POST'U JUNIOR

FMC-HGE

Association Française
de Formation Continue
en Hépato-Gastro-Entérologie

CONGRÈS EUROPÉENS 2018

POST'U JUNIOR

FMC-HGE

Association Française
de Formation Continue
en Hépato-Gastro-Entérologie

Comité de Rédaction :

Rédacteur en Chef :
Christian BOUSTIÈRE

Membres :
Robert BENAMOUZIG, Jean Frederic BLANC, Franck CARBONNEL, Benoît COFFIN, Denis CONSTANTINI, Pierre COULOM, Laetitia DUHAN, Béatrice DUPIN, Patrick FAURE, Thierry HELBERT, René LAUGIER, Gilles MACAIGNE, Jean-Baptiste NOUSBAUM, Denis OUZAN, Laurent PALAZZO, Isabelle ROSA, Christine SILVAIN, Anne-Laure TARDIVIAS

Secrétariat : Pascale ROUVIÈRE – fmcgastro@wanadoo.fr – www.fmcgastro.org

© Association Française de Formation Médicale Continue en Hépato-Gastro-Entérologie 2018

Droits de reproduction réservés pour tous pays.

ISBN : 978-2-9548304-3-8

FMC HGE

ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE
DE FORMATION CONTINUE
EN HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Éditorial

La FMC HGE a pour mission de développer la formation médicale continue en hépato-gastroentérologie en lien avec l'ensemble des sociétés savantes impliquées. Notre discipline est vaste et a la chance de disposer d'informations nouvelles régulières. Ces informations sont diffusées lors d'importants congrès scientifiques nationaux ou internationaux. Aussi, la FMC HGE soutient pour la 6e année consécutive un travail de collecte d'informations mené par de jeunes collègues, hospitaliers ou libéraux, qui rapportent les sessions les plus intéressantes de ces différents congrès. L'UEGW, EASL ou la colo-proctologie ont ainsi été « visités ». L'information recueillie est diffusée à la fois immédiatement par voie électronique grâce à des *push mail* mais aussi sous forme papier pour une lecture ultérieure consolidée. Il s'agit d'un apport pour tous, mais aussi d'une action de la FMC HGE pour sensibiliser les plus jeunes à l'intérêt de ce travail.

Ce travail, réalisé en toute indépendance scientifique, est une fierté pour notre institution. Il ne pourrait avoir lieu sans l'aide de collègues plus expérimentés qui aident et encadrent bénévolement les plus jeunes. Qu'ils en soient ici remerciés.

Bonne lecture à vous tous.

Robert BENAMOUZIG
Président

NOMS DES TUTEURS :

Isabelle ROSA, Christine SILVAIN, Denis OUZAN, Pierre COULOM, Robert BENAMOUZIG, Thierry HELBERT et Franck CARBONNEL

NOMS DES REPORTERS :

EASL (European Association for the Study of the Liver)
AMSTERDAM (Pays-Bas) **19** → **23** avril 2017
Maxime MALLET, Pierre BERLIOUX, Julie ANTIER

ESCP (European Society of Coloproctology)
BERLIN (Allemagne) **20** → **22** septembre 2017
Reda BOUDIAF

UEGW (United European Gastroenterology Week)
Barcelone (Espagne) **28** octobre → **1er** novembre 2017
Emmanuel GIZARD, Alban BENEZECH, Mathilde CALAMENT-DESCLÈVES, Hélène BLASCO-DERRIN, Carelle KOUDOUGOU, David DEUTSCH

SOMMAIRE

Éditorial — 3
Robert BENAMOUZIG

53E CONGRÈS EUROPÉEN EASL (European Association for the Study of the Liver) — 7
PARIS (France) **11** → **15** avril 2018
- **Hépatites virales**
- **Hépatopathies auto-immunes**
- **NAFLD / NASH**
- **Cirrhose**
- **Autres, alcool, carcinome hépatocellulaire**

13E CONGRÈS ESCP (European Society of Coloproctology) — 17
NICE (France) **26** → **28** septembre 2018
- **Proctologie**
- **MICI**
- **Endoscopie**
- **Endoscopie/cancer colo-rectal**

26E CONGRÈS UEGW (United European Gastrology Week) — 23
VIENNE (Autriche)
20 octobre → **24** octobre 2018
- **Gastro entérologie/microbiote**
- **Endoscopie**
- **MICI**
- **Cancérologie**
- **Hépatologie**

Programme des Journées nationales de Formation Médicale Continue en Hépato-Gastro-Entérologie 2018 — 42
Paris (France), **21** → **24** mars 2019

EASL

Hépatites virales

- L'évaluation non invasive de la fibrose (Fibroscan) après traitement de l'hépatite C ne permet pas de prédire la survenue du CHC au cours du suivi
- Les patients traités par Antiviraux Directs sont moins exposés aux cancers extra-hépatiques que ceux sous Interféron
- Myrcludex B et hépatite Delta : un traitement efficace et sûr

Hépatopathies auto-immunes

- Anticorps anti HIP1R : un nouvel anticorps pour le diagnostic de l'hépatite auto-immune
- L'association Budésonide/AUDC n'améliore pas les lésions histologiques des patients avec réponse incomplète à l'AUDC seul
- L'utilisation d'AUDC permet d'augmenter la survie sans transplantation hépatique même en cas d'absence de réponse au traitement
- Le BEZAFIBRATE réduit la mortalité chez les malades avec CBP selon le UK-PBC et Global PBC score
- Le TROPIFEXOR semble prometteur dans la prise en charge de la CBP avec réponse insuffisante à l'AUDC
- Le VEDOLIZUMAB n'a pas d'intérêt pour le traitement de la CSP chez les malades avec CSP associée à une MICI
- Une molécule prometteuse pour réduire les lésions de fibrose dans la cholangite sclérosante primitive

NAFLD / NASH

- Éducation thérapeutique par internet dans la NAFLD : ça marche
- Les antiagrégants plaquettaires réduiraient la survenue de la fibrose dans la NAFLD/NASH

Cirrhose

- Cirrhose et infection à BMR (bactérie multi-résistante) dans le monde
- L'administration d'albumine permet d'améliorer la survie et diminue les hospitalisations des patients cirrhotiques avec ascite réfractaire
- Une antibiothérapie continue est plus efficace chez les patients cirrhotiques avec bactériémie
- Une efficacité imparfaite de la prophylaxie de l'infection spontanée d'ascite... même en prévention secondaire

Autres, alcool, carcinome hépatocellulaire

- L'association SORAFENIB et Chimioembolisation améliore le taux de réponse tumorale et la survie sans progression dans le CHC avancé... mais pas la survie globale
- Le Baclofène pour diminuer la consommation d'alcool chez les patients dépendants

Hépatites virales

L'évaluation non invasive de la fibrose (Fibroscan) après traitement de l'hépatite C ne permet pas de prédire la survenue du CHC au cours du suivi

Position du problème

Le risque de développer un CHC persiste chez les malades avec hépatopathie chronique post-virale C, même après éradication du virus et Réponse Virologique Soutenue (RVS). L'objectif de cette étude est d'évaluer de façon prospective si l'évolution de la fibrose hépatique par mesure non invasive (Fibroscan) après RVS pourrait être un facteur prédictif indépendant de survenue du CHC.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective française ayant inclus 908 patients avec hépatite C chronique traités par antiviraux directs et avec RVS entre 2008 et 2016. Les patients n'avaient pas d'antécédent de CHC. L'élasticité hépatique par Fibroscan était mesurée avant, puis au moins une fois après traitement (12 à 48 semaines post RVS) et on calculait la variation d'élasticité (Delta Elasticité). Le CHC était dépisté de façon semestrielle. Une élasticité supérieure à 12.5 kPa définissait la cirrhose.

