Club de Réflexion des Cabinets
et Groupes d'Hépatogastroentérologie

**www.cregg.org**
**association régie par la loi de 1901**

Lettre **N°53** Décembre 2013

Secrétariat du CREGG : 23, cours Gouffé • 13006 Marseille • **secretariat@cregg.org**

# Le Mot de la Présidente

C'est à Berlin que nous avons été reçus pour le congrès européen de gastroentérologie, l'UEGW 2013. Le bureau du CREGG a rédigé avec cette lettre un résumé de chacun des points forts de ce congrès pour que vous en soyez informés. Mais attention, ils **ont l'œil averti du gastroentérologue libéral et fondamentalement européen**.

Comme souvent, c'est le **showroom des nouvelles technologies** qui nous fait rêver et cet endoscope israélien qui nous donne une vision latérale en plus d'une simple vision axiale, nous a ouvert l'œil à 360°, le robot coloscope à usage unique, commandé par une poignée de Joystick … Au sein de l'Europe, les modalités de dépistage du cancer du côlon varient, un certain nombre de pays ont adopté la coloscopie … A lire dans les pages suivantes.

Le *Linaclotide*, traitement d'avenir de la constipation arrive mi 2014 en France et nous a été présenté par Almirall sous le nom de Constella. Ce congrès européen est d'une grande qualité grâce aux exigences imposées aux orateurs et aux rédacteurs. Une seule ombre au tableau, un besoin du « show must go on » avec une escalade à la performance qui rythme la vidéo-session. Les miracles du montage surpassent le direct. Et on voit ainsi en communication orale une NOTE pour traitement per-gastrique d'une grossesse extra-utérine. Quel avantage en tire la patiente ? 72h avant de s'alimenter, 5 jours d'hospitalisation, et bien sûr un ombilic préservé, ce serait mieux qu'une laparoscopie. La femme que je suis aurais aimée connaître les résultats sur la fertilité de la patiente, enjeu majeur de ce type d'intervention. Pas un mot. C'est faisable, c'est beau, c'est bien. Oui mais … quel but ? Quelle éthique ? Où sont nos exigences : hypothèse, étude comparative, résultats contrôlés, conclusion sur ce que cela apporte de mieux pour les malades. Peinée aussi de voir ces séries, pour le coup bien documentées de dissection sous muqueuse par technique de tunnellisation de tumeurs stromales pour la plupart bénignes en histologie, sans aucune écho-endoscopie ou cytoponction préalable pour justifier cette procédure lourde et risquée.

La technologie est passionnante pour nous endoscopistes mais mon point de vue, qui n'engage que moi, c'est qu'il faut que les **progrès endoscopiques** passent par le même parcours que les **progrès pharmaceutiques**, avec des études bien menées en plusieurs phases.

L'assistance n'a pas applaudit face pourtant à une prouesse technique élogieuse, mais dans ces moments je suis européenne, fière de l'être, la salle a répondu avec ses convictions européennes, bravo !
Merci à **Aptalis** de votre soutien, cette lettre est la vôtre.

Amitiés

**Anne-Laure TARRERIAS**
***Présidente du CREGG***


- Page 2 / Journée de prévention du cancer colo-rectal
- Page 3 / Le cancer colo-rectal : « if you love your partner send him,here to get screened » Jean Christophe LÉTARD
- Page 4 / NEWSLETTER - Jean-Marc CANARD
  LA VIDÉO CAPSULE COLIQUE - Patrick LEVY
- Page 5 / Hp toujours… besoin de pédagogie - Fernand VICARI
- Page 6 / ACTUALITÉS EN NUTRITION - Vianna COSTIL
  Comment fonctionne l'Europe de la gastro-entérologie ? - Pierre COULOM
- Page 7 / Récidive post-opératoire au cours de la maladie de Crohn (MC) - Philippe BULOIS
- Page 8 / Thérapie photodynamique et photodiagnostic - Jacques ETIENNE
- Page 9 / Améliorer la qualité de la coloscopie "de la détection à la caractérisation" - Jean LAPUELLE
- Page 10 / Journée de réflexion du CREGG - Philippe HOUCKE
  Hommage Jean-François ROQUES - Anne-Laure TARRERIAS et Jean LAPUELLE
- Page 11 / Abstract
- Page 12 / Agenda

FSMAD
Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif

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

ADPF Association des Stomisés de France

ANGH

FFCD

Avec le soutien de Institut National du Cancer

SNFGE Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SFED Société Française d'Endoscopie Digestive

**Cancer du côlon**
**50 décès par jour !!**
**18000 décès par an**
**40000 nouveaux cas par an**

**Mars Bleu**

# PRÉVENTION du cancer du côlon
# POURQUOI ATTENDRE ?

La coloscopie peut vous sauver la vie !

## ➤ *Evaluez votre risque !*

- Antécédents personnels ou familiaux de polypes ou de cancer du côlon.
- MICI (Maladie de Crohn ou RCH).
- Présence de sang dans les selles ou anémie.
- Modifications récentes du transit intestinal après 50 ans.

## Votre risque est ÉLEVÉ ?

**Parlez-en à un Gastro-entérologue qui précisera l'indication d'une COLOSCOPIE**

# Mardi 25 Mars 2014

**Lieux de participation et d'informations :**
**www.prevention-cancer-du-colon.fr**
www.fsmad.com - www.cregg.org - www.adpf.info
www.angh.org - www.sfed.org
www.ffcd.fr - www.snfge.org

## 6 ème Journée d'Information (gratuite) dans les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux

*Enlever un polype bénin par coloscopie peut éviter un cancer du côlon*

Polype du côlon

# Le cancer colo-rectal :
## « if you love your partner send him/her to get screened »

**Sa prévention une volonté européenne entérinée à Berlin !**

**Le cancer colo-rectal (CCR)** est une maladie qui touche les pays développés en évoluant de façon « épidémique » et dont l'origine est inconnue. Il peut être : 1/ dépisté tôt ce qui diminue le coût de sa prise en charge et en améliore le pronostic pour les stades précoces **(Dépistage)** ; 2/ ou au mieux prévenu en enlevant les polypes coliques ou « adénomes » **(Prévention)**.

**En France**, on a choisi de faire son dépistage avec un test dont le taux de protection est de 15 % sur 10 ans en excluant le volet de la prévention. On note 40 000 nouveaux cas de CCR par an : soit, en 2011 une incidence de : 36,3 pour 100 000 hommes et 24,7 pour les femmes. La prévalence en 2005 du CCR est estimée à 224,9 pour 100 000 habitants pour les hommes et 152,6 pour les femmes (8 % par période de 5 ans).
Et, si la survie dans l'hexagone à 5 ans est une des meilleures d'Europe 57 vs 53,5 % ! On regrette 17 500 morts par an, soit : **Un mort toutes les 30 minutes !**

En Allemagne, en Angleterre, en Pologne, aux USA et autres pays le choix d'une vraie politique de lutte contre le CCR s'est installé. Il s'agit d'une approche multimodale comprenant dépistage et prévention avec l'offre du choix dans un panel d'examens dès 50 ans (dont la coloscopie qui protège à 90 % sur 10 ans en enlevant les adénomes).
**L'expérience allemande est instructive, elle est rapportée par le Dr Pox.**
Elle a débuté avant octobre 2002 avec le dépistage du CCR par une recherche de sang dans les selles annuelle puis depuis octobre 2002 une vraie politique de prévention a été mise en place grâce : aux regroupements des endoscopistes (pas tous gastroentérologues) dans un registre national et autour d'une charte de qualité (réalisations de 200 coloscopies et 50 polypectomies dans les 2 ans) ; au lobbying de la presse et associations et à la réaction du parlement allemand face à cette « épidémie ».

