



Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie

SECRETARIAT DU CREGG : 121, AVENUE DE LODÈVE - LE CHAMBORD A1
34070 MONTPELLIER / secretariat@cregg.org

EDITO

Chèr(e)s Ami(e)s,

L'UEGW se termine et déjà nous nous préparons à nous rencontrer les 1, 2 et 3 décembre à Paris lors des Forums 2016 du CREGG (Hôtel Marriott, Rive gauche).

Ces Forums mettront fin à mon mandat et je souhaitais remercier : tous les membres du Club car nous avons pu analyser 576 questionnaires valides lors de nos enquêtes Flashs 5-6-7 centrées sur la coloscopie ; et également les présidents de commission pour tout le travail accompli.

L'effort de chacun a permis au CREGG de continuer à tisser les liens solides entre les Hépatogastroentérologues libéraux, les industriels et les acteurs institutionnels ou représentants professionnels. Les produits finis ont été utiles à la profession : réflexions, fiches et articles, WebConf ou WebStaff, journées de formation, Echo-centers...

ils témoignent du **dynamisme du CREGG** qui se rajeunit par ailleurs.

Je voulais aussi remercier les Dr Vianna COSTIL (Secrétaire générale), Pierre DALBIÈS (Trésorier) et Mr Jerry PICHOT (Directeur opérationnel), car nous avons œuvré dans l'écoute et tous avons apporté quelque chose à l'édifice CREGG par nos différences et complémentarités.

Durant ce mandat le bureau avait 3 chantiers pour objectif :

Gérer le Club, travailler avec les commissions et organiser des Forums attrayants.

Appuyer une stratégie pérenne dans la lutte contre le cancer colorectal avec une approche multimodale incluant la coloscopie en population standard à partir de 50 ans. En premier lieu nous vous avons consulté (265 HGE, 70 % en faveur de la coloscopie de prévention, 88 % en faveur d'un observatoire national), puis rédigé une fiche de recommandations à la prévention du cancer colo-rectal en

population standard que la SFED a fait évoluer et aboutir (merci au travail du Dr Philippe BULOIS) en acceptant l'idée de la coloscopie de prévention sur demande du patient à partir de 50 ans. Nous avons au même moment créé avec la SFED et le FPSG l'observatoire national de la **coloscopie de prévention** ([//www.observatoire-coloscopie.fr](http://www.observatoire-coloscopie.fr)). Maitre Isabelle LUCAS-BALOUPE viendra vous expliquer le jeudi 1 décembre à notre journée de réflexion lors des Forums que juridiquement nous avons des arguments pour notre stratégie. Nous avons, dans une démarche de qualité, œuvré à la rédaction de **fiches sur la gestion des nouveaux anticoagulants** (Dr Christian BOUSTIÈRE) et le **split dosing** (Dr Jean LAPUELLE). Nous avons aussi analysé les pratiques pour la coloscopie en terme d'installation du matériel et les préparations réalisées en France avec l'Ifred, cela était l'objet des **enquêtes Flashs 6 et 7** (la moitié des HGE libéraux utilisent des associations de produits et 69,3 % le split dosing).

SOMMAIRE

PAGE 2 Il ne faut pas négliger les FIT négatifs !! *Question de Seuil !*
Patrice PIENKOWSKI

PAGE 3 Hépatite E - *Un virus chasse un autre !*
Patrick DELASALLE

PAGE 4 MICI - *Quelle thérapeutique ?*
Guillaume BONNAUD & Florent GONZALEZ

PAGE 5 Progrès matériels ou progrès humains ?
L'endoscopie du futur !
Pierre COULOM

PAGE 6 Un biofeedback pour traiter les ballonnements
ou kiné abdominale !?
Anne-Laure TARRERIAS

NUTRITION - microbiote et TFI !
Bernard GRUNBERG

*Chers amis,
Deux années de travail s'achèvent avec grand plaisir pour l'équipe du bureau du CREGG !
Nous avons eu la chance de participer à son développement et ceci grâce au travail efficace et de grande qualité scientifique de nos commissions et au soutien des partenaires de l'industrie qui nous ont fait confiance.
Notre président Jean-Christophe LÉTARD lui a donné un nouvel essor avec sa créativité. La gestion efficace de notre trésorier Pierre DALBIÈS a permis de mettre à exécution l'ensemble des projets.
Le CREGG a été présent à l'UEGW 2016 à Vienne grâce à nos sponsors Aptalis et Biocodex.
Cette lettre du CREGG nous permet de vous faire partager nos coups de cœur.
Vianna COSTIL
Secrétaire générale du CREGG*

PAGE 7 Le mot du Président et du Secrétaire Général
Patrick DELASALLE & Guillaume BONNAUD

PAGE 8 Agenda

Acquérir des connaissances, dans le domaine des thérapies complémentaires, et intégrer ces disciplines dans nos unités car nous ne pouvons occulter cet axe thérapeutique qui échappe à tout contrôle médical, bien qu'ayant, des bases solides pour bon nombre de disciplines comme **la phytothérapie ou l'ostéopathie.** Nous avons mis en place des outils pour l'acquisition des connaissances et le Dr Fernand VICARI a créé une commission pluridisciplinaire, puis organisé à Nancy en 2015 le premier congrès international de thérapies complémentaires, sujet mis au programme au JFHOD 2017 et modéré

par notre président de commission ! Un programme de fiches d'orientation à la phytothérapie/aromathérapie est en cours et en fonction de l'avis des membres du Club, nous pourrions mettre en place rapidement une formation certifiante courte pour notre pratique quotidienne sur ce sujet.

