

# Édito

L'UEGW, cette année à Amsterdam, a pris un vrai tournant vers la parité. L'anniversaire de ses 20 ans a fait l'objet d'un show à l'américaine filmant pendant un an le gastroentérologue européen d'aujourd'hui. L'exemple retenu est celui d'une jeune femme qui suit une formation médicale continue par elearning sur ipad, elle est blonde, une trentaine d'années, plutôt jolie, praticienne la journée, mère de famille le soir et devant son ordinateur le week-end appliquée à sa formation sur le web. Nous pensons à une fiction, mais elle arrive finalement en direct sur l'estrade en plénière accompagnée d'une pièce montée couverte de bougies, incarnant alors la réalité du monde médical de 2012. Ajoutez que parmi les prestations habituelles du palais des congrès, c'est la première fois que l'on trouve une garderie pour enfants ...

Au-delà de la simple féminisation de notre spécialité c'est cette forte prise de conscience que nous vivons dans un monde qui n'a plus de frontière, où les plus grands spécialistes sont devenus accessibles via internet, où les cours ne sont plus soumis à l'hétérogénéité de nos facultés régionales mais bien à une homogénéisation pour une formation de qualité internationale et certainement anglophone, qui a marqué les membres du bureau du CREGG. Comme chaque année, ils vous présentent sur cette nouvelle lettre du CREGG les points forts de l'UEGW 2012. Un grand merci à APTALIS qui nous a permis cette année encore d'assister physiquement aux sessions et débats scientifiques.



20<sup>th</sup> United European Gastroenterology Week

# UEGW AMSTERDAM 2012

October 20 – 24, 2012

Amsterdam / The Netherlands

Venue: Amsterdam RAI

EACCME applied • www.uegf.org

Invitation to the Industry  
Sponsorship Prospectus

ANNIVERSARY:  
20 YEARS  
UEGW  
UEGF

Anne-Laure TARRERIAS, Présidente du CREGG  
Éric VAILLANT, Secrétaire Général du CREGG

Page 2 : L'ENDOSCOPIE À L'UEGW  
Jean-Christophe LÉTARD

Page 3 : LA VIDÉO-CAPSULE (VCE)  
Patrick LÉVY

Page 4 : PHOTODIAGNOSTIC DE L'ŒSOPHAGE DE BARRETT  
Jacques ÉTIENNE

Page 5 : I AM STERDAM ....  
Patrick FAURE

Page 6 : LE POINT SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER  
COLORECTAL (CCR) Patrice PIENKOWSKI

Page 7 : DU NOUVEAU EN MATIÈRE DE MANOMÉTRIE  
Pierre COULOM

Page 8 : CANCER ET OBÉSITÉ : UN THÈME EN VOGUE  
Vianna COSTIL

Page 9 : PROCTOLOGIE  
Franck DEVULDER

Page 10 : Hp TOUJOURS !  
Fernand VICARI

Page 11 :  
XXXIème CONGRÈS DU CREGG : LES FONDAMENTAUX...  
Franck DEVULDER

Page 12 : Agenda

## LE BUREAU

### Président

Anne-Laure TARRERIAS  
6 Rue De Sontay 75116 PARIS  
Tel. : 01.40.67.93.93 - Fax : 01.40.67.76.08  
[anne-laure@tarrerias.fr](mailto:anne-laure@tarrerias.fr)

### Trésorier

Marie-Pierre PINGANNAUD  
23, cours Gouffé 13006 MARSEILLE  
Tél. : 04.91.90.77.70 - Fax : 04.91.56.66.90  
[mpingannaud@aol.com](mailto:mpingannaud@aol.com)

### Secrétaire Général

Éric VAILLANT  
1033 Avenue De La République  
59700 MARCQ EN BAROEUL  
Tel. : 03.20.55.45.33 - Fax : 03.20.55.10.92  
[vaillant-e@orange.fr](mailto:vaillant-e@orange.fr)

### Secrétaire Général Adjoint

Jean-Christophe LÉTARD  
Polyclinique de Poitiers  
1 Rue de la Providence 86035 POITIERS  
Tel : 05.49.61.72.65 - Fax : 05.49.61.72.01  
[jean-christophe.letard@wanadoo.fr](mailto:jean-christophe.letard@wanadoo.fr)

### Secrétariat de la Trésorerie du CREGG :

[secretariat.tresorerie@cregg.org](mailto:secretariat.tresorerie@cregg.org)

Secrétariat du CREGG : [secretariat@cregg.org](mailto:secretariat@cregg.org)

Site internet : [www.cregg.org](http://www.cregg.org)

## LES COMMISSIONS

### Prévention des Cancers par Endoscopie

Jean-Christophe LÉTARD (Poitiers)  
[jean-christophe.letard@wanadoo.fr](mailto:jean-christophe.letard@wanadoo.fr)

### Cancérologie

Éric VAILLANT (Lille) [vaillant-e@orange.fr](mailto:vaillant-e@orange.fr)

### Internationale

Pierre COULOM (Toulouse)  
[coulom.pierre@wanadoo.fr](mailto:coulom.pierre@wanadoo.fr)

### Endoscopie et Nouvelles Technologies

Philippe BULOIS (Lille) [philippe.bulois@yahoo.fr](mailto:philippe.bulois@yahoo.fr)

### Gestion – Fiscalité – Retraite

Jean-Luc FRIGUET (Rennes)  
[jl-friguets@wanadoo.fr](mailto:jl-friguets@wanadoo.fr)

### Hépatologie

Bertrand HANSLIK (Montpellier)  
[bertrand.hanslik@wanadoo.fr](mailto:bertrand.hanslik@wanadoo.fr)

### Imagerie

Pierre-Adrien DALBIÈS (Béziers)  
[pierredalbies@orange.fr](mailto:pierredalbies@orange.fr)

### Informatique

Guillaume BONNAUD (Cornebarrieu)  
[hepavie@free.fr](mailto:hepavie@free.fr)

### MICI

Patrick FAURE (Toulouse)  
[faure.gastro31@wanadoo.fr](mailto:faure.gastro31@wanadoo.fr)

### Motricité et Nutrition

Vianna COSTIL (Paris-la-Défense)  
[vianna@costil.fr](mailto:vianna@costil.fr)

### Proctologie

Thierry HIGUERO (Beausoleil)  
[thierryhiguelero@yahoo.fr](mailto:thierryhiguelero@yahoo.fr)

### Vidéocapsule

Élias ABDINI (Anglet)  
[elias.abdini@wanadoo.fr](mailto:elias.abdini@wanadoo.fr)

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Christian BOUSTIÈRE, Jean-Marc CANARD,  
Denis CONSTANTINI, Pierre COULOM,  
Patrick DELASALLE, Béatrice DUPIN-NIZARD,  
Jean-Luc FRIGUET, Thierry HELBERT,  
Philippe HOUCHE, Jean LAPUELLE,  
Jean-Christophe LÉTARD, Patrick LÉVY,  
Patrice PIENKOWSKI, Bruno RICHARD-MOLARD,  
Anne-Laure TARRERIAS

# AGENDA

## 7 et 8 décembre 2012

### 1<sup>ER</sup> Forum du CREGG

Hépatologie, Cancérologie Digestive, Proctologie et Nutrition  
Hôtel Marriott – Paris rive gauche

## 21 au 24 mars 2013

### Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive

Palais des Congrès - Paris

## 26 mars 2013

### 5<sup>ème</sup> journée de prévention du cancer du côlon par coloscopie



#### Directeur de la publication :

Anne-Laure TARRERIAS

Directeur de la Rédaction : Ph. HOUCHE

Secrétaire de la Rédaction : Céline HUGOT

Ont participé à ce numéro : Vianna COSTIL,

P. COULOM, F. DEVULDER, J. ÉTIENNE,

P. FAURE, J.-C. LÉTARD, P. LÉVY,

P. PIENKOWSKI, Anne-Laure TARRERIAS,

F. VICARI

Comité de rédaction : Ph. HOUCHE,

J.-C. LÉTARD, Marie-Pierre PINGANNAUD,

Anne-Laure TARRERIAS, E. VAILLANT

#### Photos :

Ph. HOUCHE

Conception et impression :

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

Edition : Les éditions du CREGG

Éditions du  
**CREGG**

# L'ENDOSCOPIE À L'UEGW

Elle était omniprésente durant cette 20<sup>ème</sup> semaine européenne.

