, ces techniques nous permettront d'explorer des segments de l'intestin qui, jusqu'à présent, en raison des difficultés techniques, ne pouvaient pas l'être, notamment dans le cas des coloscopies difficiles ou des modifications anatomiques dues à des gestes chirurgicaux.

Elles comportent cependant **quelques contraintes**, notamment le coût de la procédure, la nécessité d'avoir assez fréquemment deux opérateurs et le contrôle fluoroscopique de la progression.

Isaac FASSLER

## *ENTÉROSCOPIE DOUBLE BALLON*

L'entéroscopie double ballon a été présentée à ces JFHOD, lors de la vidéo session, par un film original du groupe de Nancy (G. GAY, M. DELVAUX, I. FASSLER) qui mettait en évidence **l'intérêt de cette technique en cas d'endoscopie œsogastroduodénale après chirurgie bariatrique.**

E. SAMAHA et coll. (A63) ont montré lors d'une belle série de 403 entéroscopies à double ballon (322 hautes, 81 basses chez 335 patients) que cet examen permettait le traitement durable (par coagulation Argon le plus souvent) des lésions hémorragiques de l'intestin grêle chez 70 % des patients traités. **L'entéroscopie double ballon** doit être proposée comme première option thérapeutique en cas de lésion vasculaire hémorragique du grêle, du fait de son efficacité et de sa faible morbidité.

Jean-Francois VICENSINI



# L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN MILIEU LIBÉRAL EN 2008

**L'enquête : « deux jours d'endoscopies en France »**, la dixième du nom, s'est donc déroulée en novembre 2008 avec, pour la première fois, le soutien des laboratoires JANSSEN-CILAG.
Cette enquête, réalisée à l'initiative de J.-M. CANARD, a été conduite par la Société Sthétos pour l'organisation, le recueil et l'analyse des données.
Nous avons reçu 1 624 réponses à la première lettre de sollicitation pour participer à cette enquête. Au final, **1 039 gastroentérologues** ont fourni un dossier complet analysable permettant d'inclure **6 250 patients dans l'enquête**.

Ainsi, 7 249 actes ont pu être colligés, comprenant 3 880 coloscopies et 3 071 gastroscopies.
Cette cohorte de patients et d'examens représente une base de travail considérable et peut déjà être utilisée de manière brute même avant toute extrapolation dont la méthodologie rigoureuse reste cependant un des points forts de cette enquête.
Le profil du répondant à cette enquête était un gastroentérologue homme dans 77 % des cas, d'âge moyen 46,6 ans, et 33 % avaient plus de 50 ans.
Les libéraux représentaient 60 % de l'effectif, 74 % exercent en groupe et 58 % sont conventionnés (secteur I).

Les gastroentérologues du Sud-Est et d'Ile-de-France représentent 41 % des répondants, avec au total, un exercice citadin pour 73 % d'entres eux et pour 67 % dans une ville de plus de 50 000 habitants. Cela vient confirmer que la spécialité tend actuellement à se concentrer à la fois sur des centres urbains et sur des établissements bien équipés.

**Les examens** étaient réalisés dans 60 % des cas en clinique privée, dans 6 % des cas en cabinet de ville et dans 1 % des cas en centre autonome. De ce fait, l'endoscopie digestive intègre de plus en plus les plateaux techniques et seuls quelques centres autonomes poursuivent leur activité mais avec les mêmes contraintes que les établissements de soins.

**La prise en charge en secteur ambulatoire ou externe** est largement majoritaire avec 78 % des cas et cela correspond au développement de cette activité dite « de jour » et toute baisse des remboursements alloués aux établissements pour ce secteur risquerait de mettre en difficulté l'activité endoscopique et la prise en charge des patients. Les examens étaient réalisés sous anesthésie dans 82 % des cas dont 74 % en présence d'un anesthésiste. Il s'agit d'un réel progrès pour la qualité de nos examens et le confort de nos patients mais il existe encore des situations difficiles et de trop nombreux actes réalisés sans sédation.
Les principaux problèmes mentionnés par nos collègues libéraux, au travers d'un questionnaire ciblé, sont des créneaux trop limités en temps (17,7 %), un matériel insuffisant ou obsolète (13 %) et une redevance jugée trop élevée (9,5 %).