Pour finir, il me fallait rappeler l'attachement que j'ai pour le CREGG qui m'aura permis d'apprendre au contact de tous nos membres pendant toute ma carrière professionnelle. Ce Club est un vrai cabinet national libéral où tous avons une place, un rôle. C'est encore

plus vrai avec la dématérialisation informatique qui nous permet l'accès au meilleur d'entre nous pour un problème précis, cela dans une charte de qualité. Il nous permet : une représentation forte des HGE libéraux à tous les niveaux et de continuer à progresser par compagnonnage pour le bien de nos patients.

Merci à tous, bonne lecture de cette lettre post UEGW.

✉ **Jean-Christophe LÉTARD**
Président du CREGG



Il ne faut pas négliger les FIT négatifs !! Question de Seuil !

En France, dans le cadre du **dépistage organisé du cancer colorectal (CCR)**, tous les individus à risque moyen âgés entre 50 et 74 ans (représentant la population cible, soit 18 millions de personnes) se voient proposer la réalisation d'un test de dépistage, aujourd'hui le test immunologique. Lorsque le test est positif (soit dans environ 4% des cas avec le seuil de positivité choisi), une coloscopie est requise ; si celle-ci est normale (dans environ 40 % des cas), on considère que le test initial était faussement positif et le suivant est programmé dans 5 ans. Lorsque le **FIT** est négatif, le test suivant est prévu deux ans plus tard. **Positif, négatif ?!** Derrière cette **apparente simplicité binaire rassurante** se cache peut-être des situations et des devenir plus complexes.

C'est ce qu'a étudié l'équipe de l'Université Erasme de Rotterdam (1). Tous les patients participant au programme de dépistage néerlandais ayant un test négatif ont été suivis de manière prospective (suivi médian de 4,7 années, 1 à 4 cycles) soit 7 663 individus représentant 91 % de la cible initiale. *L'étude porte sur le risque de développer une néoplasie avancée* en fonction de la concentration des selles en hémoglobine (Hb). Dans le programme néerlandais, le seuil de positivité choisi est de 10µgHb/g de selles (correspondant à 50 ng Hb/ml). Les données présentées ci-dessous sont actualisées par rapport au résumé :

1 ^{er} round	RR (multivarié)	1 ^{er} ET 2 ^e round	RR (multivarié)
0 à 2 µg Hb/g	1.2 (0.9-1.7)	1 et 1 µg Hb/g	1.7 (1.5-1.9)
2 à 4 µg Hb/g	2.8 (1.7-4.4)	1 et 5 µg Hb/g	4.4 (3.1-6.3)
4 à 6 µg Hb/g	5.7 (3.7-8.9)	5 et 5 µg Hb/g	4.5 (3.1-6.6)
6 à 8 µg Hb/g	4.2 (2.1-8.7)	1 et 8 µg Hb/g	9.0 (5.2-15.6)
8 à 10 µg Hb/g	8.2 (4.5-15)	8 et 8 µg Hb/g	14.3 (4.8-42.3)

Chez les individus ayant un FIT négatif, la **concentration en Hb dans les selles est un facteur prédictif indépendant pour le risque ultérieur de néoplasie avancée** pouvant aller jusqu'à un risque relatif (RR) de 14 en cas de deux tests successifs immédiatement en dessous du seuil. L'incidence cumulée de néoplasie avancée à 8 ans est augmentée de 30 % chez ces patients.

Commentaires :

Ces résultats, concernant les individus avec un FIT « négatif » sont innovants ; ils montrent que le concept de « **test négatif** » est **faussement rassurant** et qu'il existe de grandes disparités dans ce groupe qui représente en France 96 % de la cible soit sur un cycle de deux ans et avec l'hypothèse (peut-être optimiste) d'un taux de participation de 50 %, environ 8,5 millions de personnes ! Le risque ultérieur de lésion avancée augmente de manière quasi linéaire avec la concentration en Hb dans les selles et il est probable que cette linéarité se poursuive de la même manière pour des concentrations supérieures au seuil. Comme pour beaucoup d'autres paramètres biologiques **la notion de seuil est arbitraire** : il n'y a pas « d'absence de risque » en deçà et « de risque » au-delà mais probablement **une variation continue du risque.** Cette notion soulève bien sûr le problème d'un dépistage plus individualisé avec des intervalles de FIT adaptés et un recours au diagnostic plus personnalisé. Dans le cas présent, une attention toute particulière doit être portée aux individus ayant eu 2 tests successifs, une concentration juste sous le seuil, chez qui le sur-risque est manifestement très élevé.

Ces données soulèvent deux problèmes de fond : **la communication systématique de la concentration en Hb** sur le document remis au patient et le **choix optimal du seuil** déclenchant l'indication d'une coloscopie : s'il existe un sur-risque significatif en dessous de 50ngHb/ml, qu'en est-il avec un seuil plus élevé de 150ngHb/ml retenu actuellement en France ?



Patrice PIENKOWSKI

1) Grobbee E et al. Predictors and trends in fecal hemoglobin concentration : long-term follow-up of FIT-negative screeners in population-bases colorectal cancer screening (OP198)



HÉPATITE E

Un virus chasse un autre !