## ESD

**La dissection sous muqueuse** des lésions digestives superficielles de grande taille avec risque hémorragique est une technique efficace qui s'impose dans tous les grands centres. Les résultats semblent superposables quel que soit le matériel utilisé pour l'ESD (dissecteurs simples avec aiguilles à part ou dissecteurs avec injecteur incorporé) avec des temps de dissection variables. Un **dissecteur en forme de ciseau** paraît intéressant mais peu d'experts européens en ont l'expérience (SB Knife, Sumitomo BAKELITE, Tokyo).

Diverses façons de réséquer plus rapidement ont été rapportées pour l'ESD :

- **traction** vers le haut du lambeau œsophagien à réséquer à l'aide d'une gaine externe distale d'une vingtaine de cm avec un canal pour une pince préhensible, elle tracte la muqueuse vers le haut (ONO A A239) ; l'**Endolifter** de chez Olympus même principe avec une articulation antéro-postérieure pour manier la pince ;

- **fixation** de la face antérieure du lambeau à réséquer à l'aide de 2 clips + un élastique (OHYA TR A241) ; ou d'un aimant cutané externe après mise en place endoscopiquement d'une petite pièce métallique sur la zone à réséquer. Le pôle supérieur est attiré vers l'aimant libérant l'axe de coupe de la vague sous muqueuse (RYU CB A204).

**La résection trans-pariétale digestive** sur une zone de 3 cm est possible par voie endoscopique grâce au **système Ovesco** modifié (plus large, avec une anse et un clip évidé plus souple). Cette résection trans-pariétale peut aussi être assistée par la cœlioscopie qui pourrait permettre un curage ganglionnaire en cas de nécessité (HIJIKATA Y A366).

## ENDOSCOPE :

Concernant les endoscopes, le système « **scope guide** » de chez Olympus m'a séduit. Il permet la visualisation de l'endoscope en temps réel sur un écran et une bonne compréhension des boucles coliques. Cet outil pourrait permettre un bon apprentissage de la coloscopie et aussi d'en limiter les risques.

Des **endoscopes courts à usage unique** sont d'un coût encore trop élevé (120 €) avec un seul béquillage (IntroMedic, EGScanII).

Un système simple chez Pentax de **ballon de progression** à usage unique pour coloscope passant dans le canal opérateur de 3,8 mm (NaviAid) permettrait d'améliorer le taux d'examen complets en cas de coloscopie difficile, ou d'étudier l'iléon terminal sur une longueur utile, mais cela reste à vérifier.

Le **système « Synapse NX »** de chez Fujinon permet l'intégration de l'ensemble des données endoscopiques dans le dossier informatique du patient de façon simple et accessible à la plupart des centres.

L'**endomicroscopie** est utile dans les voies biliaires pour différencier les types de sténoses en fonction de la modification de l'architecture de l'épithélium biliaire qui habituellement a un aspect réticulaire alternant bandes blanches et noires (CESARO P A242).

Un système de **pince d'exérèse de petit polype** a été présenté. Le polype une fois capturé par la pince est analysé selon un système confocal basé sur l'auto-fluorescence. Le système dit alors si le polype est « safe ou suspect » (système wwavSTAT4 Pentax Europe).

## EXPLORATIONS FONCTIONNELLES :

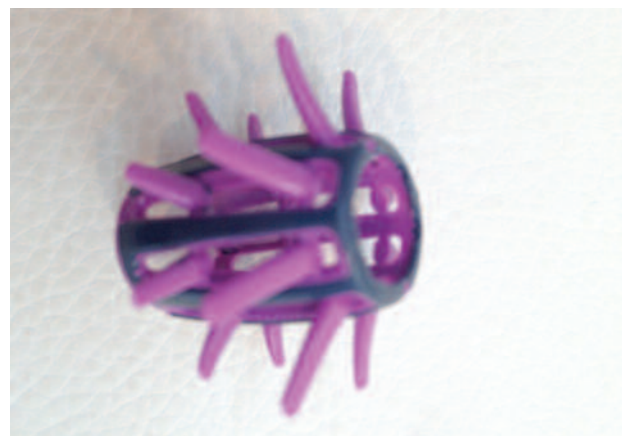
A l'heure où nous nous sommes tous désintéressés des **explorations fonctionnelles digestives** de nombreux systèmes d'analyses semblent simples à manier (Accuview, Manioview et Manioscan de chez Given Imaging). Ces nouveaux outils devraient inciter chaque centre de référence à réinvestir le champ de ces explorations fonctionnelles.

La **vidéo-capsule du côlon** peut être réalisée avec une préparation par **Moviprep** et dans le suivi de la recto-colite hémorragique, elle a sans doute une place à définir (ARGUELLES ARIAS F A148, SAN JUAN ACOSTA M A126).

Une **capsule digestive sensorielle** se développe, la **Smart-Pill** de chez Given Imaging, elle enregistre les pressions, les valeurs du pH et la température digestive. Reste à en apprécier l'utilité mais on ne lutte pas contre l'histoire et un jour peut-être d'autres tâches programmées ou guidées seront possibles, diagnostiques ou thérapeutiques.

Un « **Toy** » pour coloscope de 2 cm ! souple, spiculé, cela permettrait un examen de meilleure qualité en facilitant la réclinaison des plis coliques lors de la descente de l'examen, mais cela reste à vérifier ainsi que la gêne potentielle de ce type de dispositif pendant la phase de progression (Endocuff, Leeds, England) ■

**Jean-Christophe LÉTARD**



# LA VIDÉO-CAPSULE (VCE)

Peu de nouveautés mais un symposium présidé par Rami ELIAKIM et Thomas ROESCH ainsi que des posters ont permis de faire le point sur les avancées.