**Enfin, sur le plan formation,** 88 % de nos confrères ont déclaré assister au moins une fois par an aux congrès nationaux et la plupart ont suivi dans l'année au moins un programme de FMC validante. Quant à l'EPP, 63 % d'entres eux étaient engagés dans un programme mais 8 fois sur 10, il s'agissait d'une action d'EPP intégrée à la procédure d'accréditation des établissements et non pas à une action individuelle. À l'heure où l'EPP et FMC risquent de se fondre dans une nouvelle organisation appelée DPC ou Développement Professionnel Continu, ces chiffres doivent interpeller nos tutelles avant de fixer les nouvelles règles. Ces actions de formation et d'EPP ont été jugées utiles pour accéder à de nouvelles techniques, pour améliorer la connaissance du matériel ou pour maîtriser les nouvelles règles de bonne pratique concernant le suivi ou le contrôle des patients.

Au final, toutes ces données recueillies grâce à cette enquête unique en France sont indispensables pour mieux connaître notre pratique et surtout pour faire valoir le poids de l'activité endoscopique libérale dans une période où certaines mesures défavorables sont annoncées.

Christian BOUSTIÈRE

# CRÉATION DE LA MÉDIATHÈQUE CREGG

Après la naissance des réunions régionales d'endoscopie, des fiches de recommandations alimentaires, de l'observatoire sur l'utilisation de la vidéo capsule colique électronique et de l'association des polypectomisés français du tube digestif (APDTF, www.apdtf.fr), le bureau du CREGG est heureux de pouvoir mettre à votre disposition la « Médiathèque CREGG » pour votre curiosité, votre formation en imagerie digestive ou la réalisation de topos (www.cregg.org).

Cette « Médiathèque CREGG » gratuite est l'une, voire la plus complète du Net. Elle comprend des images endoscopiques, échographiques, scanographiques et IRM qui illustrent la pathologie par techniques, symptômes ou organes.

# Evaluation prospective multicentrique de la qualité de la préparation colique en coloscopie chez 1 019 patients

P264

J.LAPUELLE, E. ABDINI, JM. CANARD, P.COULOM, B.CROGUENNEC, JC. LETARD, C. BOUSTIERE, J. CASSIGNEUL, J.CAZALS, PA. DALBIES, N. GIMBERT, T. HELBERT, P. HOUCKE, P. PIENKOWSKI, R. SYSTCHENKO (CREGG), C. CHAUSSIER, F. KOHLER, F. VICARI (ASET)
Conflit d'intérêt : LABORATOIRE FERRING

## RESUME

INTRODUCTION :
La qualité de la préparation colique reste l'élément essentiel pour la détection et la résection des polypes. Le but de ce travail était d'évaluer à l'aide d'enregistrements systématiques des coloscopies, les facteurs influençant la qualité de la préparation colique et ses modalités d'examen, indépendamment du type de produit utilisé.
MATERIEL ET METHODES :
Cette enquête prospective a été réalisée par des gastro-entérologues endoscopistes séniors. L'analyse statistique descriptive était faite sans tenir compte du produit utilisé pour la préparation. La recherche de l'influence de facteurs a été faite en analyse univariée en utilisant le Chi2 ou le test exact de Fisher. La qualité de la préparation était évaluée d'une part par le remplissage d'une grille : « de très mauvaise à excellente » (de 1 à 5), par l'endoscopiste et d'autre part, par l'analyse des enregistrements visualisés par des relecteurs
RESULTATS :
1019 coloscopies ont été enregistrées. L'âge de réalisation des coloscopies était de 14 ans à 91 ans. Les coloscopies étaient réalisées en ambulatoire dans 97% des cas. Un régime sans résidus était prescrit dans 79% le plus souvent pendant 3 jours (94%). Il influençait de manière significative (p < 0,03) la qualité de la préparation. 95% des patients avaient pris dans cette étude plus de 80 % de la préparation avec simplement 5% de vomissements. Des lavements ont été réalisés dans 69,7% des cas sans qu'il soit possible de montrer une influence significative sur la qualité de la préparation (p < 0,12). La proportion des coloscopies mal préparées : « très mauvaise, mauvaise et moyenne » (1,2,3) était de l'ordre de 23,4% en première lecture. Lors de la relecture, le taux s'élevait à 30,6% et la concordance observée entre les deux lectures était de 0,689 alors que la concordance aléatoire était de 0,322 avec un kappa à 0,541 et donc une reproductibilité moyenne. La coloscopie était jugée à refaire dans 6% des cas. Il faut noter cependant que lors de la coloscopie un lavage permettant d'améliorer la préparation était pratiqué dans 32%. Si on étudie la qualité de la préparation en fonction de l'heure de la coloscopie, il était noté de meilleurs résultats lorsque les examens étaient effectués l'après midi (p < 0,001). Une explication de la préparation au patient était donnée par le médecin et la secrétaire dans 94,8% avec une incidence sur sa qualité lorsque l'explication était faite par la secrétaire. Sur 644 observations où le temps de l'examen était noté, l'enregistrement montrait que la descente se faisait en 6 minutes ou moins dans 40,5%.
CONCLUSION :
La qualité de la préparation colique semblait meilleure lorsque les examens étaient pratiqués l'après midi (rôle de la dernière prise dans les heures précédant la coloscopie). La prescription d'un régime sans résidus améliore significativement la préparation. Les coloscopies étaient considérées à refaire dans 6 %. Le temps de descente est respecté seulement dans 60% des actes. La variabilité inter-observateur confirme que l'enregistrement systématique de la coloscopie est nécessaire, afin d'améliorer les pratiques cliniques et de réaliser des actes en accord avec les recommandations de la SFED