Et si aux USA, les médias ont été sensibilisés par le cas d'une journaliste vedette qui a eu un proche touché par la maladie, en Allemagne, c'est le fils d'un imprimeur, Félix Burda qui décédé d'un CCR à l'âge de 33 ans inspira son père Hubert Burda à créer la puissante association Félix Burda Foundation.

**En Allemagne**, le CCR est la seconde cause de décès avec 70 000 cas incidents annuels et pour réagir à cela depuis octobre 2002 est proposé à 90 % des assurés sociaux : de 50 à 54 ans une recherche de sang dans les selles tous les ans ; puis à partir de 55 ans une coloscopie à renouveler tous les 10 ans si négative ou une recherche de sang dans les selles tous les 2 ans.

Les résultats de la coloscopie sont centralisés dans un registre national et chaque endoscopiste reçoit annuellement un rapport d'activité.

Deux millions huit cent milles coloscopies ont ainsi été réalisées dans 2 100 centres dont 99 % privés de janvier 2003 à décembre 2008. Le taux d'adhésion à la coloscopie est de 2,6 % par an avec sur 6 ans 15,5 % des hommes et 17,2 % des femmes conviés. 86,6 % des coloscopies étaient réalisées sous sédation avec un très faible taux de complications (< 3/000) :
**un CCR a été détecté toutes les 100 personnes** (0,9 - 1,2 % chez les hommes, 0,7 % chez les femmes) ;
**un adénome toutes les 5 personnes** (19,4 - 25,8 % chez les hommes, 16,7 % chez les femmes).

**En 2013, la loi a été modifiée en Allemagne rendant obligatoire d'augmenter la diffusion de la prévention du CCR et la prise en charge des frais de la coloscopie.**

De l'expérience allemande, des autres pays européens ou des USA on perçoit que dans un programme national de lutte contre le CCR visant à diminuer de moitié son incidence et sa mortalité avec une approche multimodale dès 50 ans : le taux d'adhésion global sur 10 ans est de 30 % des invités à la coloscopie (2,6 % par an).

**La prévention doit donc facilement s'intégrer de façon centralisée au programme de dépistage français** qui ne couvre que 32 % des invités en 2013 et l'offre d'un panel d'examen permettrait d'atteindre de façon efficace l'objectif de 70 à 80 % de la population conviée.

**Conclusion**
La réalisation d'une coloscopie de prévention en population standard devrait pouvoir être proposée en France au même titre que la recherche de sang dans les selles à l'âge de 50 ans dans une approche multimodale visant à détecter et prévenir le CCR. Car sur 10 ans, 120 000 CCR ont pu être ainsi évités en Allemagne par l'ablation des adénomes.

Hélas, en France 80 % des assurés sociaux ne sont pas maitre de leur destin n'ayant pas le droit à une prévention efficace face à une « épidémie » de CCR alors qu'aux USA, en Allemagne, en Angleterre, en Pologne 80 % des assurés sociaux ont le droit à cette prévention. Encore plus alarmant, le rapport de l'Inca (Pr Vernant) pour le plan cancer 2014 entérine cette stratégie en recommandant de limiter en France l'accès à la coloscopie ce qui défit tout bon sens !

Aussi comme les Allemands, les Anglais, les Italiens, les Polonais…organisons nous dans une charte de qualité autour du réseau national de prévention des cancers digestifs et de notre **journée nationale du mardi 25 mars 2014 initiée par le CREGG** et faisons avancer les stratégies car au bon sens organisé, rien ne résiste…même pas le CCR ! ■

***Jean Christophe LÉTARD***

# NEWSLETTER

L'introduction du congrès par Jacques DEVIERE : « de l'examen clinique suivi de la chirurgie à l'endoscopie de haute définition permettant le diagnostic et le traitement radical de toutes les lésions précancéreuses et des cancers superficiels » résume ces 5 jours à BERLIN.

Le progrès vient du Japon qui fabrique notre matériel et établit les premières classifications : KUDO (1996), puis la classification de PARIS (2003) ; INOUE (2009) SCCmicrovascular pattern ; KYOBU GEKA (2007) et YASUDA (2007) mesurent au micron près l'infiltration de la sous muqueuse par les cancers superficiels du côlon et du rectum ; TAKUBO pour les cancers épidermoïdes de l'œsophage.

La lésion est r**epérée, caractérisée et délimitée**. Le risque **d'invasion ganglionnaire** est apprécié.

Les progrès dans la résection endoscopique sont passés de la polypectomie à l'ESD (dissection sous muqueuse) avec destruction d'un EBO recouvrant tout l'œsophage par radio fréquence. Tout cela nécessite beaucoup de formation sur le cochon et de ne pas réséquer si on n'est pas capable de réséquer correctement.

La mucosectomie et la dissection ne s'opposent pas contrairement à ce que nous explique notre collègue. Elles peuvent être associées grâce au matériel dont nous disposons : dissecteurs hybrides à eau plus anse de KUDO par exemple permettent des résections rapides et monobloc.

**L'endoscopie est le traitement de choix de toutes les lésions précancéreuses et des cancers superficiels** (m1, m2, m3) voire Sm1 avec infiltration en profondeur à mesurer par micromètre jusqu'à 1 000 microns pour le côlon et 500 microns pour le tube digestif supérieur. ■

***Jean-Marc CANARD***

# La Vidéo Capsule Colique

Peu de présentations concernant la vidéo capsule colique (VCC), si ce n'est plusieurs posters et surtout une session le mercredi sur la vidéo capsule de la bouche à l'anus.

**Préparation colique :**
Concernant la **préparation colique**, pas de nouvelle étude et beaucoup de protocoles différents. J-C. Létard (P 218) a utilisé comme préparation le MOVIPREP utilisé déjà par beaucoup d'entre nous depuis le **protocole SFED-CREGG** pour colo incomplète. Il l'a utilisé chez 25 malades dans une série de 95 également comme booster sachant que le FLEET, souvent indispensable, est à éviter chez les personnes âgées. L'efficacité du MOVIPREP a été peu satisfaisante comme booster avec un temps de transit colique deux fois plus long qu'avec le FLEET.

**Coloscopie incomplète :**
BALTES (P 219) a rapporté les résultats préliminaires en cas de coloscopie incomplète d'une étude multicentrique allemande sur 45 patients qui a, comme l'étude française, confirmé l'utilité de la VCC dans cette indication. L'étude complète comportera 75 patients et vient juste d'être terminée.