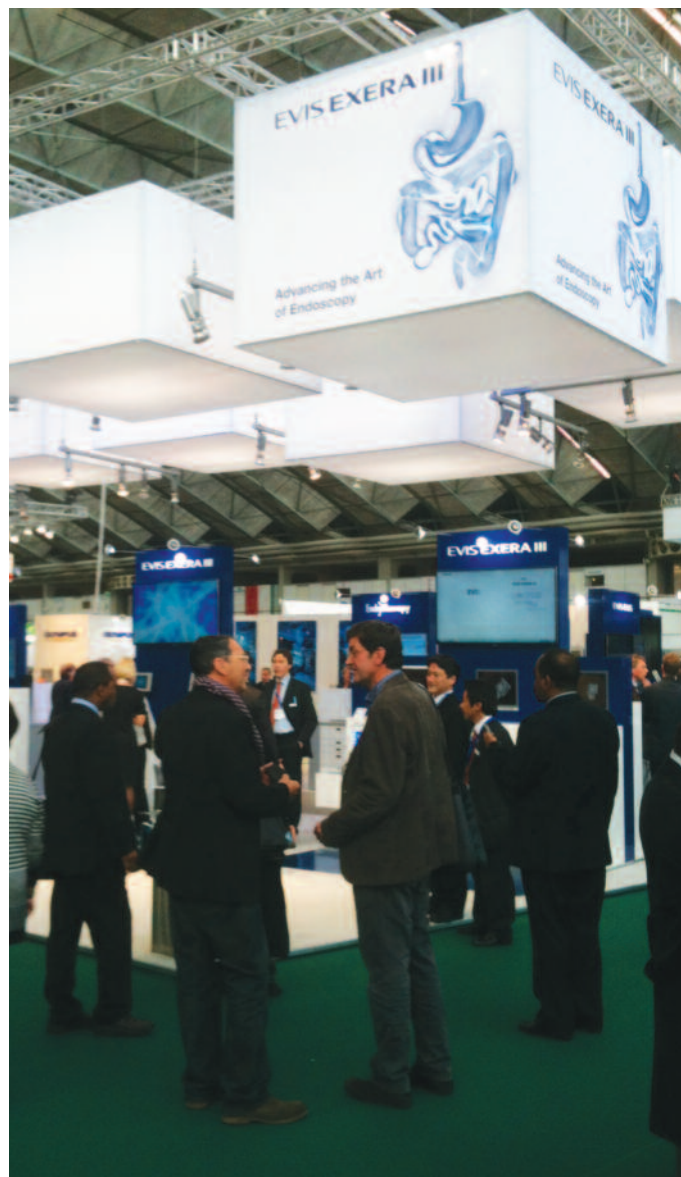
Un poster de M. FURNARI et *al.* s'est intéressé à 118 patients explorés par une **VCE grêle** entre 2003 et 2011. Parmi ceux là, 49 patients avaient eu une chirurgie majeure colique pour tumeurs et ont été explorés pour recherche de polypes ou saignements. Un patient seulement dans le groupe témoin et un patient dans le groupe opéré ont eu une rétention de VCE au delà de 14 jours. Ils concluent qu'un *antécédent de chirurgie colique (Crohn exclu) n'est pas une contre indication* à la réalisation d'une VCE.

Une présentation intéressante a permis d'aborder le problème du **devenir des patients** avec une VCE grêle négative en cas de saignements digestifs. Le **taux de récurrences** à distance a en effet été évalué de 5,3 à 35 % selon les études. Dario MONEGHINI et *al.* ont effectué entre 2008 et 2011 des examens par VCE à 164 patients pour saignements digestifs : 60 examens ont été négatifs. Dans le cadre d'un suivi sur 23 mois, 7/58 soit 12,1 % ont ressaigné et tous dans les 12 mois (1 tumeur carcinoïde iléale, 1 ulcère de Dieulafoy et 5 diagnostics incertains). Ils concluent qu'en cas de VCE négative pour saignement digestif le taux de récurrence est faible et ceci surtout en cas de saignement occulte. Un second bilan ne donne alors un diagnostic que dans 28,6 % des cas. Ces données justifient pour eux une *conduite à tenir en cas de VCE négative de « wait and see »*.

Concernant des modifications technologiques, si les techniques d'amélioration de contraste en modifiant l'**absorption de la lumière** semblent d'un intérêt limité, l'utilisation de **champs magnétiques** pour diriger une capsule semble plus prometteuse. Urike W DENZER et *al.* ont dans une étude multicentrique fait 196 examens gastriques avec une **VCE Olympus guidée magnétiquement** (appareil Siemens). Le seuil de détection de lésions majeures par VCE a été étonnement bas de 62 % mésestimant 4 ulcères gastriques et 2 tumeurs gastriques sous muqueuses. Le petit nombre de patients et l'impossibilité d'être certain d'avoir exploré l'estomac en entier par VCE sont peut être des causes à ces mauvais résultats.

Dans un registre plus expérimental, Alberto AREZZO et *al.* ont également utilisé un guidage magnétique pour réaliser une **VCE colique**, cette fois, **assistée par robotique et ordinateur**. L'expérience de la coloscopie n'est pas nécessaire pour l'examen par robotique. Elles ont été réalisées indifféremment par des débutants ou des endoscopistes expérimentés avec des examens complets par endoscopie ou VCE guidée. La tolérance par VCE guidée a été parfaite avec même possibilité de biopsies à l'aide d'un fil sortant alors par l'anus.

Peter VAN DER SCHAAR a présenté l'**intellicap** capable de mesurer température et ph et de larguer produits marqués au Technétium ou drogues à des endroits définis. Les plus anciens se rappelleront la navette mise au point par l'équipe inserm de J-F. GRENIER qui était déjà capable de larguer des drogues il y a plus de 25 ans.



Aucune étude nouvelle permettant de préciser l'intérêt et la place de la capsule colique dans notre pratique n'a été présentée. Nous avons en France un très bel outil qui est l'**observatoire national de l'endoscopie colique par capsule (ONECC)** utilisant la **VCE de deuxième génération de Given**. Il est indispensable, pour confirmer l'intérêt de la technique à partir de données scientifiques, que tous ceux qui ont inclus des patients prennent quelques minutes pour les rentrer dans les **eCRF** qui ne sont pas assez remplis. L'absence de data nous amènerait encore pendant de nombreuses années à avoir comme seule alternative à la coloscopie le....colo scanner ■

**Patrick LÉVY**

# PHOTODIAGNOSTIC DE L'ŒSOPHAGE DE BARRETT

Parmi les nouvelles technologies utilisant la **fluorescence**, on peut retenir la communication sur l'**œsophage de Barrett** d'une équipe de l'« Academic Medical Center » à Amsterdam.

Elle concerne le couplage d'une **biopsie optique** et d'une **biopsie classique** en intégrant une **fibre optique** dans la pince à biopsie. Le spot de lumière créé sur le tissu permet une lecture immédiate de la signature spectrale et une corrélation en prélevant le fragment tissulaire sur la même zone. Les résultats de 248 biopsies couplées optiques et classiques, chez 47 patients, indiquent que les biopsies optiques permettent de distinguer une muqueuse de Barrett normale de celle comportant une dysplasie de haut grade ou un carcinome intra-muqueux.

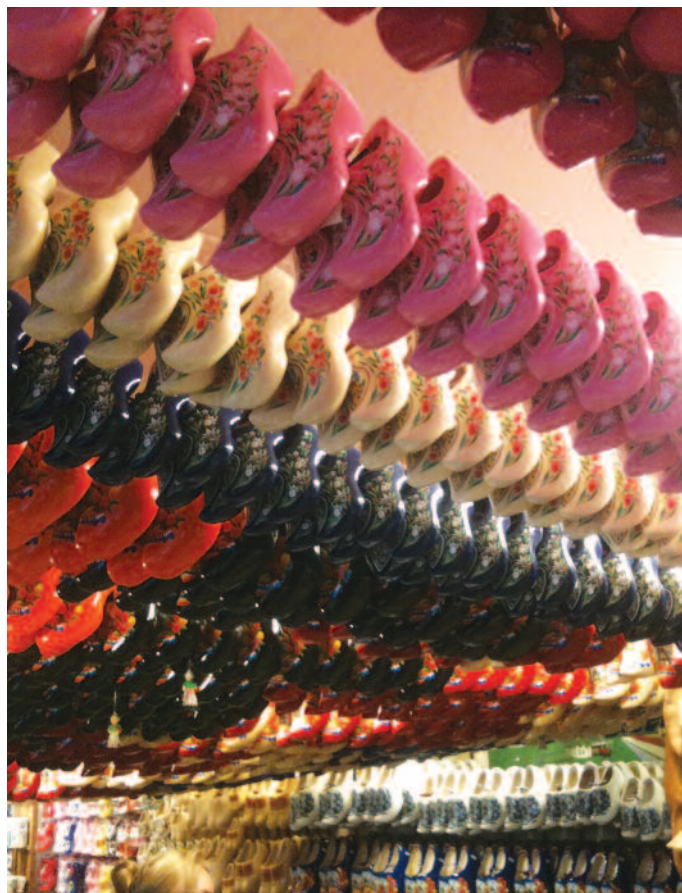
De plus, cette technique permet de **réduire de moitié le nombre de biopsies** en quadrants habituels ainsi que le **nombre de faux positifs**.