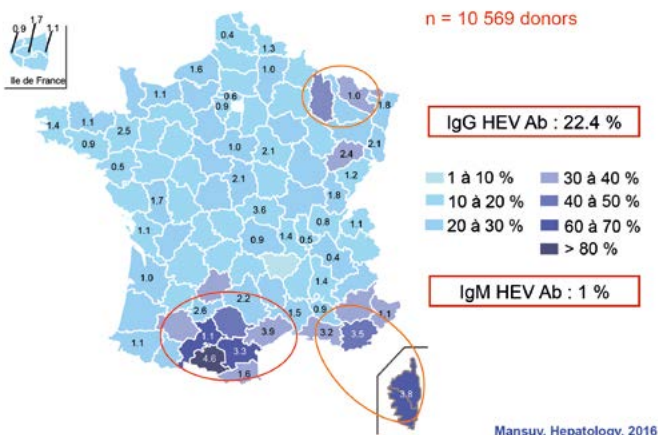


Vous n'allez pas à l'UEGW pour découvrir les phases 2 ou 3 des derniers traitements du VHC et les centaines d'études sur ce sujet mais vous pourrez mettre à jour votre formation continue lors de nombreux symposiums.

Marc BOURLIÈRE^o a brillamment présenté, comme à l'accoutumée, lors du symposium sur les hépatites, la situation actuelle du VHE et particulièrement en France suite à la publication d'avril cette année de la prévalence des IgM et IgG VHE chez les donneurs de sang dans la revue américaine *Hepatology**.

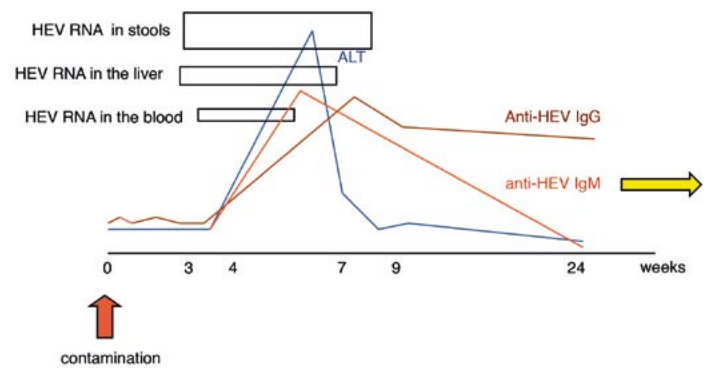
L'hépatite E est la première cause d'hépatite aiguë dans le monde : 20 millions de cas par an avec 3 millions d'hépatites symptomatiques. **La forme classique d'importation**, venant des régions inter tropicales les pays d'endémie, a été remplacée par **les formes autochtones**, 44 % avant 2004 à 99 % après 2011. Dans nos régions, c'est une zoonose, le porc, le sanglier, le gibier etc... sont porteurs de l'ARN du VHE et lors d'une consommation alimentaire avec une cuisson insuffisante le virus est transmis de l'animal à l'homme. **La séroprévalence** moyenne en France (IgG VHE +) est de 22,4 %, trois régions françaises ont une séroprévalence du VHE nettement supérieure au reste de la France, l'Est, le Sud-Est avec la Corse et surtout la région de Toulouse. Les consommations habituelles de sanglier sous forme de viande ou de foie, le gibier, les abats et les huitres sont mentionnées lors d'un questionnaire alimentaire. Mais de façon surprenante, les consommateurs d'eau en bouteille ont une séroprévalence plus basse faisant évoquer une possible contamination hydrique.

HEV Ag in blood donors in France



La période d'incubation est de 2 à 6 semaines. L'hépatite symptomatique est plus fréquente avec l'âge (> 55 ans) pouvant aboutir à une hépatite fulminante en particulier en cas de cirrhose.

Natural History



L'Ag anti VHE IgM permet le diagnostic avec une sensibilité de 98 %, cette sensibilité baisse à 80-85 % en cas de déficit immunitaire pouvant conduire à une forme chronique.

On utilisera, en cas de déficit immunitaire, le dosage dans le sang de l'ARN du VHE (non pris en charge par l'assurance maladie). **Les manifestations extra hépatiques de l'hépatite E** sont fréquentes, en particulier les symptômes neurologiques centraux ou périphériques chiffrés à près de 20 % des cas dans certaines études récentes. On note aussi des cryoglobulinémies avec une glomérulonéphrite, des thrombopénies, des pancréatites etc...

Les formes chroniques sont décrites chez les transplantés d'organes, les patients VIH avec CD 4 < 200 ou sous immunosuppresseurs.

Le traitement est la **RIBAVIRINE** à la dose de 600 à 1 200 mg pendant 3 mois avec une efficacité proche de 80 %, en dehors des formes chroniques. Le traitement des formes aiguës se discute chez le patient cirrhotique. Les mécanismes de la résistance à la ribavirine ne sont pas connus.

Un vaccin est en préparation.

En résumé, vous rencontrez de moins en moins de VHC mais vous verrez de plus en plus de VHE, un virus chasse l'autre !

HEV hotline : 33 5 61 77 25 27 Dr Florence ABRANAVAL : Laboratoire de virologie centre National de référence Toulouse

Peron.jm@chu-toulouse.fr Pr Jean Marie PÉRON : Service d'hépatogastroentérologie Hôpital Purpan Toulouse

Patrick DELASALLE

^o Update on viral hepatitis 2016 Symposium UEGW VIENNE IP236 Lundi 17 Octobre 2016

*A Nationwide Survey of Hepatitis E Viral Infection in French Blood Donors Jean Michel Mansuy and col HEPATOLOGY, VOL. 63, NO. 4, 2016



MICI – Quelle thérapeutique ?