Dans cette indication particulière de coloscopie incomplète, C. Spada et al (OP 431) ont présenté les résultats définitifs d'une étude très attendue s**ur la comparaison de la VCC et du colo** scan chez 98 patients. Les performances diagnostiques de la VCC ont été assez nettement supérieures. Chez 6 patients au moins un polype de plus de 6 mm a été détecté par les deux techniques et confirmé par une deuxième coloscopie. Chez 13 patients au moins un polype de plus de 6mm a été visualisé par la seule VCC et confirmé par une deuxième coloscopie. Par ailleurs, le colo scan a visualisé un seul polype non vu à la VCC mais pas confirmé par coloscopie. Cette étude devrait pour le moins **convaincre nos instances** à revoir le fait que seul le **colo scan est actuellement remboursé dans cette indication**.

**Les lésions planes :**
Ce même auteur, C. Spada (OP432) a étudié l'intérêt de la **VCC sur les lésions planes**. Si la VCC a montré une bonne sensibilité de 88 % et une spécificité de 89 à 95 % pour les polypes de plus de 10 mm, sa capacité de détecter des lésions planes est inconnue. Ceci est d'autant plus important que l'on connaît la capacité de ces lésions à dégénérer. 27 polypes de plus de 6mm ont été détectés par la coloscopie. Parmi ceux ci 15 ont été classés II A et 12 sur 27 ont été classés IS selon la classification de PARIS. 25 polypes ont été détectés par la VCC. 24 sur 25 ont été classés comme lésion polypoïde. Seule une lésion a été définie comme lésion plane. La VCC n'a pas retrouvé 3 lésions (deux IIA et une IS). De façon intéressante, toutes les lésions définies IIA par la coloscopie et donc comme lésions planes par la coloscopie ont été définies comme lésions polypoïdes par la VCC. La sensibilité et la spécificité de la VCC pour le diagnostic de lésion plane visualisée à la coloscopie ont été respectivement de 90 et 96 %.

La VCC paraît donc utile pour le **diagnostic de lésions planes**. La classification de PARIS ne paraît pas adaptée à la VCC qui considère la plupart des lésions planes visualisées à la coloscopie comme lésions avec procidence. Ceci pourrait être dû à l'absence d'insufflation lors d'un examen par VCC.

**ONECC :**
J-C. Saurin et al (P 1337) ont publié les premiers **résultats de l'ONECC** qui regroupe dans un observatoire scientifique la quasi totalité des VCC faites en France. 161 médecins dans 161 centres ont inclus 662 VCC pour lesquelles 585 E CRF (dossiers électroniques) ont été remplis.

Les indications ont été globalement divisées en 3/3 conformément aux indications de l'ONECC à savoir : 1/3 de colo incomplètes, 1/3 de contre indications à la colo et 1/3 de refus de la colo. Les préparations utilisant majoritairement PEG et PEG plus sodium ascorbat ont été jugées bonnes à excellentes dans 79 à 81 % des cas, 125 polypes soit 28 % de polypes significatifs ont été diagnostiqués. Les temps de lecture ont été en moyenne de 46 minutes. Les résultats de la colo de contrôle sont en attente.

**Prévention du cancer colo-rectal :**
A l'heure des bilans sur la **prévention du cancer du côlon**, il est urgent que des études soient faites sur la place éventuelle de la VCC. La faible efficacité de l'hemoccult est de plus en plus souvent affirmée. Par ailleurs, deux seules études à 20 ans américaines dans le Minesotta et celle anglaise de Nottinham ont montré un bénéfice de mortalité par cancer du côlon respectivement de 33 et 15 %.

**Les tests immunologiques** attendus depuis longtemps ne sont qu'une nouvelle étape. La coloscopie est de plus en plus clairement la méthode de référence. Y-a-t'il une place pour la VCC entre l'hemoccult et la colo pour nous aider à trouver de plus en plus de colo interventionnelles ? ■

***Patrick LEVY***

# *Hp* toujours... besoin de pédagogie

## Cas clinique

En 2003, une patiente de 42 ans consulte pour des épigastralgies. L'endoscopie et l'histologie révèlent une gastrite avec présence d'Helicobacter pylori. Une cure d'éradication est faite mais le contrôle qui doit habituellement être effectué, a été omis.
En 2006, nouvelles épigastralgies, nouvelle endoscopie avec Hp et là encore, une cure d'éradication mais sans contrôle postérieur pour évaluer l'efficacité du traitement.
En 2012, reprise des épigastralgies, Hp toujours présent et cette fois, cancer de l'estomac.

Cette observation présentée par Peter Malfertheiner schématise on ne peut mieux la problématique de la prise en charge des patients porteurs d'Hp. L'absence de **contrôle du résultat** peut être considéré comme fautive.

Si la certitude qu'un contrôle d'éradication sera fait peut encore justifier que certains gastro-entérologues fassent le choix d'une **trithérapie ou d'une thérapie séquentielle**, la crainte que ce contrôle ne soit pas fait, doit orienter vers le traitement le plus efficace et à l'heure actuelle, c'est incontestablement la quadrithérapie au Bi. (Pylera®).

De plus, cette attitude permet également de ne pas alourdir la balance de la **résistance à la clarithromycine** qui dépasse actuellement en France 20 %.
Seuls des efforts pédagogiques permettront de bien traiter les malades et les mettra à l'abri de récidives et à terme, pour certains, du cancer de l'estomac.

## The Linqu trial on H pylori in China

Et s'il fallait un argument de plus à ce choix, citons la présentation faite par Meinhard Classen sur l'essai mené pendant 10 ans en collaboration avec Wei-Chen You, sur 186 000 volontaires de 25 à 54 ans provenant de 500 villages du Linqu en Chine. Après le test à l'uréase 13C, 70 % des sujets ont eu un résultat positif. La moitié d'entre eux a bénéficié d'une quadrithérapie au Bi, l'autre moitié d'un placebo.

Selon les auteurs, les résultats obtenus (78 % d'éradication) ont permis de faire chuter de 21 % **le risque de cancer de l'estomac** (en progression en Chine) et d'économiser ainsi 560 millions de dollars par an. Forcément « Kolossal » !