**Réf : OP 114**

D. BOERWINKEL et al. Gastroenterology and hepatology, Academic Medical Centre, Amsterdam.

La pince à biopsie utilisée est : "**The WaySTAT optical biopsy system**" comprenant une fibre optique intégrée dans une pince à biopsie standard introduite par le canal opérateur de l'endoscope ■

**Jacques ETIENNE**



# I AM STERDAM :

## de nouvelles perspectives thérapeutiques dans les MICI ... !

Une fois de plus le congrès a été riche en communications avec des journées entières consacrées aux MICI. Une déception cependant dans l'organisation de la première journée du congrès qui avait placé les sessions MICI dans une salle ridicule de 150 places... Nous fumons nombreux à rester sur le pas de la porte... Voici un petit « medley » de communications intéressantes pour notre pratique et l'avenir...

### Optimisation des Anti-TNF :

C'est une pratique incontournable et presque obsessionnelle dans les MICI puisque nous ne disposons que de 2 anti-TNF, néanmoins beaucoup de nos pratiques ne reposent parfois sur aucune étude ou données scientifiques. Deux travaux, intéressants sur l'optimisation, nous apportent un peu « d'eau à notre moulin ».

Le premier travail de BOUGUEN G et al. (abstract PO857) porte sur l'optimisation de l'adalimumab (ADA) dans la maladie de Crohn. Classiquement, en cas de réponse partielle ou de perte de réponse, il est habituel de passer à une dose de 40 mg par semaine. En revanche, l'efficacité et la tolérance d'une optimisation maximale à 80 mg par semaine reste encore inconnue.

Ce travail prospectif multicentrique français incluait des patients avec une MC active, définie par un CDAI > 220 et/ou une CRP élevée et/ou une calprotectine fécale élevée et/ou des lésions actives en endoscopie. Aux semaines 0, 4, 12 et 26, les paramètres suivants étaient recueillis : CDAI, marqueurs biologiques et effets secondaires.

Au total, 42 patients ont été inclus dont 78,5 % avaient eu un traitement préalable par IFX. Le schéma d'induction par ADA était de 160/80/40 mg dans 90,5 % des cas, et le traitement d'entretien était de 40 mg toutes les 2 semaines dans 76,2 % des cas.

En terme d'efficacité, l'ADA à 80 mg toutes les semaines permettait d'obtenir une diminution significative du CDAI dès S4 (26 % de rémission et 45 % de réponse clinique) et jusqu'à S26 (p=0,0001) et des taux de CRP à S4. Cette optimisation permettait également une diminution du pourcentage de patients encore traités par corticothérapie, avec aux semaines 0 et 26 des taux passant de 35,7 à 11,5 %. Aucune complication grave n'était observée.

Chez les patients atteints de MC en perte de réponse à une dose conventionnelle d'ADA, l'optimisation maximale du traitement à 80 mg/sem permet d'obtenir chez un grand nombre de patients une réponse et une rémission clinique sans majorer les risques. Il faut donc probablement repousser les limites en terme d'optimisation avant de changer d'anti-TNF !

Dans le second travail de TAXONERA C et al. (abstract OP345), les auteurs ont évalué les bénéfices d'une optimisation d'un traitement par IFX au cours de la RCH à court terme (réponse clinique à S12) et à long terme (taux de poursuite du traitement et taux de patients non colectomisés). Aucun travail jusqu'à présent n'a évalué le bénéfice d'une telle attitude.

Cette étude menée chez 79 patients montrait à S12, des taux de réponse clinique de 68 %, de rémission clinique de 51,9 % et de sevrage en corticoïdes de 73,5 %. A un an de suivi médian, 50,6 % des patients poursuivaient l'IFX et le recours à la colectomie était de 11 % (différence significative). Chez les patients ayant une RCH en perte de réponse sous traitement par IFX, l'optimisation thérapeutique doit donc être envisagée jusqu'à court terme et à long terme, le bénéfice

est présent chez 2/3 et 50 % des patients avec une diminution du recours à la colectomie.

### Les complications infectieuses et néoplasiques :

Elles restent une préoccupation chez les patients atteints de MICI et traités par IS et anti-TNF.

Le travail rétrospectif de COLOMBEL JF et al. (abstract OP102) avait pour but d'évaluer les complications néoplasiques, infectieuses (infections non sévères et sévères) chez les patients porteurs d'une maladie de Crohn sous traitement par Adalimumab ou IS. Les données étaient extraites de la base Thomson Reuters MarketScan, sur une période de 10 ans. Selon la compilation étudiée, le nombre de patients traités par ADA variait de 1 965 à 2 195 et le nombre de patients traités par IS variait de 5 893 à 6 477. Le suivi médian était de 330 jours dans le groupe ADA et de 427 jours dans le groupe IS. Les résultats ne montraient pas de différences significatives entre le groupe ADA et le groupe témoin (IS) en terme de néoplasie, d'infections et d'infections sévères.

En conclusion, même si les patients traités par ADA sont souvent plus sévères que les patients traités par IS, le risque de complications infectieuses ou néoplasiques n'était pas plus élevé chez les patients traités par ADA, comparativement à un traitement IS.

### Coloration Virtuelle ou Chromoendoscopie dans la RCH ?

La chromoendoscopie (CE) améliore la détection de la dysplasie dans les RCH anciennes mais sa mise en œuvre en pratique quotidienne est souvent difficile. Le rôle des colorations virtuelles NBI/FICE reste cependant à déterminer dans cette indication. L'équipe de Louvain, BISCHOP R et al. (abstract OP115) ont comparé le NBI à la CE dans une étude multicentrique et prospective. 58 patients ont été randomisés dans le groupe CE et 50 dans le groupe NBI. Pour chaque examen toute anomalie muqueuse visible a été biopsiée. Les deux groupes avaient des caractéristiques comparables avec des préparations coliques correctes. Le temps médian de retrait était plus élevé dans le groupe CE (27 min vs 20 min p=0,003). Au total, 268 lésions ont été détectées chez 83 patients (156 dans le groupe CE, 112 dans le groupe NBI).

Cette étude montre une performance équivalente pour la détection de la dysplasie par ces deux techniques. Les colorations virtuelles apportent cependant l'avantage d'un examen moins long. Ces techniques de coloration virtuelle pourraient peut-être remplacer la CE dans l'avenir. Des études sur des effectifs plus importants sont nécessaires pour conclure...

### Des nouveautés thérapeutiques à portée de main...

Des résultats déjà présentés lors de la DDW 2012 ont été confirmés à l'UEGW avec 2 molécules dans la RCH qui seront prochainement commercialisées pour 2013 - 2014.