Maladies de Crohn iléales terminales réfractaires aux traitements conventionnels :

Dans leur prise en charge, le choix entre un traitement anti-TNFalpha ou une résection limitée reste débattu. **L'équipe médico-chirurgicale d'Amsterdam** a réalisé une étude randomisée contrôlée qui a comparé un **traitement par IFX vs une résection iléo-caecale (RIC)** par laparoscopie. 143 iléites terminales actives ont été incluses dans l'essai, à l'exclusion des sténoses purement fibreuses et des atteintes de plus de 40 cm (70 IFX vs 73 résections IC). Dans le groupe IFX à 1 an, 68 % étaient toujours sous IFX pour une réponse clinique soutenue et 20 % ont été opérés dans l'année. Dans le groupe opéré, 4 % à 1 an étaient sous anti-TNF. Le critère principal de jugement, la qualité de vie à 1 an, était identique dans les 2 groupes. À 1 an, sur le plan endoscopique, 20 % d'ulcérations étaient observées dans les 2 groupes. Le cumul de journées d'hospitalisation totale à 1an était identique dans les 2 groupes. **L'attitude chirurgicale** d'emblée était **deux fois moins chère** à 1 an de suivi. Au total, cette étude rappelle que la chirurgie demeure un traitement très efficace de la maladie de Crohn localisée à l'iléon terminal et encourage à **ne pas multiplier les biothérapies en cas d'échec d'un premier traitement**. Deux limites sont toutefois à opposer à cette étude, d'une part, la méconnaissance du nombre de malades sous azathioprine en post opératoire et surtout un doute sur un biais d'inclusion important qui a pu conduire à inclure un nombre important de malades avec des sténoses peu inflammatoires, favorisant le bras chirurgical.

Études en population française totale :

Elles ont été présentées à partir des **données croisées de l'assurance maladie et du PMSI** correspondant à 210 000 patients atteints de MICI traités en France. 10 % des patients atteints de MC et 4 % des RCH étaient sous combothérapie anti-TNF alpha plus immunosuppresseur. 21 % des MC et 9 % des RCH étaient sous monothérapie anti-TNF et 33 % des MC étaient sous IS vs 19 % dans la RCH. Le risque de chirurgie à 5 ans du diagnostic était de 14 % dans la MC et 6 % dans la RCH. Concernant le risque de lymphome (2), l'incidence pour 1 000 patients/an était de 0,3 pour les patients non exposés au thiopurines et anti-TNF, 0,5 pour les patients sous thiopurines seul (adjusted HR 2,02), 0,5 pour les patients sous anti-TNF en monothérapie (adjusted HR 1,75) et 1 pour les patients sous combothérapie (adjusted HR 4,43). En conclusion, la **combothérapie** multiplie par 2 le risque de lymphome comparé à une monothérapie immunomodulatrice (effet additif). Ce sur-risque reste bien sûr en valeur absolue/patient rare, et surtout n'établit pas un lien de causalité.

Les avancées de la recherche fondamentale sur les MICI :

Elles ont permis de faire aboutir deux types de médicaments. Les biothérapies ciblées, tels les anti-TNF et les anti-intégrines, molécules de grande taille, complexes, difficiles à fabriquer, coûteuses, immunogènes et forcément d'administration parentérale d'une part, et d'autre part, plus récemment, **des petites molécules**, en pleine émergence, d'administration per os, également ciblées mais de fabrication simple, moins coûteuses et moins immunogènes dont les plus avancées en termes d'études cliniques se positionnent en lancement dans la RCH. Leur efficacité, leur maniabilité et leur profil de tolérance sont telles que le Pr PANES, de Barcelone, envisage en 2020 un positionnement à la place de l'azathioprine et même de la corticothérapie dans la RCH modérée. Ainsi, dans **le pipeline des inhibiteurs de JAK 1**, le **tofacitinib** est le plus avancé dans les MICI avec déjà un lancement prochainement en France, début 2017, dans la polyarthrite rhumatoïde. Le **Mongersen** est un oligo-desoxy-nucléotide anti-sens, inhibiteur de SMAD7, qui permet le rétablissement de la voie de l'EGFR favorisant ainsi la réparation intestinale. Sa formulation permet une délivrance intestinale locale à partir de l'iléon avec ainsi une limitation de l'exposition systémique. Une étude avec évaluation endoscopique à 12 semaines a confirmé l'efficacité clinique présentée dans l'étude phase 2 initiale publiée dans le NEJM en 2015. Dans cette étude comprenant 50 % de malades en échec d'anti-TNF, dans le groupe sous Mongersen à 160 mg /j per os pendant 12 semaines, 67 % des patients étaient en réponse clinique et 48 % en rémission clinique avec une amélioration endoscopique globale chez 37 %, intéressante à ce stade d'évaluation précoce dans le cadre de la maladie de Crohn (3). L'arrivée dans nos pratiques de ces petites molécules dans les 2 à 5 ans va profondément changer nos prises en charge des MICI.

✉ **Guillaume BONNAUD**
Florent GONZALEZ



(1) DE GROOF J et al Laparoscopic ileocecal resection versus infliximab treatment of terminal ileitis in Crohn's disease: The LIRIC trial. OP001
(2) LEMAITRE M et al. Lymphoma in patients with inflammatory bowel disease: A French nationwide observational cohort study. OP060
(3) FEAGAN B et al, Randomized, double-blind, multicenter study to explore the efficacy of oral GED-0301 (MONGERSEN) on endoscopic activity and clinical effects in both TNF-Naive and TNF-experienced subjects with active Crohn's disease. LB 1



PROGRÈS MATÉRIELS OU PROGRÈS HUMAINS ? L'endoscopie du futur !