## Et encore

D'1 table ronde, de17 communications libres, de 3 symposia (de 12 communications) et de 54 posters, retenons enfin :
Les résultats obtenus par J.C. Delchier et coll. [1] chez les patients en **échec d'une trithérapie classique** (Oméprazole, Amoxicilline et Clarithromycine) traités par Pylera®. Sur 40 patients, les résultats étaient positifs dans 93.2 % en itt. et 94,7 % en pp.
Qu'il faut se méfier des méta-analyses qui regroupent les résultats de régions différentes que l'on ne peut décemment pas comparer à ceux d'une région isolée [2] ■

## Références


Delchier JC, Malfertheier P. Thieroff-Echerst R. *Efficacy and safety of Pylera® and Omeprazole given for 10 days in patients who failed prior Helicobacter pylori treatment with proton pump inhibitor, amoxicillin and clarithromycin triple therapy. UEGW Berlin 2013:OP021.*
Gatta L, Vakil N, Scarpignato C, Vaira D. *Eradication rates for Helicobacter pylori infection: lessons from a systematic review and meta-analysis of sequential therapy. UEGW Berlin 2013:OP019.*


***Fernand VICARI***

# Actualités en nutrition

***La technique de Sleeve par endoscopie !***
***Une nouveauté excitante pour les gastroentérologues impliqués dans la prise en charge de l'obésité***

**Sleeve Endoscopique**
Deux équipes ont rapporté leurs résultats de la sleeve endoscopique par la technique de pose procédure (Incisionless Operating PlatformTM ,USGI Medical, San Clemente, CA, USA). L'outil endoscopique permet de réaliser des plicatures endoscopiques dans l'antre et le fundus.

L'étude de Roman Turro (Barcelone) montre (P552) que cette technique entraîne un % Excess weight loss (% EWL) de 69,9 +/_ 22 % à 1 an, ralentit la vidange gastrique, améliore la régulation glycémique et la réponse postprandiale des peptides impliqués dans la satiété. Une étude par la même équipe sur 100 patients avec un suivi de 2 ans a mis en évidence une perte de poids de 16,9 +/- 7,5 kg et un % EWL de 16,6 % chez 69 patients à 6 mois qui augmente à 64,1 % après un an. 9,3 plicatures en moyenne étaient réalisées dans le fundus et 3,5 dans l'antre. Une diète liquide était préconisée pendant 4 à 6 semaines pour la cicatrisation des plicatures. Le temps opératoire était inférieur à 50 mn après les 50 premiers cas. Un abcès de la rate a été traité médicalement et aucune mortalité n'a été retrouvée.
L'équipe de Gontran Lopez Nava (Madrid) a retrouvé à un an un % EWL de 42,7 % (chez 79 % des patients encore suivis). La durée du geste était de 35 mn. Des douleurs oropharyngées et une dyspepsie à J1 sont survenues chez 80 % des patients. Il n'y a pas eu de mortalité. Les patients avaient une diminution de la faim et une sensation de satiété plus précoce après la procédure.

**Polypes coliques et obésité**
L'équipe de P. Kalapothakos (P 519) (Sparta, Greece) a réalisé une étude prospective d'une durée de 3 ans sur 700 coloscopies, chez des patients d'âge moyen (62+/_ 7-8 ans). Le nombre, la taille et la localisation des polypes étaient relevés lors de la coloscopie chez les patients ainsi que la taille de vêtements, l'IMC a 20 ans, 30 ans ainsi que les modifications de poids à 5 ans et 10 ans avant la coloscopie.
Les patients obèses au moment de la coloscopie avaient un risque augmenté d'adénomes colorectaux (OR 2,06, 95 % CI, 1.13-3.14).

**Les probiotiques et l'obésité**
T. Falalyeyeva Kyiv, Ukraine ( P 554)
Une baisse du taux **d'adinopectine sanguin** est un marqueur du syndrome métabolique. L'ingestion d'un multi probiotique chez le rat rendu obèse expérimentalement par la prise de glutamate obèse augmente le taux d'adinopectine, ce qui suggère un rôle possible des probiotiques dans la prise en charge des patients obèses.

**Et toujours le ballon gastrique dont le nombre de publications augmente …**
J Fittipaldi- Fernandez, Rio de Janeiro (Brésil) (P 551) a fait une analyse de 1 050 patients en excès de poids (ayant bénéficié d'un ballon gastrique type BIB Allergan).
45 patients (4,28 %) ont eu un retrait prématuré, 10 patients (0,95 %) n'ont pas perdu de poids et 5 patients (0,47 %) ont eu une fuite.

Sur les 975 patients restants, la baisse du BMI (6,95 +/_ 2,99) kg/m2 et le % EWL (67,55 +/- 36,81 %) étaient significatifs. Les patients en obésité de stade III avaient une perte de poids plus importante que les patients en obésité de stade I et il existait une corrélation entre la perte de poids et le nombre de visites avec le nutritionniste. L'efficacité était supérieure chez les hommes ■

***Vianna COSTIL***

# Comment fonctionne l'Europe de la gastro-entérologie ?

La 21ème UEGW vient de se terminer et a réuni 12 500 participants représentant 125 pays. Quel est le point de départ et comment se construit un tel succès. Nous avons tous vu sur les programmes une flamme verte marquée de 7 étoiles. Ces étoiles représentent les **7 sociétés fondatrices de l'UEG** (United European Gastroenterology) au premier rang desquelles la Société Européenne et Méditérannéenne de Gastroentérologie.
L'UEG est une organisation professionnelle a but non lucratif dont le siège est à Vienne (Autriche) ou aura lieu la prochaine UEGW.

L'UEG réunit 22 000 spécialistes en gastroentérologie. L'assemblée générale comprend 59 représentants dont 36 représentent les **membres ordinaires** (sociétés fondatrices) et 23 **les sociétés savantes européennes**.
L'assemblée élit le Conseil et le comité exécutif qui gèrent les affaires.

**Le National Societies Forum** (46 membres) élit les membres du National Societies Commitee et les sociétés nationales représentatives à l'assemblée générale. C'est le canal de communication entre les sociétés nationales et l'UEG .

**Le Concile and executive committee** administrent les affaires de l'UEG.

**Le Scientific Committee** est responsable du programme de l'UEGW en relation avec le secrétariat.

**L'Education Committee** développe les mécanismes d'amélioration de l'enseignement et crée les outils pour de nouveaux formats d'enseignement.

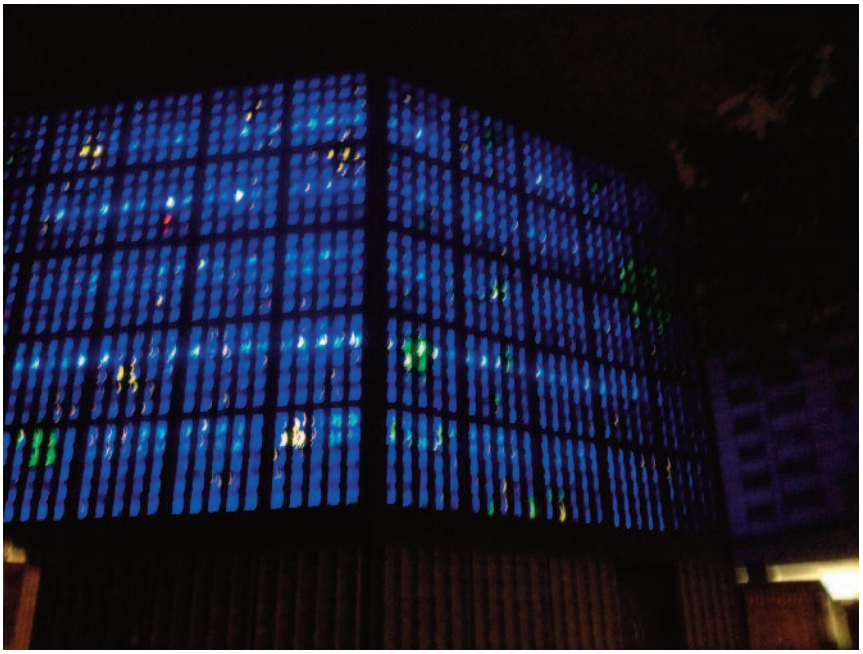
**Le Public Affairs Committee** fournit un service d'information bi-mensuel et est en contact avec les membres du parlement européen pour défendre la place de la gastroentérologie dans l'agenda de la santé en Europe.