Résultat

828 malades sont analysés, 40 % étaient cirrhotiques. L'élasticité médiane à inclusion était de 10.6 kPa. L'élasticité médiane post traitement était de 8.5 kpa. L'élasticité médiane était de 7 kPa en fin de suivi. Le delta-Elasticité médian était de - 3.6 kPa avec un suivi de 6 mois. 22 patients ont développé un CHC. En analyse multivariée, l'élasticité hépatique à inclusion est associée à la survenue du CHC mais la variation de l'élasticité au cours du suivi n'est pas associée à la survenue du CHC.

Conclusion

L'élasticité hépatique évaluée par Fibroscan diminue au cours du traitement et après RVS chez les malades traitées pour hépatite C chronique mais l'évolution des valeurs de Fibroscan (DeltaElasticité) n'est pas associée à la survenue du CHC et ne doit donc pas être utilisée pour évaluer sa survenue chez les malades au cours du suivi.

Auteur : **S.Shili**
Haut Leveque Hospital CHU Bordeaux, France
- Post-treatment liver stiffness measurement is not useful to predict hepatocellular carcinoma in HCV patients who achieve SVR.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Les patients traités par Antiviraux Directs sont moins exposés aux cancers extra-hépatiques que ceux sous Interféron

Position du problème

L'hépatite C est associée à la survenue de certains cancers extra-hépatiques. Les Antiviraux directs (AAD) sont efficaces et bien tolérés en comparaison aux anciennes combinaisons avec interféron (INF), qui avait un effet anti tumoral propre, mais une RVS faible. L'objectif de l'étude est d'évaluer le risque de survenue de cancer extra hépatique chez les patients traités par DAA en comparaison à ceux ayant reçu de l'Interféron.

Méthode

Cette étude a exploité les bases de données administratives américaines concernant les patients avec VHC sans antécédent de cancer. 10 989 patients traités par INF avant mai 2011 et suivis jusqu'en 2013 et 22 894 patients ayant reçu des AAD à partir de 2013 ont été inclus. La survenue des cancers extra-hépatiques, basée sur le code informatique de la pathologie, a été recueillie, afin de calculer le risque estimé de cancer associé au traitement par antiviral direct ou par INF.

Résultat

Le suivi médian est de 2,6 ans pour les malades sous IFN et 1 an pour les malades sous AAD. Après ajustement sur les variables initiales, les patients sous AAD avaient un risque significativement plus faible de cancer extra hépatique comparé à ceux sous INF avec un HR = 0,86. Ces résultats concernaient les lymphomes NH, les cholangiocarcinomes, les cancers pulmonaires et prostatiques mais pas ceux du côlon, du sein ou de l'œsophage.

Conclusion

Dans cette étude, l'exposition aux AAD est associée à un risque plus faible de développer un cancer extra hépatique que pour les patients traités par INF. Ces données confirment un profil de sécurité rassurant, mais les méca_ nismes expliquant les différences entre les types de cancer restent incertains. La très faible durée de suivi (1 an pour les patients traités par AAD) doit en outre conduire à une grande prudence dans l'interprétation de ces résultats.

Auteur : **A. Chokkalingam**
Gilead Sciences, Epidemiology, Foster City, United States - Risk of total non-hepatic cancer following treatment for HCV infection with direct-acting antiviral agents.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Myrcludex B et hépatite Delta : un traitement efficace et sûr

Position du problème

10 à 20 millions de patients sont infectés par l'hépatite Delta. Le Myrcludex B a montré une diminution de l'ARN HDV chez des patients infectés dans une étude pilote de phase 2a. L'objectif de cette étude est d'évaluer la tolérance et l'efficacité de l'association Tenofovir et Myrcludex B après 24 semaines de traitement.

Méthode

120 patients avec une infection à HDV ont été inclus. Tous les patients recevaient du Tenofovir depuis au moins 12 semaines puis étaient randomisés dans 4 bras soit Tenofovir seul, soit en association avec Myrcludex B (à la dose de 2, 5 ou 10 mg), pendant 24 semaines puis suivait une période de 24 semaines de traitement par Tenofovir seul. Le critère de jugement principal était la diminution d'au moins 2log de la charge virale HDV.

Résultat

MyrB était très bien toléré. Aucun effet secondaire sévère n'a été rapporté. Les effets secondaires décrits n'ont conduit à aucun arrêt de traitement et n'étaient pas dose dépendant. Il existait une augmentation des acides biliaires sans conséquence clinique. Une diminution d'au moins 2log de la charge virale était obtenue entre 46 et 76 % des patients *vs* 3 % pour le groupe placebo. À la semaine 12 du suivi, la charge virale réaugmentait chez 60 à 80 % des patients (restait < à celle d'inclusion).

Conclusion

Myrcludex B est bien toléré et sans risque chez les patients HDV traités par Tenofovir. Ce traitement est efficace puisqu'il permet une diminution de la charge virale et une amélioration de l'élastométrie. La durée de traitement et la possibilité d'association à d'autres traitements reste à déterminer. Un traitement de plus de 24 semaines semble nécessaire.

Auteur : **Heiner Wedemeyer**
Germany - Final results of a multicenter, open-label phase 2b clinical trial to assess safety and efficacy of Myrcludex B in combination with Tenofovir in patients with chronic HBV/HDV co-infection.

Rédacteur : **Julia Roux**
Créteil

Hépatopathies auto-immunes

Anticorps anti HIP1R : un nouvel anticorps pour le diagnostic de l'hépatite auto-immune

Position du problème

Les anticorps conventionnels (FAN, LKM1, AML et SLA) ont une faible sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'hépatite auto-immune mais restent la référence. L'objectif de cette étude est d'étudier de nouveaux auto-anticorps afin d'améliorer la performance diagnostique.

Méthode

Les anticorps anti HIP1R (Huntingtin-interacting protein 1-related protein) ont été retrouvés dans le sérum de patients avec hépatite auto-immune. Les anticorps anti HIP1R ont été comparés aux anticorps conventionnels dans 3 cohortes rétrospectives de patients avec et sans hépatite auto-immune. Au total, 208 échantillons de sérum de patients avec hépatite auto-immune (traités et non traités), 350 avec une autre maladie hépatique et 48 sérums de patients sains ont été analysés.

Résultat

Les patients avec hépatite auto-immune non traitée avaient un taux plus important d'anticorps anti HIP1R comparé à ceux avec une autre maladie hépatique ou les patients sains. Un seuil a été calculé (52,7) et a montré une meilleure sensibilité et spécificité que les anticorps conventionnels pour le diagnostic d'hépatite auto-immune non traité. Ces anticorps ont été retrouvés chez 85 % des patients avec hépatite auto-immune non traitée et chez qui les anticorps conventionnels étaient négatifs.

Conclusion

Les anticorps anti HIP1R semblent être supérieurs aux anticorps conventionnels pour le diagnostic d'hépatite auto-immune. De plus, leur dosage est plus simple puisqu'il s'agit d'un dosage ELISA et non une titration comme pour les autres auto-anticorps.