À l'UEGW, la présentation de nouveaux matériels d'endoscopie ou d'artifices améliorant la détection des polypes était en symbiose avec le souci des orateurs d'améliorer les performances diagnostiques.

OLYMPUS

La gamme **EVIS EXERA III** bénéficie de **capteurs optiques** diminuant le halo et amoindrissant le bruit, permettant d'obtenir des images avec une très haute définition de qualité et avec un champ de vision de 170°. Le **Dual Focus** permet sur une simple pression de bouton de commande de passer du mode de focalisation normale au mode de focalisation rapprochée, permettant un examen détaillé des muqueuses et des réseaux capillaires. **L'imagerie à bande étroite NBI** encore améliorée permet la caractérisation des tissus sains et des tissus anormaux. **La fonction pré gel** mémorise automatiquement une série d'images permettant de sélectionner la meilleure. **Le RIT (Responsive Insertion Technology)** associe le béquillage passif s'adaptant aux contours du côlon et à la transmission complète de la force (HTF) où la force est transmise tout le long de la gaine d'introduction, la rigidité variable modifiant la flexibilité de l'endoscope. **Le système FUSE (Full Spectrum Endoscopy)** avec diodes électro-lumineuses sur l'avant et sur les côtés, avec 3 micro-caméras intégrées permet une ouverture de l'angle de vision à 330° améliorant considérablement la détection des polypes.

PENTAX

Transformation de la gamme en associant le vidéo processeur **Optiva EPK-i 7010** à la série d'endoscopes i10. L'image haute définition à bande étroite est combinée avec une excellente illumination et avec l'amélioration digitale (I scan) et l'amélioration optique (I -scan OE). **L'I scan 1 (SE : Surface Enhancement)** améliore la visualisation de la muqueuse dans les tons naturels. Les lésions planes sont sur-illuminées et mieux détectées.

La différence d'intensité lumineuse entre la lésion et son environnement est analysée et les crêtes lésionnelles sont renforcées.

L'ajustement du bruit de fond détecte les changements mineurs de structure. **L'IScan 2 (T E : Tone Enhancement)** renforce les modifications vasculaires et de la structure muqueuse. Les 3 composants RGB (Red, Green, Blue) sont convertis séparément et reconstruits dans une seule image. **L'I Scan OE (Optical Enhancement)** permet une caractérisation des vaisseaux par une exposition des canaux glandulaires et de la structure vasculaire.

Le scope pilot donne une image en 3 dimensions représentant en temps réel la position de l'endoscope (intérêt dans la formation des juniors).

FUJIFILM

Révolution technologique avec la **série Eluxeo 700** avec les modes BLI et LCI (Blue Light Imaging - Linked Color Imaging). Sur une simple pression du bouton de commande on peut choisir le mode d'observation avec le 4 LED Multilight Technology.

Le White Light Mode fournit une image de qualité supérieure en terme d'étrouitesse et de luminosité de la bande d'images.

Le Blue Light Imaging autorise un contraste excellent pour la visualisation des vaisseaux superficiels et des caractéristiques muqueuses.

Le Linked Color Imaging (LCI) est adapté à la détection de l'inflammation et de l'ulcération en renforçant les différences de spectre dans la couleur rouge.

Les zooms optiques proposent plusieurs modes pour répondre aux exigences individuelles ou de situation.

Le système CMOS est positionné directement à l'extrémité de l'endoscope et transforme le signal analogique en signal digital sur le site même de la région explorée. Ce système assure une diminution du bruit de fond et une ultra brillance de l'image.

Le Colon Assist Adjust adapte la transmission des forces de progression et le béquillage.

Le Flexibility Adjust est destiné à transmettre de la main à la partie distale de l'endoscope les forces de pulsion, de traction et de rotation.

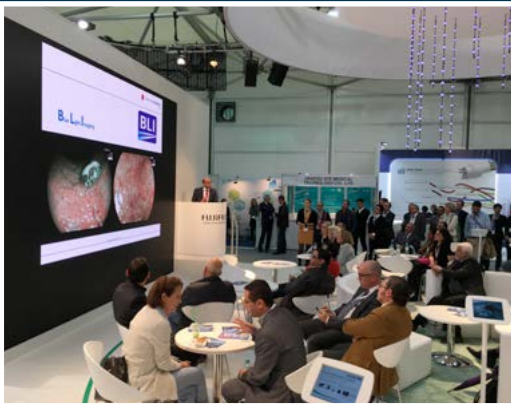
Tous ces progrès technologiques, joints aux accessoires (Endo Cuff, ballons ...) permettent une meilleure détection des polypes et surtout des lésions planes.

Il faut surtout retenir, au-delà de l'émerveillement qu'on peut ressentir devant la débauche technologique, l'excellente communication de Thierry PONCHON qui a démontré que le facteur le plus important, dans le rendement diagnostique en endoscopie, est la qualité de l'opérateur (trice).

C'est un argument fort et très bien étayé pour une formation de qualité des jeunes gastro-entérologues, battant en brèche les décisions des conseillers du ministère pour la réforme de l'internat.

✉ Pierre COULOM

UN BIOFEEDBACK POUR TRAITER LES BALLONNEMENTS ou kiné abdominale !?



L'asynergie abdominopérinéale, lorsqu'elle est source de dyschésie, relève du biofeedback anal dont l'objectif est de permettre une meilleure évacuation en obtenant un relâchement du périnée associé à une contraction abdominale. Cette rééducation, réalisée par des kinésithérapeutes bien formés, permet de corriger la constipation terminale et de limiter les poussées itératives aux toilettes, source de prolapsus et d'incontinence à long terme.