**Le Future Trends Committee** réunit des experts médicaux ou non essentiellement pour mettre en évidence des recherches et des pratiques cliniques innovantes.

L'UEG est donc bien représentative de l'ensemble de la gastroentérologie européenne et on ne peut plus participer à l'UEGW sans connaître les modes de fonctionnement de l'institution.
Les publications françaises sont rares à L'UEGW et nous avons remarqué l'exposé de notre présidente en séance plénière.
Faisons un effort de communication pour que le CREGG trouve sa place auprès des instances européennes ■

***Pierre COULOM***

# Récidive post-opératoire au cours de la maladie de Crohn (MC)



Les résultats de l'étude australienne POCER ont été déclinés en 4 communications distinctes (1,2,3,4). Il s'agissait d'une étude prospective randomisée au design assez complexe. Les patients opérés pour MC étaient stratifiés en **2 groupes en fonction de leur risque de récidive** : haut risque en cas de tabagisme, de maladie perforante ou d'antécédent préalable de résection chirurgicale, risque moyen pour les autres patients. Tous les patients recevaient du **metronidazole** pendant 3 mois, avec, en cas de facteur de risque de récidive, introduction précoce d'un traitement de fond : **azathioprine** (1,5 mg/kg) ou **adalimumab** (40 mg tous les 15 jours) si intolérance à l'Imurel. En fonction de la randomisation, une **endoscopie de contrôle** était réalisée ou non à 6 mois et en cas de récidive ≥i2 selon la *classification de Rutgeerts*, une stratégie d'escalade thérapeutique (step-up) était adoptée : passage à l'adalimumab tous les 15 jours pour les patients sous azathioprine, à l'adalimumab toutes les semaines pour ceux déjà sous ce traitement tous les 15 jours. **La calprotectine fécale** était mesurée en pré et post opératoire puis à M6, M12 et M18. L'objectif principal de cet essai était d'évaluer la cicatrisation muqueuse à 18 mois. Au total, 174 patients étaient inclus dont 83 % étaient considérés à haut risque de récidive.

## Contrôle coloscopique

Le principal message de ce travail était de confirmer **l'intérêt du contrôle endoscopique** à 6 mois et de l'éventuel **step-up** qui lui succédait et qui concernait ici 37 % des patients (2). En effet, le risque de récidive à 18 mois était significativement moindre chez les patients qui avaient bénéficié de cette stratégie : 49 *vs* 67 % (p=0,028). La proportion de patients en cicatrisation muqueuse complète était également supérieure : 22 *vs* 8 % (p=0,029).
Dans cette situation post-opératoire, **la calprotectine fécale** pourrait avoir un intérêt majeur dans la **prédiction de la récidive endoscopique**. Parmi les patients inclus dans **l'étude POCER**, 136 bénéficiaient d'un suivi semestriel de ce marqueur (3). Une calprotectine > 100 µg/g était prédictive d'une récidive endoscopique (≥i2) contemporaine avec une sensibilité de 89 %, une spécificité de 59 %, une valeur prédictive positive de 53 % et surtout une valeur prédictive négative de 91 %. La sensibilité de ce marqueur se maintenait par ailleurs dans le temps puisqu'une calprotectine fécale > 100 µg/g à 6 et/ou 12 mois permettait de prédire la récidive à 18 mois avec une sensibilité de 80 %.
Enfin, au delà de la stratégie et du type de traitement, **le tabac** apparaît comme le facteur principal de récidive à 18 mois (4). Par définition, les fumeurs relevaient dans ce travail d'une prise en charge intensive dans la mesure où ils étaient considérés à priori comme à haut risque. Malgré celle ci, le tabagisme doublait le risque de récidive au terme de l'étude (OR 2,2 ; p=0,02) ■


Références
1) De Cruz P, Kamm M, Hamilton A, Ritchie K, Krejany S, Gorelik A et al. *Strategic timing of anti-TNF therapy in postoperative Crohn's disease comparison of routine use immediately postoperatively with selective use after demonstrated recurrence at 6 month endoscopy. Results from POCER. UEGW 2013 OP052.*
2) De Cruz P, Kamm M, Hamilton A, Ritchie K, Krejany S, Gorelik A et al. *Optimising post-oprative disease management : best drug therapy alone versus endoscopic monitoring with treatment step-up. The POCER study. UEGW 2013 OP057.*
3) Wright E, De Cruz P, Kamm M, Hamilton A, Ritchie K, Krejany S et al. *Faecal calprotectin helps determine need for postoperative colonoscopy in Crohn's disease. Prospective longitudinal validation. Results from the POCER study. UEGW 2013 OP117-LB2.*
4) De Cruz P, Kamm M, Hamilton A, Ritchie K, Krejany S, Gorelik A et al. *Smoking is the key risk factor that doubles the risk of postoperative recurrence of Crohn's disease despite preventive drug treatment. Results from the POCER study. UEGW 2013 OP318.*


***Philippe BULOIS***

**Il faut retenir :**
**la coloscopie de contrôle à 6 mois reste utile chez les patients opérés pour MC car l'adaptation thérapeutique qu'elle permet est bénéfique à moyen terme ;**
**le dosage régulier de la calprotectine fécale pourrait affiner les indications de cette coloscopie et son timing ;**
**le tabagisme est le facteur de risque le plus délétère vis-à-vis de la récidive à 18 mois.**

# Thérapie Photodynamique et photodiagnostic

***Synthèse des plus intéressantes communications et innovations techniques concernant la thérapie photodynamique et le photodiagnostic au cours des deux congrès mondiaux DDW à Orlando et UEGW à Berlin.***

## LA PHOTOTHÉRAPIE DYNAMIQUE

### OBSTRUCTIONS BILIAIRES CANCEREUSES ET PDT

Dans les cholangiocarcinomes non résécables, la thérapie photodynamique (PDT) associée au drainage par prothèse est un traitement bien toléré, efficace et validé, **améliorant la qualité de vie et surtout la durée de la survie**.

Une étude multicentrique rétrospective (4 centres) effectuée par « l'Austrian PDT study group » de Vienne (Autriche) a analysé 76 PDT consécutives chez 46 patients.