Auteur : **Richard Taubert**
Hannover - Autoantibodies against Huntingtin-interacting protein 1-related protein are superior to conventinal autoantibodies in diagnosing autoimmune hepatitis in adults.

Rédacteur : **Julia Roux**
Créteil

L'association Budésonide/AUDC n'améliore pas les lésions histologiques des patients avec réponse incomplète à l'AUDC seul

Position du problème

Chez les patients avec CBP, la non réponse à l'AUDC selon les critères de PARIS est associée à une évolution péjorative et au développement plus précoce de lésions inflammatoires et de fibrose. Le BUDESONIDE est un corticoïde avec faible passage systémique utilisé dans l'Hépatite Auto Immune sans cirrhose. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité du BUDESONIDE associé à l'AUDC chez les patients à risque de progression histologique du fait d'une réponse incomplète.

Méthode

Étude clinique multicentrique randomisée contre placebo, en double aveugle. Les critères d'inclusion étaient une biopsie compatible avec une CBP sans cirrhose et des lésions inflammatoires et une réponse insuffisante à l'AUDC. Ils étaient randomisés dans un bras BUD 9 mg/j + AUDC ou PLACEBO + AUDC. Le critère de jugement principal était la réponse histologique définie comme l'amélioration de l'inflammation selon le score ISHAK (< 3points) et l'absence de progression de la fibrose.

Résultat

62 patients ont été inclus (40 BUD et 22 placebo). La durée médiane de traitement est de 25,3 mois. Le critère de jugement principal n'est pas atteint avec une amélioration non significative des lésions histologiques dans le groupe BUD (42 % *vs* 30 %, p = 0.225). Le pourcentage des patients qui atteignent les critères de réponse biochimique au traitement est supérieur dans le groupe BUD (45 % *vs* 18 % à 24 mois, p = 0.021). Il n'y a pas plus d'effets indésirables graves dans le groupe BUD (25 *vs* 32 %).

Conclusion

Le traitement associant BUDESONIDE + AUDC n'a pas permis de mettre en évidence une amélioration significative des lésions histologiques, malgré une réponse biochimique au traitement supérieure dans le groupe BUDESONIDE.

Auteur : **G. Hirschfield**
NIHR Biomedical Research Centre, Centre for Liver Research, University of Birmingham - Results of a randomised controlled trial of budesonide add-on therapy in patients with primary biliary cholangitis and an incomplete response to ursodeoxycholic acid.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

L'utilisation d'AUDC permet d'augmenter la survie sans transplantation hépatique même en cas d'absence de réponse au traitement

Position du problème

Le traitement par AUDC a montré une amélioration de la survie sans transplantation des patients ayant une cholangite biliaire primitive. L'efficacité de ce traitement est évaluée par l'amélioration des phosphatases alcalines (PAL) et/ou de la bilirubine. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de ce traitement sur la survie sans transplantation, chez les patients non répondeurs après un an de traitement.

Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte, internationale. L'association d'un traitement par AUDC chez les patients avec cholangite biliaire primitive et la survie sans transplantation hépatique étaient étudiées.

Résultat

3 902 patients ont été inclus. Sur la cohorte totale, l'utilisation d'AUDC a montré une amélioration en terme de mortalité et de transplantation hépatique par rapport à l'absence de traitement. 624 patients n'ont pas amélioré leur taux de PAL à un an de traitement. Dans ce sous-groupe, l'utilisation d'AUDC a montré une augmentation de la survie sans transplantation hépatique. 1 484 patients n'ont pas amélioré leur taux de bilirubine. Les résultats étaient similaires pour ce sous-groupe.

Conclusion

Le traitement par AUDC est indépendamment associé à une augmentation de la survie sans transplantation hépatique même chez les patients n'ayant pas de réponse biochimique à un an de traitement (PAL ou bilirubine).

Auteur : **Maren Harms**
Rotterdam - Ursodeoxycholic acid treatment is associated with prolonged transplant-free survival in primary biliary cholangitis - even in patients without biochemical improvements.

Rédacteur : **Julia Roux**
Créteil

Le BEZAFIBRATE réduit la mortalité chez les malades avec CBP selon le UK-PBC et Global PBC score

Position du problème

Le BEZAFIBRATE (BZF) a prouvé son efficacité dans la cholangite biliaire primitive chez les malades avec réponse insuffisante à l'AUDC avec un suivi à 24 mois, mais le suivi court ne permet pas d'apporter de données de morbi-mortalité. Les scores pronostiques UK-PBC et Global PBC sont validés pour prédire le devenir évolutif des malades traités par AUDC. L'objectif de cette étude est d'évaluer le devenir des malades traités par BEZAFIBRATE par l'application de ces scores pronostiques.

Méthode

100 patients avec réponse insuffisante à AUDC ont été randomisés soit dans un bras BZF + AUDC soit BZF + placebo, puis suivis pendant 24 mois. Les données cliniques et biologiques à M0, M12 et M24 étaient recueillies, permettant le calcul des scores UK-PBC (prédiction du risque de transplantation et de mortalité toute cause) et Global PBC (risque de transplantation et mortalité de cause hépatique) prédisant ces évènements à 5, 10 et 15 ans.

Résultat

Le score UK-CBP prédit dans cette étude une évolution médiane du risque d'évènement (décès ou transplantation) par rapport à M0 de - 34.5 % dans le groupe BZF *vs* + 25.4 % dans le groupe placebo à 5, 10 ou 15 ans. Les valeurs pour le score Global PBC étaient de - 41.3 % dans le groupe BZF *vs* + 15.4 % dans le groupe placebo (p < 0.0001) après 12 mois de traitement. Les résultats étaient similaires à 24 mois de traitement.

Conclusion

Cette étude issue de l'étude Bezurso montre que chez les patients ayant une CBP ne répondant pas à l'AUDC, le BZF en combinaison à l'AUDC est associé à une diminution significative du risque estimé de décès ou de transplantation à 5, 10 ou 15 ans selon les scores UK-PBC ou Global-PBC.

Auteur : **C. Corpechot**
Saint-Antoine Hospital, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Reference Center for Inflammatory Biliary Diseases and Autoimmune Hepatitis, Paris, France - Estimated risk reduction of mortality and transplantation with bezafibrate in patients with PBC and inadequate response to UDCA: application of the UK-PBC and Global PBC risk scores to the BEZURSO trial.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Le TROPIFEXOR semble prometteur dans la prise en charge de la CBP avec réponse insuffisante à l'AUDC

Position du problème

L'AUDC est le traitement de référence en première ligne dans la CBP et son alternative en cas de non-réponse, l'acide obéticholique permet une réponse biochimique chez environ 50 % des malades avec un risque important de prurit. Le TROPIFEXOR est un acide non biliaire agoniste FXR ayant montré une efficacité chez la souris dans un modèle induit de CBP. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité et la sécurité du TROPIFEXOR dans la CBP chez l'homme.

Méthode

Il s'agit de résultats intermédiaires d'une étude prospective de phase 2 en 2 parties, en double aveugle, contrôlée contre placebo. La 1re partie correspond à 3 cohortes de 15p recevant soit du placebo, soit du TROPIFEXOR 30, 60 ou 90µg avec une analyse intermédiaire à J84. Le critère principal était la modification des GGT (préférées aux PAL car non inductibles par le FXR). Les malades étaient sous AUDC et avaient des PAL > 1,67N. Les données de tolérance étaient également recueillies.