Les ballonnements sont des symptômes parfois très invalidants du **syndrome de l'intestin irritable (IBS)**, leur traitement est difficile. De nombreuses études sont publiées sur le microbiote visé comme le principal responsable de cette

« hyperfermentation ». Pourtant, il a été montré que les patients qui se disent ballonnés n'ont pas un volume supérieur de gaz dans le côlon comparés aux volontaires sains mais, pour une même quantité de gaz insufflé dans l'intestin, **la sensibilité colique est plus précoce** chez les patients IBS.

L'équipe espagnole du Pr AZPIROZ (Barba et al.) a développé une technique de rééducation thoraco-abdominale pour traiter les ballonnements. Ils ont publié leur technique dans *Gastroentéropologie**. Ils sont partis de l'observation que les patients ballonnés souffrent en phase de crises d'une contraction du diaphragme et intercostale, en EMG comme en tomographie du mur abdomino-thoracique. Le volume pulmonaire est du reste augmenté chez ces patients qui présentent aussi un abaissement diaphragmatique et une protrusion du mur abdominal antérieur. Cette équipe a donc mis au point une rééducation consistant à renforcer les muscles abdominaux en relâchant les muscles intercostaux aidée d'un

marquage par EMG thoraco-abdominal. Cette rééducation est efficace chez les patients qui répondent aux **critères de Rome III**. A l'UEGW cette année, cette équipe de Barcelone a présenté une étude comparant leur technique de biofeedback avec une prise en charge comportementale placebo chez 48 patients IBS répondant aux critères de Rome III avec ballonnements. L'étude est randomisée, contrôlée. **L'efficacité du biofeedback** était évaluée par un score de distension. Le résultat est largement significatif avec une réduction de ce score de 56 % dans le groupe rééducation thoraco-abdominale *versus* 13 % dans le groupe placebo. Cette étude doit faire envisager le traitement des ballonnements par la prise en charge musculaire associant le renforcement abdominal à une rééducation de la respiration, tout n'est peut-être pas dans l'hyperfermentation !?

✉ Anne-Laure TARRERIAS

* Ref : *Gastroentéropologie* 2015 - 4 - 148 (732-739)



NUTRITION - microbiote et TFI !

MICROBIOTE

Au début, il y a eu l'œuf puis la poule... ou l'inverse...qu'en savons-nous ?

Au début il y a eu l'alimentation puis le microbiote. Cela semble être certain, tout comme il est certain que l'alimentation est le plus important régulateur du microbiote, ce qui rend primordial l'alimentation équilibrée dès la première enfance jusqu'à 4 ans (rôle immuno régulateur et métabolique du microbiote).

Le lien est à présent prouvé entre une diminution de la biodiversité du microbiote faisant le lit d'une inflammation, celle-ci bloquant les récepteurs à l'insuline (insulinorésistance), menant à l'obésité. La dysbiose est la principale cause de sélection du clostridium difficile mais aussi indirectement de plusieurs pathologies (obésité, syndrome métabolique et insulino résistance, NASH, stéatose, côlon irritable et MICI).

La correction est possible de la dysbiose par l'alimentation, les pré-probiotiques, la transplantation fécale et la perte de poids. La prise d'antibiotiques dans la première enfance est à l'origine de la colonisation du microbiote par des souches multi résistantes (la France est le plus grand prescripteur d'antibiotiques...), menant à la dysbiose.

FODMAPS ET REGIMES

Encore un acronyme anglo-saxon... je vous laisse deviner ?

Fermentescibles - Oligosaccharides - Disaccharides - Monosaccharides - Polyols

Leur lien est avéré avec les TFI (ballonnements, douleurs, constance des selles). La diminution des FODMAPS améliore les

TFI. Ils sont contenus dans les légumes, les crudités, les céréales, les fruits, le lait et les sucreries. Les principaux étant - et cela ne surprendra personne - le gluten, le lactose et le fructose (sucre faiblement digéré responsable des TFI).

Ils sont incriminés lorsque le bilan étiologique est négatif
- Bio, RAST, Auto Ac Anti TG, SELLES, Test respiratoire (lactose), Echo
- Mais aussi gastro+ biopsie / colo+ biopsie.

Conséquence thérapeutique :

- régimes adaptés (diminution gluten, lactose, FODMAPS), ou
- traitement symptomatique médicamenteux.

METHODES ENDOSCOPIQUES BARIATRIQUES

Elles ont **au niveau de l'estomac** un effet uniquement sur l'obésité :

- sleeve gastroplastie endoscopique,
 - ballon intra gastrique,
 - aspiration gastrique,
- et **au niveau du grêle** un effet mixte sur l'obésité et l'insulino résistance (diabète II) :
- endobarrier,
 - anastomose endoscopique sur le grêle (2 opérateurs : endoscopie voie haute et iléoscopie voie basse),
 - destruction endoscopique de la muqueuse duodénale.

Au-delà de la papille = absence d'hyperglycémie post-prandiale. Effet bénéfique sur l'insulino résistance.

✉ Bernard GRUNBERG



LE MOT DU PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Cher(e) Ami(e) s, Chers Collègues

Au moment où vous lirez ces lignes, le bureau du CREGG aura changé avec un nouveau président (Dr Patrick DELASALLE) et un nouveau secrétaire général (Dr Guillaume BONNAUD).