Les résultats principaux rapportés sont : l'excellente tolérance de la PDT, une meilleure qualité de vie et **surtout une médiane de survie de 481 jours au lieu de 98 jours en l'absence de PDT associée**, en faisant référence à l'étude prospective randomisée de Marianne Ortner gastroenterology. 2003 dans les cholangiocarcinomes non résécables :

**Au total, une survie 5 fois plus longue si la PDT est associée**.

Ref. : *Multi-center retrospective study of photodynamic therapy with polyhematoporphyrin for malignant biliary obstruction : results of 76 consecutive applications. W Dolak et all. Gastroenterology and Hepatology Medical University of Vienna etc*.

### ŒSOPHAGE DE BARRETT ET PDT

Une étude monocentrique rétrospective, à long terme **(20 années de 1992 à 2012)** concerne les récidives après ablation complète de la muqueuse de Barrett, après traitement utilisant la PDT.

La destruction complète de la métaplasie intestinale et des dysplasies était définie par l'absence de métaplasie intestinale et de dysplasie après deux séries de biopsies en quadrant tous les centimètres à 3 mois d'intervalle.

L'objectif était de déterminer le nombre de récidives de dysplasies après destruction complète de la métaplasie intestinale.

La récidive était définie par l'apparition d'une dysplasie ou d'un cancer.

La PDT, utilisant le Porfimer sodium, 2mg/kg, était appliquée avec une énergie totale de 200 joules/cm de fibre, à une longueur d'onde de 630 nm.

L'étude a porté sur 255 patients porteurs de : 37 dysplasies de bas grade, 159 dysplasies de haut grade et 59 cancers intra-muqueux.

**La destruction complète de la métaplasie intestinale a été obtenue chez 194 patients (76%)** utilisant en association la résection endoscopique(EMR) chez 157 patients (62%) et la radiofréquence chez 9 patients.

La médiane de survie a été de 67 mois. Les récidives ont été notées chez 58 patients soit 23 % des cas avec un temps médian d'apparition de 37 mois. Au total, les récidives surviennent dans presque un quart des cas.

Ref : *Durability of Photodynamic Therapy for Barrett's Dysplasia : A Single Center 20-Year Experience. Subhash Chandra, Emmanuel C Gorospe, Cadman L Leggett, Roma Teekamdas, Lori S.Lutzke, Navtej Buttar, Prasad G lyer Kenneth K. Wang.*

Commentaires :

Cette étude est la première à très long terme sur le sujet et interpelle sur nos traitements de l'oesophage de Barrett.

A l'évidence, la **destruction de la métaplasie intestinale** n'évite pas les récidives, quelle que soit la méthode thérapeutique : PDT, mucosectomie ou radiofréquence. En fait, on peut se poser la question de la **raison de ces récidives**. M. Quante (1), dans une étude génétique récente, a identifié l'apparition et la transformation progressive anormale de cellules au niveau du cardia qui vont migrer ensuite dans la sous muqueuse de l'oesophage à l'origine des dysplasies. Cette étude pose le problème de la justification du traitement endoscopique complet de la muqueuse de Barrett.

Faut-il continuer la prescription d'IPP à long terme ? L'hypergastrinémie qui en résulte est aussi un facteur cancérigène.

Quelle est la réelle prévention de ce cancer ? Une surveillance annuelle doit être la règle.

## LA PHOTODÉTECTION SUR LE BARRETT

De très nombreuses communications et posters ont concerné l'oesophage de Barrett. Dans le cadre de la photodétection, j'ai retenu uniquement les plus innovantes.

### Un nouveau dispositif médical

Le Photodiagnostic de la métaplasie intestinale, des dysplasies de la muqueuse de Barrett et de la muqueuse malpighienne est maintenant possible en temps réel sur toute la circonférence de l'oesophage.

Le nouveau dispositif, « **Nvision Volumetric Laser Endosmicroscopy** (NvisionVLE) » développé par Nine Point Medical à Cambridge (USA), permet une vue en trois dimensions avec une **vision en profondeur de 3,5 mm et une résolution de 7 microns**. VLE est un appareil de seconde génération, basé sur la tomographie à cohérence optique (OCT). L'association d'un interféromètre et d'un balayage laser permet de voir complètement toute la paroi circonférentielle de l'oesophage.

Pour mémoire, le protocole biopsique de routine, en quadrant, de Seattle n'explore que 1 % de la muqueuse.

Kenneth K. Wang et al., de la Mayo Clinic, ont déjà utilisé l'appareil en clinique et défini les critères de lecture des différentes lésions.

**Une étude sur des pièces de mucosectomie a comparé les deux techniques** l'endomicroscopie confocale **Cellvizio** (eCLE) et l'imagerie du dispositif : **Volumetric Laser Endosmicroscopy** (NvisionVLE) sur la détection des dysplasies de haut grade sur 22 lésions déjà répertoriées en histopathologie.

Sur 20 dysplasies de haut grade (DHG) vues sur les 20 pièces de mucosectomie, le dispositif NvisionVLE a détecté les 20 DHG soit **100 %** et le dispositif Celvizio 17 DHG sur 20, soit **80 %**.

La vision complète de la muqueuse avec NvisionVLE explique la concordance avec l'histologie.

En clinique, la durée **d'un examen avec NvisionVLE est de 7 minutes en moyenne** pour explorer 6 cm de hauteur de l'oesophage. L'examen s'effectue avec un ballonnet de 6 cm de longueur, à usage unique, introduit dans le canal opérateur de l'endoscope.

Cette technologie est déjà agrée aux USA par la FDA et en cours de développement. Ce très nouveau dispositif va permettre une détection complète des dysplasies visibles ou non visibles de la muqueuse de Barrett, et surtout, une surveillance des sujets à risque, sans recourir aux biopsies multiples classiques en quadrant tous les cms.

### Un autre nouveau dispositif à l'intérieur d'une capsule ( Ref. 2)

Il est basé sur une technologie proche utilisant la réflexion de la lumière en microscopie confocale. Le dispositif est intégré dans une capsule, reliée à un fil souple très fin. Cette capsule peut être avalée et permet la vision de toute la paroi de l'oesophage et du cardia. Dès le franchissement du cardia, elle est retirée progressivement grâce au fil permettant de voir en direct sur écran les noyaux des cellules de la muqueuse.

Ce dispositif miniaturisé à l'intérieur d'une capsule va permettre le diagnostic des dysplasies pouvant apparaître sur l'oesophage de Barrett et la muqueuse malpighienne ■

Ref.2 *Development of a Confocal Endomicroscopy Capsule for Diagnosis of Eosinophilic Esophagitis. Nima Tabatabaei, Robert W. Carruth, Guillermo J.Tearney et all*

***Jacques ETIENNE***

# Améliorer la qualité de la coloscopie "De la détection à la caractérisation"

**Préparation colique :**
Une nouvelle préparation colique présentée par IPSEN (Eziclen /Izinova) rachetée au laboratoire BRAINTREE « SUPREP » à base de Sulfates.

*2 prises de 500cc + 1 litre d'eau.*

Résultats : elle semble comparable aux autres préparations avec un volume moindre par rapport au PEG. Quant au goût (Sulfates) À voir !!!