Résultat

Les groupes étaient comparables sur les données biochimiques à inclusion. Les patients avec TROPIFEXOR avaient une diminution significativement plus importante, dose dépendante, des GGT en comparaison au placebo (-70 % *vs* -15 % pour le groupe 90µ). La baisse des ALAT et PAL était également plus importante dans le groupe TROPIFEXOR, mais sans relation de dose. Aucun effet indésirable grave et aucun arrêt du traitement pour cause de prurit invalidant.

Conclusion

Le TROPIFEXOR a atteint le critère de jugement principal de l'étude en abaissant significativement les GGT en comparaison au placebo dans cette analyse intermédiaire prévue a priori. Si le TROPIFEXOR confirme ces résultats encourageants au terme de l'analyse finale il pourrait bien trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique de la CBP chez les malades avec réponse insuffisante à l'AUDC.

Auteur : **Christoph SCHRAMM**

Germany - Early assessment of safety and efficacy of tropifexor, a potent non bile-acid FXR agonist, in patients with primary biliary cholangitis: an interim analysis of an ongoing Phase 2 study.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Le VEDOLIZUMAB n'a pas d'intérêt pour le traitement de la CSP chez les malades avec CSP associée à une MICI

Position du problème

Le VEDOLIZUMAB est un anticorps monoclonal anti intégrine qui a fait preuve de son efficacité dans les maladies inflammatoires intestinales (MICI). Son mécanisme d'action laisse penser qu'il pourrait avoir un effet propre dans la course évolutive de la Cholangite Sclérosante primitive (CSP) associée aux MICI. L'objectif de l'essai est d'étudier le profil évolutif des malades avec MICI/CSP traités par VEDOLIZUMAB.

Méthode

Étude rétrospective multicentrique internationale sous la forme d'un audit après de l'IPSCSG ayant collecté les données cliniques, biologiques, endoscopiques pour les patients traités par VEDOLIZUMAB et suivis pour une MICI avec CSP. Les données étaient recueillies pour J0, J42 puis à la fin du suivi. Les patients pouvaient être traités par AUCD de façon concomitante et avoir reçu des anti-TNFa.

Résultat

60 patients suivis en moyenne 363 jours dans 11 centres. 90 % de CBP classique, 3 % avec chevauchement avec HAI, 25 % de cirrhotiques. 66 % avaient une RCH. La réponse endoscopique est présente chez 56 % et ces patients avaient une décroissance des Phosphatases Alcalines plus importante que les non répondeurs (Non Significatif). Par contre, une tendance à l'augmentation des ALAT et ASAT a été mise en évidence.

Conclusion

Le VEDOLIZUMAB n'a donc pas d'efficacité significative dans le traitement spécifique de la CSP et l'évolution biochimique semble liée à l'évolution naturelle de la CSP. Les résultats sont un peu meilleurs (diminution des Pal non significative) chez les malades avec réponse endoscopique, mais cela ne justifie pas d'utilisation privilégiée du VEDOLIZUMAB en cas de CSP associée aux MICI à l'heure actuelle.

Auteur : **K. Williamson**

University of Oxford, Translational Gastroenterology Unit, Oxford, United Kingdom - International experience of vedolizumab in primary sclerosis cholangitis and inflammatory bowel disease.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Une molécule prometteuse pour réduire les lésions de fibrose dans la cholangite sclérosante primitive

Position du problème

La cholangite sclérosante primitive (CSP) est une atteinte inflammatoire sténosante des voies biliaires, rare mais grave pour laquelle aucun traitement spécifique efficace n'est disponible. Le FGF19 appartient aux facteurs de croissance fibroblastiques impliqués dans la physiopathologie de la CSP. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité et sécurité du NGM282, nouvelle molécule ciblant la voie du FGF19, dans le traitement de la CSP.

Méthode

Étude clinique de phase II randomisée en double aveugle contre placebo avec 3 bras : placebo, NGM282 1 mg et 3 mg en sous-cutané. Le diagnostic de CSP reposait sur les critères de l'EASL. Le critère principal d'efficacité était la baisse des PAL à la semaine 42. Ont également été recueillis les valeurs d'ASAT, ALAT, le score ELF, les taux de C4, les taux d'acides biliaires et de pro-C3 (marqueur de fibrogénèse). Enfin les données de sécurité étaient recueillies.

Résultat

62 patients ont été inclus dans 27 centres, âge médian de 40 ans, 55 % avaient une MICI. Aucune amélioration significative des taux de PAL, GGT ou bilirubine n'a été mise en évidence quelle que soit la dose. L'étude a montré une baisse significative et dose dépendante des taux de C4, d'acides biliaires plasmatiques, de transaminases mais surtout du pro-C3 et du score ELF. Un seul effet indésirable grave a été rapporté comme lié au traitement (occlusion).

Conclusion

Les résultats sur le critère de jugement principal sont donc négatifs, le NGM282 n'améliore pas le taux de PAL dans la CSP. Mais il semble influer sur les mécanismes de fibrose et réduit la cytolyse. Des essais complémentaires sont nécessaires pour voir s'il pourrait à l'avenir trouver une place dans le traitement de la CSP.

NGM282, an engineered analogue of FGF19, significantly improves markers of bile acid synthesis, hepatic injury and fibrosis in PSC patients: Results of a phase 2, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial - Gideon HIRSCHFIELD, United Kingdom.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

NAFLD / NASH

Éducation thérapeutique par internet dans la NAFLD : ça marche

Position du problème

Les règles hygiéno-diététiques et l'éducation thérapeutique sont la pierre angulaire du traitement de la NAFLD. Elle sont souvent difficiles à mettre en place tant pour le patient que pour les unités cliniques (manque de personnel, temps, motivation, coût, distance..). Cette étude a évalué l'intérêt d'un programme d'éducation thérapeutique basé sur une plateforme informatisée disponible sur internet en comparaison au programme classique d'éducation.

Méthode

Étude monocentrique italienne. Les patients avec NAFLD se voyaient proposer une éducation multidisciplinaire en groupe, à l'hôpital. Pour ceux refusant de participer pour des raisons logistiques, une plateforme-web avec connexion personnalisée a été créée avec différents modules éducatifs. Les marqueurs de fibrose ont été recueillis. Le critère principal était une perte de poids de > 10 % à la fin du suivi de 6 mois. Tous les patients bénéficiaient de consultations de suivi clinique.

Résultat

716 p inclus dont 278 dans le programme « web ». Les patients « web » étaient plus souvent jeunes, non citadins et de bon niveau social. Le critère principal était atteint chez 12 % des malades « web » *vs* 15 % des malades conventionnels sans différence significative. Une normalisation des ALAT était observée plus fréquemment dans le groupe « web » et la perte de poids était plus importante. En revanche il y a plus d'abandon du programme dans le groupe « web ».

Conclusion

Cette étude montre l'efficacité d'un programme d'éducation à distance comparé à un programme d'éducation thérapeutique classique plus chronophage et contraignant. Cette étude doit encourager le développement de tels supports pour répondre aux contraintes de malades sélectionnés, jeunes et actifs professionnellement.