Deux études, RUTGEERTS P et al. (abstract OP343 et 344) nous permettent de découvrir les résultats des traitements d'induction (PURSUIT-SC) et de maintenance (étude de phase 3 PURSUIT-MAINTENANCE) dans la RCH par golimumab (GLM) Anti-TNF sous cutané commercialisé récemment en rhumatologie. Tous les patients traités devaient être naïfs d'Anti-TNF. Cet essai d'induction avait pour objectif de dé-

montrer la supériorité de 2 schémas d'induction de GLM (200 mg à S0 suivis de 100 mg à S2 ; 400 mg à S0 suivis de 200 mg à S2) au placebo en terme de réponse à S6 (baisse du score de Mayo  $\geq 30$  % et  $\geq 3$  points) en terme de rémission et de cicatrisation endoscopique (objectifs secondaires). Parmi les 774 malades randomisés, 268 ont reçu le placebo, 267 le GLM 200/100 et 268 le GLM 400/200. En terme de réponse, de rémission ou de cicatrisation endoscopique, les 2 doses de GLM étaient significativement supérieures au placebo.

En conclusion, le Golimumab devrait prochainement obtenir une AMM dans la RCH et venir renforcer notre arsenal thérapeutique.

Le védolizumab (Védo) est un anticorps monoclonal administré par voie intraveineuse ciblant l'intégrine  $\alpha 4\beta 7$  très spécifique de l'intestin (à la différence de l'intégrine  $\alpha 4$  ciblée par le natalizumab). Afin d'établir l'efficacité du Védo dans le traitement de la RCH modérée à sévère, un essai de phase III (GEMINI I) contre placebo a été mené, à la fois en induction et en entretien (RUTGEERTS P et al. abstract OP280 et 281). Cet essai d'induction avait pour objectif de démontrer la supériorité du Védo au placebo en terme de réponse à S6 (baisse du score de Mayo  $\geq 30$  % et  $\geq 3$  points), de rémission et de cicatrisation endoscopique (objectifs secondaires). Trois cent soixante-quatorze malades ont été inclus : 225 ont reçu 300 mg de Védo à S0 et S2 et 149 du placebo.

Que ce soit en termes de réponse (47,1 %), de rémission (17 %) et de cicatrisation endoscopique (40,9 %), le Védo était significativement supérieur au placebo. En outre, le Védo était également plus efficace que le placebo dans le sous-groupe des 145 malades précédemment exposés à un anti-TNF, avec des taux de réponse de 39 % et de rémission de 9,8 % contre 20,6 % et 3,2 % dans le groupe placebo. Les taux d'effets indésirables et d'infection étaient similaires dans les 2 groupes. Les résultats à la semaine 52, à la fois en termes de rémission clinique, de réponse clinique durable et de cicatrisation endoscopique confirmaient la supériorité du Védo par rapport au placebo, sans différence entre les doses testées.

Malheureusement les résultats prometteurs du Vedolizumab n'ont pas été franchement confirmés dans la maladie de Crohn modérée à sévère (GEMINI II) d'après COLOMBEL JF et al. (abstract OP139A et 139B). En effet, bien que les résultats soient significatifs à 6 semaines, l'efficacité s'estompe avec le temps puisqu'au cours du suivi, à peine 1 patient sur 5 reste en rémission durable. Ces résultats moins convaincants sont à mettre en balance avec la sévérité des patients inclus (48 % en échec d'un traitement préalable par anti-TNF alpha)...

Un peu de réconfort néanmoins avec les résultats de l'essai CERTIFI avec l'ustekinumab (Stelara®) qui montre une forte efficacité de cette molécule dans la maladie de Crohn (SANDBORN et al., New Engl J Med, 2012).  
A suivre... ■

**Patrick FAURE**

# LE POINT SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (CCR)

Plusieurs sessions et symposia ont été consacrés cette année à Amsterdam au dépistage organisé du cancer colorectal et à sa prévention.

## State of the Art Chairman's Introduction

Jaroslaw REGULA, Poland

A ce jour, la stratégie optimale pour un **dépistage organisé** du CCR (DOCCR) n'est pas consensuelle et chaque pays s'organise ; la **coloscopie** est privilégiée aux USA, en Allemagne et en Pologne, le **test FOBT** en France, l'**association rectosigmoïdoscopie (RSS) et FOBT** en Grande-Bretagne ; plusieurs schéma ont cours en Italie. Les éléments les plus importants d'un dépistage organisé sont la centralisation des données, le contrôle de qualité, l'accès de tous au programme et le taux de participation. La stratégie de dépistage dépend clairement des possibilités et des ressources du pays ; un dépistage par coloscopie première ne peut se concevoir que si la coloscopie diagnostique de qualité est disponible.

## Stool tests: Are they all equal ?

Hermann BRENNER, Germany

Les recommandations européennes, publiées en 2010, représentent l'élément commun pour les stratégies de dépistage organisé en Europe à l'usage des Etats membres. Le **FOBT** reste la méthode de référence ; le rythme ne doit pas excéder tous les 2 ans. La supériorité du **test immunologique** est validée. Les avancées de la RSS sont prises en compte de même que l'**impact de la coloscopie** sur l'incidence et la mortalité du CCR. Les nouvelles techniques (ADN fécal, Coloscanner et VCC) sont en cours d'évaluation.

Le FOBT est validé par la méta-analyse des **4 travaux principaux** qui montrent une diminution significative de mortalité en population.

Plusieurs études ont montré la **supériorité du test immunologique** en terme de **performances** (meilleure sensibilité) et en terme d'**acceptabilité** avec un taux de participation supérieur de 10 points par rapport au test actuel. Le taux de positivité du test immunologique est cependant sujet à variation : il diminue lorsque la température extérieure augmente et avec le délai de lecture ; la **VPP** est supérieure chez l'homme et les performances sont meilleures en présence de petites doses d'aspirine.

Le test immunologique réunit plusieurs avantages : meilleure sensibilité, pas de restrictions alimentaires, acceptabilité, lecture automatisée et choix du seuil de positivité. L'**ADN fécal** est le principal test de nouvelle génération, notamment par l'étude de gènes méthylés (vimentin, NDRG4, BMP3, TFP12) dont l'évaluation est en cours ; les performances semblent se rapprocher de celles du test immunologique mais avec un coût nettement supérieur (X 15 à 20). Tous les tests ne sont donc pas égaux : il y a ceux du passé, ceux du présent et ceux (peut-être) du futur.

## Endoscopic screening: Which test and when?

Wendy ATKIN, United Kingdom

Le **dépistage du CCR** repose soit sur des **moyens directs** (endoscopie, radiologie, coloscanner), soit sur des méthodes indirectes (tests fécaux, biologie moléculaire sur le sang ou les selles). Parmi les méthodes endoscopiques, la rectosigmoïdo-

Atteinte du 26 Mars 2013



**CANCER DU COLON**  
50 DÉCÈS PAR JOUR  
18000 DÉCÈS PAR AN  
40000 NOUVEAUX CAS PAR AN

**Mars Bleu**

### PRÉVENTION du cancer du côlon par endoscopie

la coloscopie peut vous sauver la vie !

#### Quel est votre risque ?

- Vous avez vous même ou dans votre famille des antécédents de polypes ou de cancer colique ?
- Vous avez une maladie inflammatoire du côlon (RCH, Crohn) ?
- Vous avez une anémie ou constaté du sang dans les selles ?
- Vous avez des modifications récentes du transit intestinal après 50 ans ?