## INTRODUCTION

1. Etude prospective descriptive réalisée sur 1 an par des coloscopistes seniors à partir de centres répartis sur le territoire
2. Enregistrement systématique des coloscopies
3. Evaluation des facteurs influençant la qualité de la préparation colique dans la vie pratique
4. L'analyse de statistique descriptive était faite sans tenir compte **du produit utilisé pour la préparation**
5. La qualité de la préparation était évaluée d'une part, par l'endoscopiste par le remplissage d'une grille : de très mauvaise à excellente (de 1 à 5), d'autre part, par l'analyse des enregistrements visualisés par des relecteurs indépendants

## METHODE

1019 coloscopies ont été enregistrées :

- Age de 14 à 91 ans (moyenne de 52 +/- 13 ans)
- L'examen concernait principalement les hommes 60 % (p< 0,05)
- 21 % de patients constipés
- 10 % de diarrhées
- 5 % d'alternance
- 44 % avaient une maladie chronique
- 33 % prenaient des médicaments
- 97 % des coloscopies ont été réalisées en ambulatoire
- Un régime sans résidu était institué dans 79 % des cas le plus souvent pendant 3 jours (94 %), il influençait de manière significative la qualité de la préparation (p<0,03)
- Des lavements ont été réalisés dans 69,7 % des cas sans influence significative sur la qualité (p<0,12)

88 % des patients ont été vus par le gastro-entérologue en consultation avant l'examen
Il s'agit de l'item le plus important des variables significatives dans la qualité de la préparation

Dans 94 % une explication était donnée par le médecin et la secrétaire avec une incidence sur la qualité de la préparation en faveur de la secrétaire

Aucune incidence sur la qualité de la préparation par le pharmacien.

## RESULTATS

La proportion de coloscopies mal préparées « très mauvaise, mauvaise et moyenne » (1,2,3) était de l'ordre de 23,4 % en première lecture

Lors de la relecture le taux s'élevait à 30,6 % et la concordance entre les deux lectures était de 68,9 %

Si on regroupe « les bonnes et excellentes » préparations, la concordance est alors de 82,2 %

La coloscopie était jugée à refaire
dans 6 % des cas

Un lavage par coloscopie était pratiqué dans 32 % des cas, améliorant la qualité

Si on étudie la qualité de la préparation en fonction de l'heure de la coloscopie, les résultats sont meilleurs l'après-midi (p<0,001)

## RESULTATS

L'enregistrement de la descente de la coloscopie chez 644 patients exploitables montrait un retour du caecum vers l'anus en 6 minutes* ou moins dans 40,5 % des cas.
Elle était égale ou inférieure à 8 minutes dans 65,1 % des cas.

* Recommandations de la SFED

## PHOTOS

## CONCLUSIONS

La qualité de la préparation est meilleure si l'examen est proche de la fin de la préparation
Le médecin doit voir le patient en consultation avant l'examen
Deux explications (médecin + secrétaire) valent mieux qu'une
Le temps de descente est respecté seulement dans 60 % des cas
La variabilité inter-observateur : mauvaise préparation de 23,4 % à 30,6 % semble confirmer que l'enregistrement systématique de la coloscopie est nécessaire afin :
- De juger la préparation de l'examen,
- De justifier la nécessité de refaire la coloscopie,
- De montrer le respect des bonnes pratiques d'exploration du côlon.