Auteur : **A. Mazzotti**

Malpighi Hospital, Dpt. Medical & Surgical Sciences, "Alma Mater" University, Bologna, Italy - Web-based counseling for NAFLD. Final results.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Les antiagrégants plaquettaires réduiraient la survenue de la fibrose dans la NAFLD/NASH

Position du problème

NAFDL/NASH et maladies cardiovasculaires sont étroitement liées et les antiagrégrants plaquettaires (AAP) sont fréquemment prescrits dans cette population de patients. Plusieurs études animales ont évoqué le rôle des plaquettes dans le mécanisme d'inflammation menant à la fibrose hépatique. L'objectif de ce travail est d'évaluer s'il existe une association entre traitement par AAP et survenue de la fibrose hépatique dans une population de patients avec maladies cardiovasculaires.

Méthode

Étude de cohorte monocentrique prospective allemande ayant inclus des patients hospitalisés pour coronarographie. La consommation d'AAP à l'inclusion était collectée. Tous les patients avaient une évaluation de fibrose hépatique par Fibroscan (fibrose définie par une valeur > 7,9 kPa). Un modèle de régression logistique a permis aux auteurs d'évaluer l'association entre AAP et fibrose dans cette population.

Résultat

Sur les 505 p inclus, 337 recevaient des AAP. 137 avaient une fibrose significative définie par Fibroscan. Les patients avec fibrose avaient des transaminases et une GGT significativement plus élevée à inclusion. En analyse multivariée, un traitement par AAP était inversement associé à l'existence d'une fibrose de façon significative avec un OR à 0,70.

Conclusion

Cet essai suggère une association protectrice intéressante entre AAP et survenue d'une fibrose hépatique. Même si les bases physiopathologiques sont pertinentes, le *design* ne permet pas d'exclure une association fortuite. Un essai contrôlé dédié, avec évaluation de la fibrose par biopsie, serait utile pour confirmer l'intérêt des AAP, pour prévenir la fibrose chez ces patients.

Auteur : **K. Schwarzkopf**

Department of Internal Medicine 1, J.W.Goethe-University Hospital, Frankfurt, Germany - Usage of antiplatelet agents is inversely associated with liver fibrosis in patients with cardiovascular disease.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**

Toulouse

Cirrhose

Cirrhose et infection à BMR (bactérie multi-résistante) dans le monde

Position du problème

La prévalence des infections à BMR chez les cirrhotiques augmente, limite l'efficacité des antibiotiques classiques et est responsable d'un surcroît de mortalité. L'objectif principal de ce travail est d'étudier l'épidémiologie et les conséquences des infections bactériennes ou fongiques résistantes chez les patients cirrhotiques hospitalisés.

Méthode

Les patients cirrhotiques hospitalisés et ayant une infection bactérienne ou fongique ont été inclus dans 46 centres à travers le monde. Les données démographiques, microbiologiques et les traitements reçus ont été recueillis au diagnostic et tout au long de l'hospitalisation. Ils ont été suivis jusqu'à leur transplantation, leur décès ou leur sortie. Les bactéries multi résistantes sont définies par l'existence d'une résistance à au moins deux classes d'antibiotiques.

Résultat

1 302 patients ont été inclus. L'infection d'ascite, urinaire ou pulmonaire était la plus fréquente. La prévalence globale de BMR était de 34 %. Les facteurs de risques indépendants d'infection à BMR étaient l'Asie, l'utilisation d'antibiotiques dans les 3 mois précédents, l'infection liée aux soins et le site de l'infection (cutanée, pulmonaire et urinaire). L'utilisation de norfloxacine n'était pas associée à ce risque. L'infection à BMR était associée à une surmortalité hospitalière.

Conclusion

Une meilleure connaissance de l'épidémiologie des infections bactériennes chez les patients cirrhotiques à travers le monde permet de développer des stratégies thérapeutiques différentes en fonction des pays et souligne l'importance de développer de nouveaux antibiotiques ciblant les infections à BMR. La connaissance des facteurs de risques permet également de limiter les infections à BMR et d'améliorer la survie de ces patients.

Auteur : **Salvatore Piano**

Padova - Epidemiology, predictors and outcomes of multi drug resistant bacterial infections in patients with cirrhosis across the world. Final results of the «Global study».

Rédacteur : **Julia Roux**

Créteil

L'administration d'albumine permet d'améliorer la survie et diminue les hospitalisations des patients cirrhotiques avec ascite réfractaire

Position du problème

L'ascite réfractaire est une pathologie grave puisqu'elle est associée à une probabilité de survie à 2 ans de 30 %. Par an, 5 à 10 % des patients avec ascite vont évoluer vers le développement d'une ascite réfractaire. L'objectif de cette étude est d'étudier l'effet sur les hospitalisations et la survie de l'administration au long cours d'albumine chez les patients avec cirrhose et ascite réfractaire.

Méthode

Il s'agit d'une étude monocentrique et prospective. 70 patients avec cirrhose et ascite réfractaire ont été inclus. 45 patients ont été inclus de façon non randomisée dans le groupe albumine (20g 2 fois par semaine). Tous les patients étaient traités en plus de façon conventionnelle (régime pauvre en sel, diurétiques, paracentèse itérative). Le critère de jugement principal était la survie à 24 mois. Les critères secondaires étaient l'hospitalisation et l'ascite récidivante.

Résultat

Les patients recevant de l'albumine au long cours avaient une meilleure survie que le groupe sans albumine. De même, le temps sans hospitalisation était plus long dans le groupe albumine et les hospitalisations pour encéphalopathie hépatique et infection étaient moins fréquentes que dans le groupe sans albumine.

Conclusion

Chez les patients avec cirrhose et ascite réfractaire, les perfusions d'albumine au long cours permettent de réduire la mortalité et les hospitalisations.

Auteur : **Marco Di Pascoli**

Padova - Long-term administration of human albumin reduces hospitalization and improves survival in patients with cirrhosis and refractory ascites.

Rédacteur : **Julia Roux**

Créteil

Une antibiothérapie continue est plus efficace chez les patients cirrhotiques avec bactériémie

Position du problème

Les bactériémies sont plus fréquentes chez les patients avec cirrhose avancée et sont associées à un taux de mortalité variant de 25 à 51 %. La concentration des antibiotiques est plus faible chez les patients cirrhotiques du fait du plus grand volume de distribution (ascite, œdème…) et de l'hypoalbuminémie. L'objectif de cette étude est de comparer le taux mortalité à 30 jours des patients recevant des bêtalactamines ou carbapénèmes en perfusion continue *vs* discontinue pour une bactériémie.

Méthode

Il s'agit d'une sous-étude de l'étude BICHROME, une étude observationnelle, prospective multicentrique de patients avec cirrhose et bactériémie, et recevant une antibiothérapie par bêtalactamines ou carbapénème en traitement empirique ou ciblé. Les patients étaient suivis pendant 30 jours après le diagnostic de bactériémie. La survie des patients et l'efficacité du traitement dans les 2 groupes ont été comparés.

Résultat

123 patients ont reçu des bêtalactamines ou carbapénèmes comme traitement empirique ou définitif et ont été analysés. À la fin du suivi, le traitement par perfusion continue d'antibiotique était associé à un taux plus faible de mortalité. En analyse multivariée, les perfusions continues d'antibiotiques étaient indépendamment associées à une diminution de la mortalité (HR = 0,34; p = 0,036). Les infections spontanées du liquide d'ascite était également un facteur de risque indépendant de mortalité.

Conclusion

La perfusion continue d'antibiotique (bêtalactamines ou carbapénème) chez les patients avec cirrhose hospitalisés pour bactériémie est associée à une meilleure survie et permet de raccourcir la durée d'hospitalisation chez ces patients.