Si vous répondez OUI à une seule de ces questions, votre risque est ÉLEVÉ  
Partez-en à votre Médecin Généraliste ou à votre Gastro-entérologue qui vous proposera une COLOSCOPIE



## Mardi 26 Mars 2013

Lieux de participation et d'informations :  
[www.prevention-cancer-du-colon.fr](http://www.prevention-cancer-du-colon.fr)  
[www.fimad.com](http://www.fimad.com) - [www.cregg.org](http://www.cregg.org) - [www.adpl.info](http://www.adpl.info)  
[www.angi.org](http://www.angi.org) - [www.sied.org](http://www.sied.org)  
[www.snfcg.org](http://www.snfcg.org) - [www.fcd.fr](http://www.fcd.fr) - [www.snige.org](http://www.snige.org)

### 5<sup>ème</sup> Journée d'Information (gratuite)

dans les cabinets médicaux,  
les cliniques et les hôpitaux



Enlever un polype bénin par coloscopie permet d'éviter un cancer du côlon

Avec le soutien : Aptalis Pharma - Mayoly Spindler - Norgine Pharma - Ferring - Janssen-Cilag - Shire France  
Olympus France - Fujinon - Pentax - Cook-Médical - Boston Scientific - Given-Imaging - Life Partners Europe

scopie a une place privilégiée au Royaume-Uni : pas de pré-médication, 65 % des CCR siègent dans le rectosigmoïde, acceptabilité meilleure (20 à 70 vs 6 % pour la coloscopie), préparation simplifiée, risque faible de perforation (1/40000), immobilisation courte (W. ATKINS). La **coloscopie** doit être réservée aux situations suivantes : dépistage individuel « opportuniste », examen de diagnostic après test positif, patients symptomatiques, surveillance des patients à haut risque et traitement endoscopique. Les études menées dans les années 1990 (études de Selby et Newcombe) montraient une réduction durable pendant 10 à 15 ans de l'incidence du CCR de 40 à 50 % et de 70 % du CCR distal après rectosigmoïdoscopie.

Quatre études contrôlées ont été récemment publiées dont deux (étude FlexScope au Royaume-Uni et programme PLCO aux Etats-Unis) montrent également une réduction de mortalité.

Des études sont également en cours avec la coloscopie (étude NORDICC en Europe du Nord, COLOPREV en Espagne et CONFIRM aux Etats-Unis) dont les résultats ne seront pas disponibles avant 10 à 15 ans.

## Monitoring quality assurance in colonoscopy

Colin REES, United Kingdom

La coloscopie doit répondre à des **critères de qualité** afin d'améliorer la détection, réduire les cancers d'intervalle, diminuer les complications et contribuer à la satisfaction des

patients. Cette exigence de qualité est clairement spécifiée dans les recommandations européennes de 2010. Les critères de qualité d'une coloscopie sont, le taux de détection des adénomes ( $\geq 20\%$ ), le temps de retrait ( $\geq 6$  mn), le pourcentage d'examen complet ( $\geq 95\%$ ), le nombre de polypes enlevés, le taux de complication (perforation  $< 1/5000$ ) et la fréquence des cancers d'intervalle ( $< 1\%$ ).

### Colon cancer screening for the next generation

Ernst KUIPERS, The Netherlands

Le dépistage du CCR est arrivé à maturité.

Des études prospectives randomisées montrent une **réduction d'incidence du CCR** (sigmoïdoscopie) et de mortalité (FOBT).

L'effort doit porter sur le dépistage organisé.

La stratégie de dépistage optimale dépend de facteurs culturels et des ressources locales.

Le dépistage personnalisé, en termes d'intervalle et de seuil pour la coloscopie, va devenir possible dans les années à venir. Il n'y a pas de preuve, qu'offrir le choix améliore la participation et l'impact sur le dépistage du CCR.

### State of the Art Chairman's Introduction

Reinhold STOCKBRUEGGER, Italy

La colonoscopie est l'examen de choix. Une **diminution d'incidence** est constatée aux USA depuis 1985 ; elle reste stable en Europe de l'ouest avec une légère incurvation des courbes mais à l'inverse on constate une augmentation d'incidence dans certains pays émergents d'Europe (Slovenie, Pologne...).

**Le coût du dépistage** du CCR est inférieur à celui de l'HTA, du cancer du sein (mammographie) et à celui de l'hypercholestérolémie.

Il existe de grandes disparités en Europe : sur 29 pays, 9 ont un programme national en population, 7 privilégient le dépistage opportuniste, 2 ont encore des études pilotes et 9 ne proposent rien !

Plusieurs questions peuvent être posées concernant le dépistage :

- Quelle part de la population peut être couverte ?
- Pourquoi y a-t-il des faux positifs et des faux négatifs au FOBT ?
- Est-ce toujours la bonne stratégie ?
- Quelle est la place de la coloscopie primaire ?
- Comment augmenter la capacité de réalisation des coloscopies ?
- Comment associer la prévention primaire au dépistage ?

Face aux enjeux et aux limites constatés, tous les tests méritent d'être proposés ■

**Patrice PIENKOWSKI**

### Références :

-Symposium :

« *Developments in bowel cancer screening* »

Modérateurs: Jaroslaw Regula, Poland et Wolff Schmiegel, Germany

-Cochrane Symposium

« *Evidence-base for disease prevention: Past and future* »

Chairs: Paul Moayyedi, Canada, Pascal Berberat, Germany

-Session :

« *Stool-based screening for colorectal cancer* »

Chairs: Colin Rees, United Kingdom, Reinhold Stockbruegger, Italy

## DU NOUVEAU EN MATIÈRE DE MANOMÉTRIE

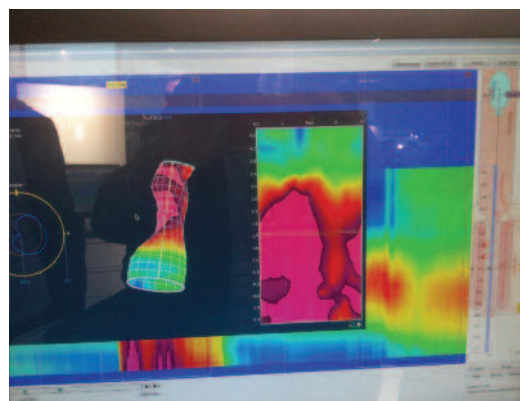
Les manométries œsophagiennes et ano-rectales sont jusqu'à maintenant réalisées avec des cathéters perfusés. Cette disposition impose une mobilisation de la sonde désagréable pour le patient et chronophage.

La **manométrie haute résolution** permet une nette augmentation des points de mesure et une visualisation spatiale des profils de pression. Les **36 capteurs électroniques** espacés d'un centimètre explorent l'œsophage sur toute sa hauteur sans mobilisation de la sonde. Les capteurs disposés circonférentiellement savent faire le distinguo entre une **pression circulaire** et une **variation secondaire**.

Les **résultats**, grâce à un traitement informatique, sont exprimés en **trois dimensions**. Les variations de pression sont fonction de la position des capteurs et exprimées sous forme d'un code couleur.

Cette technologie est disponible pour l'exploration ano-rectale : **Le ManoScan AR 3D** permet de réaliser une cartographie sphinctérienne en 3 D en associant des mesures rapprochées des pressions et une représentation topographique de leurs variations.

La **sonde rigide** commercialisée par Given Imaging assure une mesure des pressions sur toute la circonférence du canal anal et du rectum sur une hauteur de 10 cm (256 points de mesure), permettant une représentation fonctionnelle du



canal anal, du rectum et des plans sphinctériens.