# Enquête FLASH 1 : LA REDEVANCE - résultas préliminaires -

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

### Introduction

- La prise en charge par l'assurance maladie des actes médicaux et chirurgicaux a ses fondements dans le décret n°2001-356 du 23 avril 2001 en application de l'article L-22-1 du code de la sécurité Sociale « Pour les établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale visées au 1° de l'article L. 162-22-1 sont les suivantes : l'utilisation d'un **secteur opératoire ou interventionnel**, d'une salle d'accouchement ou d'une salle de sismothérapie soit la mise à la disposition des **moyens techniques, matériels et humains** nécessaires à la réalisation des actes qui s'y trouvent réalisés. En vue de la prise en charge susmentionnée, des forfaits couvrent les frais occasionnés par ces prestations ».
- Afin d'**évaluer les conditions de travail des hépato-gastroentérologues** (HGE), le CREGG s'interroge sur les **niveaux de redevance pratiqués dans les établissements de soins privés**.

### Méthode

- Une **enquête par questionnaire anonyme** qui comportait 11 items a été proposée, par voie postale, fin janvier 2009 à tous les HGE libéraux français.

### Résultats

- **439 observations en notre possession au 1er mars 2009 ont été analysées**
  405 questionnaires retournés, soit un **taux de réponses spontanées proche de 25%**
  25 HGE exerçaient dans deux, 3 dans trois et 1 dans quatre cliniques.

- Les HGE exerçaient dans
  **197 cliniques (44,9%) indépendantes et 242 (55,1%) qui appartenaient à un groupe**
  (24,1% Générale de Santé, 12,4%Vitalia, 11,6% Capio, 10,8% Médi-Partenaires et 41,1% un autre groupe).

- Seuls **3 HGE/405 ne payaient aucune redevance** à la clinique.
- Le taux de **redevance appliqué en moyenne était de 8,35% HT** (écart-type=3,75). Il était **compris entre 2 et 25%.**

- **Dans les cliniques indépendantes,** le **taux de redevance** (8,81% *vs.* 7,97% ; p=0,021) ainsi que le **pourcentage de médecins soumis à un taux de redevance identique** (54,3% *vs.* 40,1% ; p=0,0088) **étaient plus élevés**.

- **Résultats de l'analyse univariée et multivariée de la valeur du taux de redevance : moyenne (effectif)**

| | Oui | | Non | | p univariée | p multivarié |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Etablissement indépendant | 8,81 | (n=191) | 7,97 | (n=232) | **0,021** | **0,025** |
| Prélevé sur les endoscopies | 8,36 | (418) | 7,88 | (5) | 0,61 | |
| Prélevé sur les consultations | 9,31 | (126) | 7,94 | (297) | **0,0006** | **0,0047** |
| Incluant la gestion des honoraires | 8,19 | (295) | 8,72 | (128) | 0,18 | |
| Incluant le bureau | 9,21 | (76) | 8,16 | (347) | **0,028** | |
| Incluant le secrétariat | 9,12 | (89) | 8,15 | (334) | **0,029** | **0,026** |
| Incluant les endoscopes | 8,66 | (352) | 6,80 | (71) | **0,0001** | **<0,0001** |
| Incluant le petit matériel | 8,58 | (349) | 7,26 | (74) | **0,0055** | |
| Incluant des frais autres | 9,65 | (49) | 8,18 | (374) | **0,0098** | |
| L'HGE achète les endoscopes | 7,98 | (24) | 8,40 | (394) | 0,59 | |
| L'HGE répare les endoscopes | 8,21 | (19) | 8,36 | (404) | 0,86 | |
| Clinique paie les réparations | 8,37 | (397) | 6,59 | (10) | 0,17 | |
| Clinique achète le petit matériel | 8,30 | (393) | 8,81 | (25) | 0,61 | |
| Frais supplémentaires prélevés | 6,47 | (23) | 8,46 | (400) | **0,013** | |
| Somme pour les endoscopes prélevée | 8,90 | (14) | 8,33 | (409) | 0,82 | |

- **Pour 27,1% des HGE les plages horaires allouées n'étaient pas suffisantes et pour 5,2% pas respectées.**

### Conclusion

- **Le pourcentage de redevance est plus élevé dans les cliniques indépendantes. Il augmente avec la prise en charge des endoscopes, des consultations et du secrétariat.**