Auteur : **Michele Bartoletti**

Bologne - Continuous infusion of beta-lactam antibiotics in cirrhotic patients with bloodstream infection: results from a prospective multicentre observational study.

Rédacteur : **Julia Roux**

Créteil

Une efficacité imparfaite de la prophylaxie de l'infection spontanée d'ascite… même en prévention secondaire

Position du problème

L'infection du liquide d'ascite (ISLA) est un tournant évolutif dans la maladie cirrhotique avec une mortalité importante. Si la prophylaxie secondaire est recommandée, la prophylaxie primaire reste controversée. L'objectif de ce travail est de comparer le profil évolutif à 30 jours des patients avec prophylaxie primaire ou secondaire de l'ISLA.

Méthode

C'est une étude prospective multicentrique américaine. Les patients cirrhotiques hospitalisés dans 14 centres étaient inclus dans la cohorte NACSELD. Les données clinico-biologiques de la cirrhose étaient recueillies de même que la consommation d'antibiotique en prévention primaire ou secondaire de l'ISLA. Les données de suivi étaient collectées prospectivement.

Résultat

305 p en prophylaxie primaire (1°) et 187 en secondaire (2°) appariés sur le MELD et l'albumine ont été inclus. Le groupe 2° avait plus d'hospitalisations dans les 6 mois avant l'admission, avait plus d'infections à l'admission, plus d'ISLA (22 *vs* 10 %) et développait plus d'infections nosocomiales. Le groupe 1° avait plus souvent des critères de SIRS à l'admission, plus de séjour en réanimation et avait une mortalité plus élevée à J30.

Conclusion

Malgré une prophylaxie primaire ou secondaire de l'ISLA, jusqu'à 20 % des patients de cette étude ont présenté une ISLA. Les patients en prévention primaire ont une mortalité plus élevée à J30 que ceux en prévention secondaire. Cet essai soulève à nouveau la question de l'intérêt de cette prophylaxie y compris en prévention secondaire, à l'ère de la résistance aux antibiotiques.

Auteur : **J.S. Bajaj**

Virginia Commonwealth University and McGuire VAMC, Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Richmond, United States - Primary spontaneous bacterial peritonitis prophylaxis is associated with greater ICU admission and 30-day mortality compared to secondary spontaneous bacterial peritonitis prophylaxis.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**

Toulouse

Autres, alcool, carcinome hépatocellulaire

L'association SORAFENIB et Chimioembolisation améliore le taux de réponse tumorale et la survie sans progression dans le CHC avancé… mais pas la survie globale

Position du problème

Le SORAFENIB représente actuellement la première ligne de traitement pour les patients avec CHC avancé. La Chimioembolisation (CEL) est un traitement éprouvé pour les CHC avec impossibilité de résection ou destruction percutanée avec fonctions hépatiques préservées. Cette étude a évalué l'association de ces deux traitements chez les patients avec CHC avancé en termes de survie globale.

Méthode

Il s'agit d'une étude clinique multicentrique prospective de phase III.

Elle inclut des malades avec CHC avancés, randomisés en 1 :1 dans un bras SORAFENIB (SORA) seul ou SORAFENIB + CEL, répétée à l'appréciation du clinicien. Les patients étaient suivis jusqu'à progression ou mauvaise tolérance. Les critères de jugements étaient la survie globale, survie sans progression, temps jusqu'à progression et taux de réponse tumorale ainsi que les données de sécurité.

Résultat

339 patients ont été inclus. L'étude n'a pas mis en évidence de différence significative en terme de survie globale entre les deux groupes (12.8 mois pour CEL + SORA *vs* 10.8 mois, p = 0,2). L'association CEL + SORA est associé à un temps jusqu'à progression (5.3 m *vs* 3.5 m, p = 0.003) et une survie sans progression plus longs (5.2 m *vs* 3.5 m, p = 0.01) et un taux de réponse tumorale meilleur (60.6 % *vs* 47.3 %, p = 0.005). Il y avait plus d'effets indésirables graves dans le groupe CEL + SORA (33.3 % *vs* 19.8 %).

Conclusion

Bien que l'association SORA + CEL améliore de façon significative le taux de réponse tumorale, la survie sans progression et le temps jusqu'à progression, SORA + CEL n'améliore pas la survie globale chez les malades avec CHC avancé. Ceci confirme l'absence d'intérêt de la chimio-embolisation chez des patients relevant d'un traitement par Sorafenib.

Auteur : **J-W, Park**
National Cancer Center, Korea - Sorafenib with *versus* without concurrent conventional transarterial chemoembolization (cTACE) in patients with advanced hepatocellular carcinoma (HCC): Results from a multicenter, open-label, randomized, controlled phase III STAH trial.

Rédacteur : **Martin DEPAIRE**
Toulouse

Le Baclofène pour diminuer la consommation d'alcool chez les patients dépendants

Position du problème

Le mésusage d'alcool est la première cause d'hépatopathie en Europe. Le Baclofène a une action dose dépendante pour réduire la consommation et/ou maintenir l'abstinence. Son élimination est rénale ce qui permet son utilisation chez les patients avec cirrhose. L'objectif principal de cet observatoire est de décrire la prescription de Baclofène, les objectifs secondaires sont d'évaluer la consommation d'alcool à 1 an et la tolérance du traitement.

Méthode

OBADE est un étude observationnelle, nationale de patients traités par Baclofène pour une alcoolo-dépendance dans les services d'hépatologie et gastro-entérologie. Tous les patients entre mars 2012 et décembre 2016 ont été inclus (rétrospectivement ou prospectivement). Le traitement a été introduit par un gastroentérologue ou addictologue. La dose était progressivement augmentée jusqu'à efficacité (maximum 300 mg par jour).

Résultat

202 patients ont été inclus, dont 77 patients avec cirrhose. À un an, la dose médiane de Baclofène était de 66 mg par jour et de 59 mg par jour chez les patients avec cirrhose, variant entre 20 et 200-210 mg par jour. La consommation d'alcool déclarée était significativement plus faible que celle à l'inclusion. 70 % des patients avaient une consommation soit nulle soit inférieure à 30 g par jour. Aucun évènement indésirable sévère n'a été rapporté et ce, même dans le groupe cirrhose.

Conclusion

Le Baclofène est bien toléré et peut être utilisé chez les patients avec cirrhose, même décompensée. Un traitement par Baclofène en association à un suivi médical et psychosocial permet une diminution significative de la consommation d'alcool et de maintenir une abstinence chez les patients avec alcoolo-dépendance.

Auteur : **Camille Barrault**
Créteil - Impact of baclofen treatment in 212 alcohol-dependant patients of the french "OBADE-ANGH" series.

Rédacteur : **Julia Roux**
Créteil

ESCP

European Society of COLOPROCTOLOGY

Proctologie

- Le doppler est-il utile pour réaliser l'hémorroïdopexie dans le prolapsus hémorroïdaire ?
- Quel est le devenir des patients après traitement de l'incontinence anale par la neuromodulation des racines sacrées ?
- La chirurgie bariatrique améliore-t-elle les troubles de la statique pelvienne ?
- Évolution des pratiques dans le traitement des prolapsus hémorroïdaires en Italie
- Quelles techniques chirurgicales sont les plus utilisées dans le traitement des fistules anales ?
- Étude française sur le coût efficacité de la neuromodulation des racines sacrées *versus* le sphincter anal magnétique dans l'incontinence anale

MICI

- L'appendicectomie modifie-t-elle le risque de colectomie et de cancer colorectal dans la rectocolite hémorragique ?