**Améliorer la détection de la coloscopie :**
**a)** Peu d'augmentation des performances avec la haute définition. Cependant, le travail de l'équipe de T.ROSH (Adler) montre une augmentation de 22 % du TDA en faveur des appareils de dernière génération par rapport aux générations antérieures.

**b)** Rétroversion systématique dans le côlon proximal : non recommandée en routine.

**c)** Coloscopie associant CAP sans amélioration de la détection, mais si associée à CAP et Chromoendoscopie > à la coloscopie standard notamment chez la femme de plus de 60 ans ( ?!) de façon significative (Kim H.S United European Gastroentérology Journal A85).

**d)** G Eye :
- Vidéo-endoscope avec ballon à son extrémité permettant d'effacer les plis quand il est gonflé, au retrait de l'endoscope.
- Etude Tandem avec un taux de détection additionnel = 25,5 (B.Shpak A 86)

En comparaison avec le 3ème œil sur le même type d'étude en Tandem le taux de détection additionnel était seulement de : 2,56 pour ce dernier.
Quelques autres gadgets : Endocuff et Endorings (toujours pour aplanir les plis).

**e)** FUSE (**Full Spectrum Endoscopy**) :
Taux de polypes méconnus d'environ 25 % dans les études en Tandem

Groupe A : coloscopie standard (CS) puis FUSE
Groupe B : FUSE puis CS

| | A | B |
|---|---|---|
| Adénomes méconnus | 40,8 % | 7,5 % (p< 0,0001) |
| Polypes méconnus | 43,2 % | 9,7 % (p< 0,0001) |

(Siersema P : United European Gastroentérology Journal A86 )

**f)** Développer la chromoendoscopie :

Méta analyse (Mohammed.N United European Gastroentérology A 326).

**g)** Pourquoi pas la coloration virtuelle, non seulement dans la caractérisation mais aussi dans la détection ? Peu probable mais résultats convaincant dans l'étude de Neumann H sur la supériorité de IScan par rapport à la lumière blanche (Neumann.H United European Gastroentérology Journal A 324).

**h)** « RESECT and DISCARD » : Grace aux nouvelles technologies Magnification NBI VS NNBI IScan Fice.

Peut-on enlever et ne pas analyser, voire ne pas enlever du tout notamment au niveau du côlon gauche **« les diminutives polypes »** (<5mm) voire de 6 à 9 mm : plusieurs études semblent aller dans ce sens grâce à ces nouvelles technologies :

- Neumann.H United European Gastroentérology Journal A86
- Takeuchi.Y United European Gastroentérology Journal A 87
- Tavernaraki.A United European Gastroentérology Journal A87

Sans doute est-il trop tôt encore pour appliquer ce concept, mais il est largement temps que nous nous formions à la reconnaissance des **lésions planes du côlon droit** et à ses techniques de caractérisation (Aux USA 35 Millions de dollars sont économisés de façon annuelle par le « RESECT and DISCARD »).

Et si ces économies en France nous permettaient d'avoir de nouvelles ressources pour réaliser plus de coloscopies de prévention à dépense constante ?!??!! ■

***Jean LAPUELLE***

# Journée de réflexion du CREGG

***PAUPÉRISATION DES MÉDECINS et AVENIR DE LA SPÉCIALITÉ …***

**La journée de réflexion du CREGG** s'est déroulée à Paris au cercle des armées, le 28 septembre, avant sa XXXIIème Assemblée générale…. Cette journée, devenue un classique, a été « d'une grande qualité » abordant les problèmes actuellement agités par la classe politique et les médias. Il faut féliciter le bureau actuel d'avoir su rassembler des exposés de qualité sur ce sujet.

**Le revenu des médecins français** est, par rapport au revenu français médian de 2 fois, pour 3 fois en Allemagne et 3,2 aux Pays-Bas... (chiffres repris dans le Figaro du 23 novembre). Les dépenses totales de Santé restent en France parmi les plus élevées d'Europe, 11,6 % du PIB). La prise en charge du « reste à charge » par les mutuelles dépend des contrats et des mutuelles, regroupées dans l'UNOCAM. Cependant, leur participation croissante va progressivement les transformer en 2ème pilier de l'AMO… avec le risque de la dépendance accrue des médecins envers une étatisation du système de Santé.

**La démographie des gastro-entérologues** est dominée par la féminisation de la profession qui va induire une modification du profil de notre spécialité puisque 70 % des internes sont des femmes qui choisissent plutôt en large majorité un exercice salarié à l'hôpital afin de privilégier un travail « en équipe ». Cet état d'esprit aura pour conséquences une difficulté accrue du recrutement libéral déjà aujourd'hui retardé par un séjour à l'hôpital au delà de quelques années de praticien hospitalier.

**Le contrat de collaborateur médical** est un outil peu utilisé en gastro-entérologie. Il se veut le prélude à un essai dans le monde libéral, sans engagement administratif ou financier mais peut, en principe, être pérenne.

**Le stage d'interne en libéral**, aujourd'hui permis par la loi HPST et sous la tutelle décisionnelle de l'ARS et des doyens, constitue une vraie alternative à la formation pratique des services hospitaliers à condition qu'il se déroule dans un gros centre avec une délégation de responsabilité partielle après mise à plat des problèmes assurantiels et de formateurs.

**L'installation de la femme en libéral** (dont la fréquence semble supérieure aux garçons) a été âprement défendue par les deux égéries du CREGG (sa présidente Herself et Vianna Costil) heureuses d'allier harmonieusement leur responsabilité de femmes, de mères et de médecins…..

**L'avenir de l'endoscopie** est brillant grâce au développement des appareils haute définition et aux systèmes de caractérisation permettant la reconnaissance et le traitement endoscopique des lésions planes digestives néoplasiques au début.

**La gestion des risques** doit rester une préoccupation constante des endoscopiques en particulier au cours de l'endoscopie interventionnelle ■

***Philippe HOUCKE***

# Hommage à Jean-François ROQUES

Jean-François ROQUES nous a quitté hier. Il était membre d'honneur de notre société et ancien président de la commission plateau technique. Jean-François était passionné par l'endoscopie interventionnelle, il en a été un leader à Angers où il a permis au monde libéral l'accès aux techniques les plus modernes de l'endoscopie.

Il venait tout juste de prendre une retraite méritée. Il est parti au Népal, à 5 000 m d'altitude, il aimait la marche et la montagne.

Le Cregg adresse à sa famille toutes ses condoléances.

***Anne-Laure TARRERIAS***
***Présidente du CREGG***

Jean-Francois était un garçon adorable avec des convictions pour lesquelles il se battait avec ardeur.

Nos affrontements entre la commission endoscopie et la commission plateau technique lorsque nous étions tous les deux responsables ont pu être houleuses mais ont toujours été placées sous le sceau de l'amitié.

C'est une très mauvaise nouvelle qui me laisse un Goût amer : c'est encore un membre de la famille qui nous quitte.