Ce n'est pas un exercice obligé de vous dire les vifs remerciements adressés à l'ancien président le Dr Jean-Christophe LÉTARD et l'ancienne secrétaire générale le Dr Vianna COSTIL. Après leur mandat, le CREGG est plus reconnu, respecté et représente parfaitement l'hépto-gastroentérologie française libérale dans sa richesse et sa diversité.

Que va faire le nouveau bureau ?

1- Poursuite et renforcement de l'existant. La continuité est assurée par le Dr Jean-Pierre DALBIÈS trésorier, quel que soit notre engagement, une gestion financière précise permettra d'élargir notre action qu'il soit ici remercié pour sa rigueur. Jerry PICHOT directeur opérationnel efficace nous évite le travail ingrat mais indispensable de l'organisation et des contacts, Jerry tu ne vas pas chaumer... Je ne vais pas vous énumérer de nouvelles actions du CREGG décrites par Jean-Christophe elles seront poursuivies et renforcées FORUM, FICHES, ENQUETES...

Une mention particulière pour le **dépistage et la prévention du cancer du côlon**. Nous vous inviterons régulièrement à participer à l'observatoire www.observatoire-coloscopie.fr. Cet observatoire permet d'effectuer en partie votre DPC, évite de trouver un faux prétexte à un dépistage individuel qui est régulièrement demandé par certains patients, rentre dans un cadre légal et nous permettra d'avoir une évaluation française de cette démarche. Le Dr JC LÉTARD restera le maître d'œuvre de ce travail important pour le CREGG. Le CREGG avec tout le bureau et le Dr Eric VAILLANT s'implique entièrement dans la semaine de prévention du cancer colorectal Colon Days www.colon-days.fr.

2-Compagnonnage

La CREGG à une longue **tradition de compagnonnage**, votre serviteur ne ferait pas de **proctologie chirurgicale** si la commission proctologie du CREGG n'avait pas complété sa formation en début d'installation. Nous laisserons le Dr Thierry HIGUERO le soin de poursuivre les stages si enrichissants en France ou à l'étranger.

Nous avons constaté la formation insuffisante en endoscopie de nos jeunes collègues en début d'exercice, le Dr Christian BOUSTIÈRE, avec d'autres collègues, pratiquent de depuis des années le **compagnonnage endoscopique avec le GELID**, nous allons mettre en place des stages pratiques dans des établissements privés avec un cahier des charges de formation et une évaluation. La nouvelle maquette de formation des internes en gastro-entérologie rend cette démarche indispensable afin de garder un niveau d'expertise endoscopique moyen élevé en France.

Nous avons le même constat avec **l'échographie abdominale**, ce prolongement de la main du gastroentérologue doit être enseigné à tous les hépto-gastroentérologues libéraux, nous devons mettre en place un compagnonnage d'échographie.

3-Recherche & développement

Dans le monde de l'industrie, la R&D est indispensable à la pérennité de l'entreprise, finalement, c'est la même chose pour la médecine ! Pour nous même ce sont nos formations congrès, compagnonnage, FORUM du CREGG <http://www.cregg.org/site/le-cregg/forums>, les WebConf d'hépatologie, la minute Hepato www.cregg.org/site/hepatologie mise en place par le Dr Bertrand HANSLIK. Nous allons élargir à d'autres composantes de notre spécialité MICI etc...

Nous allons mettre en place au sein du CREGG une structure de recherche clinique avec CRO, statisticien, rédacteur médical car la publication scientifique va devenir très valorisante pour les praticiens libéraux

mais nous devons pouvoir nous épauler sur une structure en soutien.

Trois études cliniques, soutenues par le CREGG, seront lancées en 2017 sur la **préparation colique, la santé connectée et la vidéo capsule du grêle**. Pour la cohorte de patients VHC traités, nous dépassons les 1 000 patients et nous vous demandons sur le site du WebStaf de nous donner les résultats du traitement, les rares effets secondaires et l'apparition éventuelle de CHC.

4-Création et modification des commissions

Nous devons nous adapter en permanence à l'évolution de notre profession, la commission informatique va évoluer vers la **commission e-santé**, nous allons recréer la **commission exploration fonctionnelle**. La **commission thérapies complémentaires et pratiques innovantes** va se poursuivre, le CREGG prouve son ouverture mais restera vigilant sur les preuves de validité de ces nouvelles thérapies, il en va de la réputation du monde libéral. Cette énumération n'est pas exhaustive, la limite est votre capacité d'implication. Et pourquoi pas une **commission jeune gastro** ?

5-Think Tank

Un Think tank (mot anglais), est un groupe de réflexion ou laboratoire d'idées (en français) généralement une structure de droit privé, indépendante de l'État ou de toute autre puissance, en principe à but non lucratif, regroupant des experts.

Le CREGG est un formidable laboratoire d'idées et de promotion, il a formé de nombreux libéraux actuellement à des postes de responsabilité dans les différentes sociétés savantes. Pour vous donner un exemple, dans les statuts de l'AFEF le représentant des libéraux est nommé par le CREGG.

Nous devons débattre régulièrement des nouvelles problématiques, démographie en baisse, hyper spécialisation, nouvelle organisation des cabinets avec le numérique, des infirmières engagées par nos cabinets, nouvelles molécules (Immunothérapie des cancers, VHC, MICI, grêle court, TFI ...), nouveaux dispositifs (capsule colique, radiofréquence, transplantation fécale, traitement endoscopique de l'obésité, intelligence artificielle, ...) informer nos collègues libéraux et hospitaliers et transmettre ces idées à notre syndicat (SYNMAD <http://www.synmad.com>) en charge de valoriser financièrement les nouvelles techniques.