Endoscopie

- L'intelligence artificielle et la détection des polypes coliques

Endoscopie/cancer colo-rectal

- Une surveillance renforcée après une chirurgie curative des cancers colorectaux stades II et III diminue-t-elle la mortalité globale et la mortalité liée au cancer ?

Proctologie

Le doppler est-il utile pour réaliser l'hémorroïdopexie dans le prolapsus hémorroïdaire ?

Position du problème

L'hémorroïdopexie peut être réalisée avec ou sans contrôle doppler pour la ligature artérielle hémorroïdaire. L'objectif était d'évaluer l'efficacité, la tolérance et la récidive après traitement du prolapsus hémorroïdaire par hémorroïdopexie réalisée avec ou sans contrôle doppler pour la ligature artérielle hémorroïdaire.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique comparant la ligature artérielle hémorroïdaire sous contrôle doppler (DGHAL) par technique de *Transanal Hemorrhoidal Dearterialization* (THD) à l'hémorroïdopexie sans doppler à 7 jours puis à 1, 3, 6, 12 et 24 mois post opératoires.

Résultat

90 patients ayant un prolapsus grade II et III ont été inclus. Il n'y avait pas de différence significative concernant les douleurs post opératoires, les rectorragies ou le syndrome rectal entre DGHAL et hémorroïdopexie sans doppler. Les complications post opératoires ainsi que la récidive du prolapsus étaient similaires dans les 2 groupes.

Conclusion

L'utilisation du doppler pour l'hémorroïdopexie ne semble pas diminuer la récidive du prolapsus hémorroïdaire. Une étude contrôlée randomisée multicentrique d'équivalence prospective (H.a.m.l.e.t), réalisée par la même équipe, vient de débuter pour comparer les 2 techniques dans le traitement du prolapsus grade III avec un suivi de 12 mois.

Auteur : **Lobascio P.**
(Italy) - Using and not using Doppler probe: this is the question. 90 patients experience in transanal manual haemorrhoidopexy.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

Quel est le devenir des patients après traitement de l'incontinence anale par la neuromodulation des racines sacrées ?

Position du problème

La neuromodulation des racines sacrées (NMS) est le traitement de 2e intention de l'incontinence anale (IA) après l'échec du traitement médical. L'objectif de l'étude était de rapporter les résultats de la NMS dans l'IA et de déterminer les facteurs prédictifs d'une implantation positive.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique finlandaise incluant tous les patients ayant réalisé la phase de test avant une implantation définitive de la NMS entre 1999-2017 pour une IA.

Résultat

432 patients ont été testés pour la NMS et 72,5 % des patients ont été implantés. La durée moyenne de suivi était de 2,4 ans [8 jours-13,3 ans]. Chez 59,3 % patients, il existait une amélioration des symptômes d'IA à la fin du suivi. Les facteurs prédictifs positifs d'une implantation définitive étaient l'origine idiopathique ou post obstétricale de l'IA, le sexe féminin et la réponse sur plusieurs racines sacrées testées.

Conclusion

L'efficacité de la NMS comme traitement de l'IA dans la cohorte finlandaise est comparable aux résultats dans la littérature. Les facteurs prédictifs positifs d'implantation pourraient aider à la sélection des patients et diminuer le nombre de tests réalisé avant implantation de la NMS.

Auteur : **Kirss J.**
(Finland), Outcomes of treatment of fecal incontinence with sacral nerve stimulation. A Finnish national study.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

La chirurgie bariatrique améliore-t-elle les troubles de la statique pelvienne ?

Position du problème

L'obésité est un facteur de risque connu de troubles de la statique pelvienne. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet de la chirurgie bariatrique sur les symptômes liés aux troubles de la statique pelvienne et sur l'incontinence anale (IA) et urinaire (IU) chez des patientes avec une obésité morbide.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective ayant inclus les patientes opérées d'une chirurgie bariatrique entre juin 2016 et juillet 2017. Les symptômes liés aux troubles de la statique pelvienne ainsi que l'IA et IU ont été évalués en pré opératoire et 1 an après la chirurgie par des questionnaires de symptômes et de qualité de vie.

Résultat

24 femmes d'âge moyen 41 ± 12 ans avec un IMC moyen de 41,6 kg/m² ont été incluses. En pré opératoire, les patientes rapportaient une IA (prédominant aux gaz) dans 49 % des cas, une IU dans 55 % des cas et des symptômes liés aux troubles de la statique pelvienne dans 50 %. La perte de poids induite par la chirurgie était associée à une amélioration significative de l'IU ($p = 0,002$), mais il n'était pas retrouvé de différence pour l'IA et les symptômes liés aux troubles de la statique pelvienne.

Conclusion

La chirurgie bariatrique est associée à une amélioration significative de l'incontinence urinaire, mais pas de l'incontinence anale ou des symptômes liés aux troubles de la statique pelvienne. Une étude ciblée sur l'incontinence anale et sa prise en charge, avec un effectif plus important, est en cours.

Auteur : **Mazoyer C.**
(France) – How does bariatric surgery affect symptoms related to pelvic floor disorders in obese female patients? A prospective study.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

Évolution des pratiques dans le traitement des prolapsus hémorroïdaires en Italie

Position du problème

Le traitement du prolapsus hémorroïdaire (PH) a été modifié ces 2 dernières décennies par l'émergence des techniques mini invasives pour les grades II et III. L'objectif de l'étude était d'évaluer les changements de pratique dans le traitement chirurgical du PH sur une période de 17 ans en Italie.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant collecté des données informatiques sur le traitement du PH entre 2000-2016 dans 18 centres colorectaux italiens.

Résultat

32 458 patients ont été traités pour un PH. 90 % des grades II étaient traités par ligature élastique et 90 % des grades IV étaient traités par Milligan et Morgan sans changement au cours du temps. Pour le grade III, l'utilisation du Longo a progressivement diminué passant de 35 % à 5 % avec une augmentation progressive à partir de 2006 de la ligature artérielle hémorroïdaire sous contrôle doppler avec mucopexie de 6 % à 24 %. Le Milligan et Morgan reste stable à 65 % pour le grade III.

Conclusion

Cette étude met en évidence des modifications des pratiques chirurgicales pour le prolapsus hémorroïdaire grade III avec l'abandon progressif de l'hémorroïdopexie par agrafage circulaire (Longo) et la montée de la ligature artérielle hémorroïdaire sous contrôle doppler avec mucopexie.

Auteur : **Altomare D.F.**
(Italy) - Changing pattern of surgical management of haemorrhoids. An Italian survey on over 32 000 patients.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

Quelles techniques chirurgicales sont les plus utilisées dans le traitement des fistules anales ?

Position du problème

Les techniques chirurgicales pour traiter les fistules anales sont divisées en 2 groupes : la fistulotomie et les techniques d'épargne sphinctérienne. L'objectif de cette étude était d'analyser les pratiques chirurgicales pour le traitement des fistules anales.

Méthode

Un questionnaire électronique comportant 74 questions a été envoyé aux membres de l'association européenne de coloproctologie (ESCP) et de l'association américaine de chirurgie colorectale (ASCRS) en mars 2018.