***Jean LAPUELLE***

# Abstract

## Efficacité d'Eductyl® chez des patients souffrant d'une dyschésie. Résultats d'une étude randomisée versus placebo en double-insu (étude EDUCDYS)

A.-L. Tarrerias, L. Abramowitz, P. Coulom, G. Staumont, C. Merlette, V. Berger, B. Savarieau, M. Marty

### Introduction

La constipation d'exonération ou dyschésie est une entité clinique complexe, fréquente (13 à 20 % de la population), invalidante et chronique qui peut entraîner des complications locorégionales sévères et altérer la qualité de vie. Le suppositoire d'Eductyl® agit par dégagement gazeux sur les mécano-récepteurs de l'ampoule rectale et son action locale reproduit les effets volumiques de la selle et facilite l'exonération en limitant les efforts de poussée.
Objectif : Evaluer l'efficacité d'Eductyl® vs placebo sur l'intensité de l'inconfort lié à la dyschésie.

### Patients et Méthodes

Cette étude comparative, randomisée, conduite en double-insu, vs placebo, en groupes parallèles a inclus des patients présentant une dyschésie définie selon les critères adaptés de Rome III. Les patients étaient traités par un suppositoire d'Eductyl® ou un suppositoire placebo, tous les matins pendant 21 jours. Le critère principal d'efficacité était l'évolution de l'intensité de l'inconfort lié à la dyschésie évaluée par EVA de 0 à 100 entre l'inclusion J0 et J21 ou la dernière évaluation disponible avec ajustement sur la valeur basale (analyse de co-variance). L'analyse principale était réalisée sur la population Full Analysis Set (FAS) qui correspond aux patients randomisés, ayant pris au moins une fois le produit à l'étude, évalués pour le critère principal à J0 et au moins une fois après la prise du traitement. Des analyses de sensibilité étaient faites sur les populations ITT (Intent To Treat) et PP (Per Protocol).

### Résultats

Parmi les 323 patients randomisés (166 Eductyl® et 157 placebo), 9 patients (5,4 %) dans le groupe Eductyl® et 15 (9,6 %) dans le groupe placebo sont sortis prématurément d'étude, principalement pour inefficacité.
Les 2 groupes (79,2 % de femmes, âge moyen 54,0 ans) ne différaient pas pour les critères démographiques et cliniques. A l'inclusion, l'inconfort lié à la dyschésie était respectivement de 69,1 ± 10,9 mm et 68,8 ± 12,7 mm dans les groupes Eductyl® et placebo. Après 21 jours de traitement, l'inconfort diminuait de -34,5 mm (ESM 1,8) dans le groupe Eductyl® et de -26,2 mm (ESM 1,9) dans le groupe placebo sur la population FAS (n = 312), avec une différence du changement entre les 2 groupes de 8,2 ± 2,4 mm [IC 95 % -12,87 ; -3,62] en faveur d'Eductyl® (p = 0,0005). Les analyses de sensibilité du critère principal sur la population ITT (n = 323) et PP (n = 274) confirmaient l'analyse principale. L'ensemble des critères secondaires montrait aussi une efficacité supérieure d'Eductyl® par rapport au placebo : pourcentage de patients avec une diminution de l'intensité de l'inconfort lié à la dyschésie de plus de 30 % ou de 50 % ($p < 0,01$), cinétique de l'inconfort de la dyschésie de J0 à J21 ($p < 0,0001$), diminution de l'indice de dysfonction intestinale (indice BFI) entre J0 et J21 ($p = 0,0005$), évolution de la qualité de vie (score PAC-QoI) entre J0 et J21 ($p < 0,05$). L'impression globale de changement (questionnaire PGIC) jugée par le patient à J21

## LE BUREAU

**Président**
Anne-Laure TARRERIAS
10 Rue Jean Richepin
75116 PARIS
Tel. : 01 45 04 71 73 - Fax : 01.45.04.18.74
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
mppingannaud@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

**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

**Secrétariat du CREGG :** secretariat@cregg.org
**Site internet :** www.cregg.org

## LES COMMISSIONS

**Prévention des Cancers par Endoscopie**
Jean-Christophe LÉTARD (Poitiers)
jean-christophe.letard@wanadoo.fr

**Cancérologie**
Éric VAILLANT (Lille) vaillant-e@orange.fr

**Internationale**
Pierre COULOM (Toulouse)
coulom.pierre@wanadoo.fr

**Endoscopie et Nouvelles Technologies**
Philippe BULOIS (Lille) philippe.bulois@yahoo.fr

**Gestion – Fiscalité – Retraite**
Jean-Luc FRIGUET (Rennes)
jl-friguet@wanadoo.fr

**Hépatologie**
Bertrand HANSLIK (Montpellier)
bertrand.hanslik@wanadoo.fr

**Imagerie**
Pierre-Adrien DALBIÈS (Béziers)
pierredalbies@orange.fr

**Informatique**
Guillaume BONNAUD (Cornebarrieu)
hepavie@free.fr

**MICI**
Patrick FAURE (Toulouse)
faure.gastro31@wanadoo.fr

**Motricité et Nutrition**
Vianna COSTIL (Paris-la-Défense)
vianna@costil.fr

**Proctologie**
Thierry HIGUERO (Beausoleil)
thierryhiguero@yahoo.fr

**Vidéocapsule**
Patrick LÉVY (Strasbourg)
levy.pat@wanadoo.fr

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Christian BOUSTIÈRE, Jean-Marc CANARD,
Denis CONSTANTINI, Pierre COULOM,
Patrick DELASALLE, Franck DEVULDER,
Béatrice DUPIN-NIZARD, Patrick FAURE,
Jean-Luc FRIGUET, Thierry HELBERT,
Philippe HOUCKE, Jean LAPUELLE,
Patrick LÉVY, Patrice PIENKOWSKI,
Bruno RICHARD-MOLARD

## AGENDA

**6 et 7 décembre 2013**
**Forums du CREGG**
**Hépatologie, Cancérologie Digestive, Proctologie et Nutrition**
Hôtel Pullman Montparnasse - Paris

**20 au 24 mars 2014**
**Journées Francophones d'Hépato-gastroentérologie et d'Oncologie Digestive**
Paris

**25 mars 2014**
**6ème journée de prévention du cancer du côlon par coloscopie**

**6 et 7 juin 2014**
**Printemps du DPC**
Paris

**Directeur de la publication :** Anne-Laure TARRERIAS
**Directeur de la Rédaction :** Ph. HOUCKE
**Secrétaire de la Rédaction :** Céline HUGOT
**Ont participé à ce numéro :** Ph. BULOIS, J-M. CANARD, Vianna COSTIL, P. COULOM, J. ÉTIENNE, Ph. HOUCKE, P. LAPUELLE, J-C. LÉTARD, P. LÉVY, Anne-Laure TARRERIAS, F. VICARI
**Comité de rédaction :** Ph. HOUCKE, Marie-Pierre PINGANNAUD, Anne-Laure TARRERIAS, E. VAILLANT

**Photos :** P. COULOM, P. LÉVY
**Conception et impression :** Imprimerie HANOCQ - Tél. : 03-21-03-04-38

**Edition :** Les éditions du CREGG

Éditions du CREGG