Il est temps de connaître l'état des lieux de la gastroentérologie libérale, je vous propose un « livre blanc » avec la démographie par région, le mode d'exercice, les revenus, des enquêtes de pratique, un annuaire libéral des techniques spécialisées.

Ne restez pas isolés, rejoignez nous !
www.cregg.org

✉ Patrick DELASALLE
Président du CREGG (2016-2018)

✉ Guillaume BONNAUD
Secrétaire Général

LE BUREAU

Président

Patrick DELASALLE
25 Avenue Chiris 06130 GRASSE
Tél : 04 93 40 40 33 - Fax : 04 93 40 81 37
delasalle.p@gmail.com

Trésorier

Pierre-Adrien DALBIÈS
2 Boulevard Maréchal Leclerc
34500 BÉZIERS
Tél. 04 67 31 79 89 - Fax. 04 67 31 79 51
pierredalbies@orange.fr

Secrétaire Général

Guillaume BONNAUD
Clinique Ambroise Paré
387 Route de St Simon 31082 TOULOUSE
Tél : 05 61 50 16 91 - Fax : 05 61 50 18 10
hepavie@free.fr

LES COMMISSIONS

Prévention des Cancers par Endoscopie

Éric VAILLANT (Marcq-en-Baroeul)
Vaillant-e@orange.fr

Internationale

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

Endoscopie et Echoendoscopie

Arthur LAQUIÈRE (Marseille)
alaquiere@gmail.com

E-santé

Guillaume BONNAUD (Toulouse)
hepavie@free.fr

Gestion - Fiscalité - Retraite

Jean-Luc FRIGUET (Saint Grégoire)
jl-friguete@wanadoo.fr

Hépatologie

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

Imagerie

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

MICI

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

Motricité et Nutrition

Vianna COSTIL (Paris-la-Défense)
vianna@costil.fr

Proctologie

Thierry HIGUERO (Beausoleil)
docteur@higuero-gastro.com

Recherche et Développement

Jean-Christophe LÉTARD (Poitiers)
Jean-christophe.letard@wanadoo.fr

Thérapies complémentaires et pratiques innovantes

Fernand VICARI (Nancy)
fernand.vicari@gmail.com

Vidécapsule

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

David BERNARDINI, Christian BOUSTIÈRE, Philippe BULOIS, Jean-Marc CANARD, Denis CONSTANTINI, Vianna COSTIL, Pierre COULOM, Franck DEVULDER, Béatrice DUPIN NIZARD, Patrick FAURE, Jean-Luc FRIGUET, Thierry HELBERT, Philippe HOUCHE, Jean LAPUELLE, Jean-Christophe LÉTARD Patrick LÉVY, Laurent PALAZZO, Patrice PIENKOWSKI, Anne-Laure TARRERIAS, Eric VAILLANT

Secrétariat du CREGG :
secretariat@cregg.org

Site internet : www.cregg.org

ANNONCE SUCCESSION :

CABINET DE GROUPE DANS MAISON MÉDICALE SPÉCIALISÉE
CHERCHE SUCCESSION HGE-ENDOSCOPIE INTERVENTIONNELLE
SITUÉ DANS LA MÉTROPOLE LILLOISE
TEL : 03-20-55-45-33

Améliorer l'acceptabilité et la qualité de la préparation colique pour coloscopie par une application Smartphones, tablettes nommée « MaColo »



Grâce à l'endoscopie digestive, votre gastro-entérologue peut observer votre côlon, retirer des polypes et déceler d'éventuelles lésions cancéreuses.

L'étape fondamentale pour réaliser cet examen dans les meilleures conditions possibles, reste la qualité de la préparation.



L'application "MaColo" a été créée pour vous aider à respecter ce protocole de préparation personnalisé.

L'intérêt de ce type d'application a été démontré pour améliorer la propreté du colon dans de nombreux pays.

Elle vous accompagne dans le parcours jusqu'à la coloscopie, elle répond à toutes vos questions et vous aide au delà, notamment dans l'éventualité d'une reprogrammation d'un examen de dépistage du cancer colorectal.

Une application intelligente qui s'adapte à la prescription du médecin, aux recommandations et à l'organisation de l'établissement de santé.

APP PAYANTE : 1,99 €



Pour télécharger l'application Ma Colo :
Tapez « Macolo » dans la barre de recherche de votre store ou flashez ce QRCode et pour tout autre renseignement :
www.macolo.fr

AGENDA 2017

Du 7 au 14 mars
Colon Days - 9^{ème} opération de prévention et de dépistage du cancer du côlon

23 au 26 mars
Journées Francophones d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Oncologie Digestive (Paris)

6 au 9 mai
DDW (Chicago)

Directeur de la publication : P. DELASALLE
Directeur de la rédaction : Ph. HOUCHE
Secrétaire de la publication : Céline HUGOT
Comité de la Rédaction : G. BONNAUD, Vianna COSTIL, P-A. DALBIÈS, P. DELASALLE, Ph. HOUCHE, J-C. LÉTARD

Ont participé à ce numéro :
G. BONNAUD, Vianna COSTIL, P. COULOM, P. DELASALLE, F GONZALEZ, B GRUNBERG, J-C LÉTARD, P PIENKOWSKI, Anne-Laure TARRERIAS

Photos : G. BONNAUD, P. COULOM
Conception & Impression : IMPRIMERIE HANOCQ - T. 03 21 03 04 38
Edition : LES EDITIONS DU CREGG