La manométrie haute résolution **analyse et quantifie** le réflexe recto anal inhibiteur, la contraction et les anomalies du fonctionnement sphinctérien, sans mobilisation de la sonde donnant une représentation topographique grâce au logiciel de reconstruction en 3D.

Cette nouvelle technologie, par son coût, est pour le moment réservée à des centres experts mais offre une précision et une rapidité d'examen améliorant considérablement le confort de nos patients ■

**Pierre COULOM**

# CANCER ET OBÉSITÉ : UN THÈME EN VOGUE !

L'obésité viscérale est un facteur de risque d'apparition d'état précancéreux et de cancers au niveau de l'appareil digestif.

La composition du tissu adipeux (ratio facteurs de croissance/ facteurs inhibiteurs et taux de SDF-1) favorise la croissance des cellules malignes (BLOGWSKI P098). Il existe une inflammation systémique et digestive associée au profil microbiote de l'obésité (élévation du taux de calprotectine fécale et du taux de CRP plasmatique) (HOLMES IP 141). La surexpression du TNF est partiellement responsable de l'insulinorésistance chez le rat et l'homme (TIG IP139).

## LE FOIE :

La réparation des tissus altérés par l'obésité est compromise par la dysrégulation métabolique favorisant une mauvaise cicatrisation, la fibrose et le cancer.

- Des cytokines du tissu adipeux régulent l'insulinorésistance. Les patients ayant une NASH ont un taux de TNF alpha circulant plus élevé.
- L'obésité favorise le développement de l'hépatocarcinome expérimentalement chez le rat. Cet effet est médié par l'IL 6 et le TNF alpha, avec une augmentation du facteur STAT 3 de la transcription oncogénique.

## LES POLYPES ET LE CANCER COLORECTAL :

Le microbiote des souris obèses est différent et associé de façon significative à un taux plus élevé de facteurs inflammatoires (calprotectine fécale, CRP) (VERDAM P095).

La réponse chronique inflammatoire à l'obésité peut induire d'autres cancers comme le cancer colorectal.

Il existe une association entre l'obésité et les adénomes avancés chez l'homme : le suivi de 265 patients par des coloscopies a mis en évidence une plus grande incidence des adénomes avancés chez les hommes dont l'IMC >30 (SINGHAL P096). Une étude japonaise (SATO P0558) sur 14 582 patients suivis en coloscopie entre 1992 et 2007 a montré que le mode de vie peut favoriser la survenue et la taille des adénomes coliques.

La prévalence des polypes colorectaux est significativement plus élevée chez les jeunes adultes (< 50 ans). Les auteurs (PARK J.S P097) recommandent le dépistage de polypes avant 50 ans chez les patients ayant un syndrome métabolique.

Différents paramètres de l'obésité (Indice de masse corporelle, évaluation du tissu adipeux viscéral, du tissu sous cutané ou du tissu adipeux total par scanner abdominal) sont associés de manière significative au pronostic du cancer rectal (PARK J.W P0938).

## LE PANCRÉAS :

Le diabète de type II est associé à un risque multiplié par 1,5 à 2 de survenue d'un cancer du pancréas.

## CONCLUSION :

Les patients obèses ont un risque **augmenté d'avoir un cancer digestif**. Ils doivent **bénéficier d'une prévention** en particulier pour le cancer du foie et pour le cancer colorectal. **L'évaluation du comportement alimentaire et du mode de vie** est important afin d'aider les patients à modifier leur style de vie et prévenir l'apparition des cancers digestifs ■

**Vianna COSTIL**



# PROCTOLOGIE *with finger and god!*

Si on en croit le travail rapporté à Amsterdam par G. CHIARIONI and al. l'adage (with finger and god !) de Sir John NICHOLLS à propos du traitement des fistules anales semble toujours aussi cher aux proctologues.

On aurait pu appeler ce papier "*mano or not mano, that is the question ?*". Que doit-on en tirer comme enseignement ? Dans ce travail mené chez 110 patients consécutifs souffrant de constipation, les auteurs ont étudié les performances de l'examen clinique et d'un questionnaire standardisé pour **identifier les patients dyschésiques**. Les résultats sont sans appel : la valeur prédictive négative est excellente à 91,2 % alors que la valeur prédictive positive n'est que de 61,2 %. Donc, quand l'interrogatoire et le toucher rectal sont normaux, on peut exclure une constipation terminale et se passer d'exploration fonctionnelle ano-rectale. En revanche, en cas de suspicion clinique, la confirmation par une **manométrie ano-rectale** et/ou un test **d'évacuation** d'un ballonnet est indispensable pour confirmer le diagnostic avant d'entreprendre le traitement.

Les critères de jugement des **traitements de l'incontinence anale** ne reflètent pas toujours l'opinion du patient. C'est dans cet état d'esprit que l'équipe des Diaconesses a étudié les résultats de quelques 40 patients implantés pour le traitement d'une incontinence anale et/ou urinaire par neuro stimulation. Après 23 mois de suivi, les résultats de la **neuro stimulation sacrée** perdurent. Cependant, alors que l'efficacité du traitement sur le symptôme est de l'ordre de 50 %, l'amélioration générale dépasse les 65 à 70 %, résultats qui témoignent de la difficulté d'apprécier la réponse objective du traitement d'une pathologie fonctionnelle.



**L'anuscopie haute résolution pour tous !** C'est ainsi que nous pourrions résumer les propos de Marine CAMUS rapportant le travail mené avec l'équipe de Patrick ATIENZA. Les photos présentées lors de cette présentation parlent d'elles-mêmes. Ça saute aux yeux ! On dirait de la chromo endoscopie ! Pas étonnant alors que 78,6 % des experts et 64,3 % des naïfs aient classé correctement les lésions face au juge de paix que représente l'histologie. Merci Marine de nous avoir sensibilisé sur la facilité d'emploi de l'anuscopie haute résolution qui, utilisant l'**acide acétique** et le **Lugol**, nous rappelle étrangement notre pratique endoscopique. Alors, après la **chromo-endoscopie** pour tous, allons vers l'anuscopie haute résolution praticable par tous pour tous les patients concernés ■

**Franck DEVULDER**



# Hp TOUJOURS !

Non l'intérêt pour *Hp* ne faiblit pas !

- Un symposium avec 4 communications ;
- 7 communications libres ;
- 55 posters ;
- et enfin, 2 symposia « Biocodex » et « Bio Gaia » afin de préciser la place des probiotiques dans la prise en charge des malades porteurs d'*Hp*.

## LE DIAGNOSTIC :

Il fait appel à 2 approches :

- **Les méthodes non invasives** : sérodiagnostic, breath test (indispensable pour contrôler l'éradication au moins un mois après l'arrêt du traitement), recherche dans les selles (très peu utilisée) n'indiquent pas le degré de la lésion gastrique. Or, pratiquement la moitié de la population mondiale est infectée par *Hp*. C'est pourquoi Markus GERHARD de Munich (OP 206), dans une étude multicentrique incluant Rotterdam et Bayreuth a testé avec une sensibilité et une spécificité > 95 % « recomline », une combinaison de plusieurs éléments séro-immunologiques permettant non seulement d'identifier *Hp* mais également le degré d'atteinte de la muqueuse gastrique. Affaire à suivre d'importance capitale.



## - Les méthodes invasives per endoscopiques :

- Le test à l'uréase, écarté en France est pratiqué en Allemagne pour des raisons de « recommandations ».
- L'histologie sur 5 biopsies étagées en 3 sites permettant non seulement d'identifier ou non *Hp* mais également, en qualifiant l'atteinte gastrique de dicter le type de prise en charge.

H. NEUMANN d'Erlangen (P 1627) a présenté **une technique électrochimique de détection d'*Hp*** sur biopsie en 10 secondes, méthode invasive concurrente du test à l'uréase (peut-être intéressante en Allemagne).

## LES TRAITEMENTS :

\* **Les antibiotiques** : qu'ils soient **classiques, séquentiels** (OP 203) **hybrides** ou **concomitants** (OP 204), tous se heurtent **aux résistances progressives aux différents antibiotiques**. Les résultats sont également difficiles à interpréter tant les biais de sélection ne sont pas toujours évidents à identifier.

En fait, comme l'a bien montré Sibylle KOLETZKO, les traitements diffèrent selon les régions où ils sont prescrits en fonction surtout des résistances locales. Cependant, pour J. Ch. DELCHIER (PO 507), l'utilisation du **test moléculaire Helico DR** permet de sélectionner les résistances à la clarithromycine et de proposer dans ces cas, avec plus de chance de succès (de l'ordre de 80 %), une autre trithérapie.

Retenons enfin l'excellente présentation de Nelly MULLER (OP 205) et J.Ch. DELCHIER (Créteil). Dans le cadre d'un ATU, 97 patients ayant présenté **des résistances simple ou double à la suite de plusieurs tentatives d'éradication** ont bénéficié de la nouvelle molécule **Pylera** (3 en 1 : Bi, Tétracycline, Métronidazole) associée à **Oméprazole** durant 10 jours. 78 éradications furent obtenues, score qui laisse entrevoir un beau succès à cette combinaison thérapeutique (79 %).

\* **Les métaux** : J. YAKOUB (Pakistan) (P 1633) in vitro, montre un effet du chlorure de Zinc comparable à celui du Bi. Nous avons nous-mêmes trouvé cet effet pour Au, Ag, Fe, et Cu en 1996 [1].

\* **Les IPP** : tous se valent pour ADACHI (Japon) (P 1640).

\* **Les probiotiques** ont donné lieu à 2 symposia :

- **Symposium Biocodex** : une méta analyse réalisée par H. SZAJEWSKA et coll. (Varsovie) montre qu'une supplémentation par *S. boulardii* aux triples thérapies augmente les taux d'éradication de l'ordre de 9 % et diminue les effets secondaires liés aux antibiotiques, en particulier la diarrhée [2]. Ces mêmes résultats ont été retrouvés par Lynne V Mc FARLAND (Seattle) [3].

- **Symposium Bio Gaia** : la particularité de ce symposium est d'avoir non seulement insisté sur le **rôle du microbiote intestinal** mais également **gastrique**, microbiotes dont le rôle en neurologie, oncologie et tous processus inflammatoires devient de plus en plus reconnu. Avec l'association de 2 variétés de *L. reuteri*, R. FRANCAVILLA (Bari) dans un vaste essai, a démontré également l'effet de ces probiotiques sur l'amélioration des taux d'éradication et surtout la baisse des effets secondaires ■

## Références :

1. Vicari F, Franck P, Conroy MC, Marchal L, Lozniewski A, Joubert-Collin M, Forestier S, Foliguet B, Nabet P, Weber M. Antibacterial properties of some metal salts and lansoprazole against *Helicobacter pylori* using MIC determination, electron microscopy and flow cytometry analysis. Therapeutic uses of trace elements edited by Nève et al. Plenum Press New York 1996 pp 253-257.
2. Szajewska H, Horwath A, Piwowarczyk A. Meta-analysis: the effect of *Saccharomyces boulardii* supplementation on *Helicobacter pylori* eradication rates and side effects during treatment. *Alimentary Pharmacology* 2010;32[9]:1069-80.
3. Mc Farland LV. Systematic review and meta-analysis of *Saccharomyces boulardii* in adult patients. *WJG* 2010;16[18]:2195-2322.

**Fernand VICARI**

# XXXI<sup>ème</sup> CONGRÈS DU CREGG :

## LES FONDAMENTAUX ...

Près de 120 hépato-gastroentérologues libéraux se sont donnés rendez-vous à Marseille le dernier week-end d'octobre pour le XXXI<sup>ème</sup> Congrès du CREGG. Le programme a été cette année élaboré avec les Présidents des différentes commissions et la bienveillante attention du Conseil d'Administration. Il se voulait éclectique, diversifié et un brin provocateur.

La première journée était orientée vers le compagnonnage, valeur forte du CREGG qui en est un des piliers depuis sa création, il y a 31 ans. Chacun d'entre nous a pu participer à des **ateliers pratiques** touchant à la vidéo capsule du colon, à l'échographie dans les MICI, à l'utilisation et à la maîtrise des subtilités offertes par nos endoscopes modernes, aux matériels et aux techniques de proctologie au cabinet médical ou encore aux outils nécessaires au paiement à la performance.

Une fois encore, le **quizz** monté par les différentes commissions et coordonné par les Docteurs Marie-Pierre PINGANNAUD et Patrick FAURE, a permis des échanges interactifs entre les orateurs et les participants à ce congrès. Nous avons choisi pour clôturer cette première journée de proposer un symposium sur **la gestion des effets secondaires des nouvelles thérapies** qu'elles soient en hépatologie, en MICI, en cancérologie ou en endoscopie. Les présentations remarquables ont tenu la salle en haleine avant que Monsieur Germain DECROIX vienne avec une verve inimitable nous donner le **point de vue du juriste**.

Le samedi matin fût consacré à notre **pratique professionnelle** avec des sujets d'actualité et volontairement provocateurs. Les échanges qui ont entouré l'intervention sur l'avenir du secteur 2 mais au-delà sur la véritable valeur de nos actes médicaux ont été vifs tant le sujet est brûlant et quotidiennement rapporté par les syndicats et la presse médicale. L'évolution possible de la CCAM figée depuis plus de 10 ans a elle aussi permis à chacun de mieux apprécier la méthodologie retenue et le travail nécessaire qui doit être fait si médecins et patients veulent espérer un accès aux nouvelles technologies.

Que dire des présentations des industriels autour du thème volontairement impertinent qui leur était proposé «*Aura-t-on encore accès aux nouvelles thérapies en France ?*». On aura compris la difficulté franco-française du parcours imposé par les différentes autorités avant que nous puissions prescrire de nouvelles thérapies dans des domaines aussi importants que celui de la cancérologie par exemple. La table ronde autour des **délégations de tâches** et de l'article 51 de la loi HPST a elle aussi donné lieu à des débats passionnés. Si l'exemple des IADE travaillant auprès des médecins anesthésistes pouvait sembler à priori idyllique, nous avons bien compris que là aussi tout n'était pas forcément rose. Peut-être devrions-nous emboîter le pas des urologues qui ont créé avec les **infirmières spécialisées** un diplôme interuniversitaire en urologie comme l'a expliqué le Dr Patrick COLOBY, Président de l'AFU ? Peut-être devrions-nous réfléchir, à l'instar de l'ophtalmologie, à une délégation de tâche comparable à ce que nos confrères mettent en place avec les **orthoptistes** ?

Si l'on peut entendre les craintes légitimes des uns et la prudence des autres face à cette délégation de tâche, n'est-ce pas au CREGG de mener, en hépato-gastroentérologie, une réflexion quant à l'avenir de notre profession pour être comme nous l'avons toujours été une force de propositions dans un monde médical en plein chambardement ? ■

---

**Franck DEVULDER**