Résultat

10 % des questionnaires ont été remplis. Pour les fistules cryptoglandulaires, les trois quarts n'utilisaient pas de séton coupant, la majorité utilisait un séton lâche. La fistulotomie était le traitement de référence des fistules simples. Un quart réalisait une sphinctéroplastie/marsupialisation associée à la fistulotomie pour les fistules transsphinctériennes. Le lambeau d'avancement rectal et le LIFT étaient réalisés par 44 % et plus du tiers des chirurgiens. Moins de 25 % réalisaient une autre technique d'épargne.

Conclusion

Il existe de nombreuses disparités dans le traitement chirurgical des fistules anales, mais le taux de réponse de 10 % n'apparaît pas suffisant. Les réponses émanaient essentiellement de chirurgiens colorectaux et de centres universitaires et américains. Si l'idée de ce travail est intéressante, il est difficile de comparer les traitements réalisés par les différents centres. Ce travail mériterait d'être poursuivi.

Auteur : **Ratto C.**
(Italy) – Contemporary surgical practice in the management of anal fistula: preliminary results from an international survey.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

Étude française sur le coût efficacité de la neuromodulation des racines sacrées *versus* le sphincter anal magnétique dans l'incontinence anale

Position du problème

L'incontinence anale est un symptôme fréquent et invalidant. Le traitement conservateur est efficace chez 50 % des patients. Le traitement de 2e intention de référence est la neuromodulation des racines sacrées (NMS). Le sphincter anal magnétique (SAM), de développement récent, est en cours d'évaluation.

Méthode

Il s'agit d'une étude multicentrique, prospective, randomisée, en ouvert, comparant le coût et l'efficacité de la NMS *versus* le SAM à 1 an de suivi. Les coûts incluaient les hospitalisations, l'intervention et le suivi. L'efficacité était définie par une réduction d'au moins 50 % des épisodes majeurs d'incontinence anale et par le gain en qualité de vie annuelle (QALY).

Résultat

69 patients ont été inclus (35 SAM, 34 NMS). Le coût respectif de l'hospitalisation pour le SAM et la NMS était de 8 272 € et de 8 383 €. Le coût total à 1 an était de 359 € plus élevée pour le SAM (p = 0,73). L'amélioration fonctionnelle (63 % SAM, 50 % NMS) et le gain en qualité de vie annuelle (QALY 0,69 SAM, 0,66 NMS) était en faveur du SAM.

Conclusion

À 1 an, le sphincter anal magnétique était plus onéreux, mais plus efficace que la neuromodulation des racines sacrées dans 55 % des cas d'incontinence anale.

Auteur : **Bulsei J.**
(France) – A comparison of magnetic anal sphincter and sacral neuromodulation for fecal incontinence: the MOS-TIC study cost effectiveness results.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

MICI

L'appendicectomie modifie-t-elle le risque de colectomie et de cancer colorectal dans la rectocolite hémorragique ?

Position du problème

L'appendicectomie est un facteur protecteur contre le développement de la rectocolite hémorragique (RCH) et pourrait avoir un effet favorable sur l'histoire naturelle de la RCH. Des études récentes ne retrouvent pas de diminution du taux de colectomie, mais une augmentation du risque de cancer colorectal. L'objectif de cette étude était d'évaluer si l'appendicectomie, chez les patients atteints de RCH, augmente le risque de colectomie et de cancer colorectal ou de dysplasie de haut grade.

Méthode

Une méta analyse a été menée sur 891 études étudiant l'influence de l'appendicectomie sur la colectomie et la survenue du cancer colorectal.

Résultat

13 études ont été inclus, représentant 73 323 RCH dont 2 856 appendicectomies. Le taux de colectomie ne différait pas, que les patients aient eu une appendicectomie ou non (OR 1,25 [IC 95 % 0,88 - 1,77]). Le taux de colectomie pour cancer colorectal était significativement plus élevé après appendicectomie (OR 3,97 [IC 95 % 1,35 - 11,70]). Dans 50 % des cas, la colectomie était réalisée pour un cancer colorectal chez les patients appendicectomisés contre 9,4 % chez les non appendicectomisés.

Conclusion

L'appendicectomie dans la RCH n'augmente pas le taux de colectomie. Elle augmente le risque de cancer colorectal ou de dysplasie de haut grade, car elle retarde la colectomie en modifiant l'histoire naturelle de la RCH. L'indication de la colectomie est modifiée ; elle n'est plus réalisée pour une colite aiguë grave, mais pour un cancer colorectal. Ces résultats soulignent l'intérêt de l'appendicectomie comme traitement de la rectocolite hémorragique et l'importance de la surveillance endoscopique.

Auteur : **Stellingwerf M.E.**
(United Kingdom) – The risk of colectomy and colorectal cancer after appendicectomy in patients with ulcerative colitis: a systematic review and meta analysis.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

Endoscopie

L'intelligence artificielle et la détection des polypes coliques

Position du problème

À partir de données endoscopiques disponibles sur des databases publiques, un modèle informatique d'intelligence artificielle a été développé pour reconnaître les néoplasies coliques lors d'une coloscopie. L'objectif de cette étude était de comparer le taux de détection des polypes coliques entre un opérateur endoscopiste et l'intelligence artificielle.

Méthode

Un modèle informatique appelé intelligence artificielle était entraîné par plus de 50 000 images de coloscopies à reconnaître les polypes coliques. Les vidéos des coloscopies de 300 patients ont été analysées.

Résultat

333 polypes ont été retrouvés par les opérateurs endoscopistes. L'histologie a confirmé que 90,3 % des polypes étaient adénomateux. 315 (90,3 %) lésions étaient retrouvées par les endoscopistes et l'intelligence artificielle. Pour les 18 lésions non retrouvées par l'intelligence artificielle, 8 (25 %) lésions n'étaient pas adénomateuses. L'intelligence artificielle a détecté 91 lésions dont l'histologie est inconnue.

Conclusion

L'intelligence artificielle atteint des taux de détection similaire aux opérateurs endoscopistes. Cette technique pourrait aider les endoscopistes à améliorer la détection des polypes adénomateux. Des études prospectives sont nécessaires pour évaluer l'apport de cette technique.

Auteur : **Zheng Y.**
(China) – A study comparing colorectal polyp detection rates between endoscopists and artificial intelligence-doscopist.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

Endoscopie/cancer colo-rectal

Une surveillance renforcée après une chirurgie curative des cancers colorectaux stades II et III diminue-t-elle la mortalité globale et la mortalité liée au cancer ?

Position du problème

Le traitement de la récidive tumorale dans le cancer colorectal est accessible à des chirurgies pulmonaires ou hépatiques curatives. Malgré l'amélioration des traitements de la récidive tumorale, le rythme de la surveillance post opératoire reste controversée. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la mortalité globale et la mortalité liée au cancer colorectal à 5 ans après chirurgie d'un cancer colorectal stades II et III en comparant deux schémas de surveillance post opératoire.

Méthode

Il s'agit d'une étude internationale, randomisée, en ouvert ayant inclus 2 509 patients traités d'un cancer colorectal stade II ou III entre janvier 2006 et décembre 2010 avec un suivi prospectif de 5 ans. Le scanner TAP et l'ACE étaient utilisés comme référence pour détecter la récidive tumorale. Les patients étaient randomisés en 2 groupes : une surveillance renforcée avec une évaluation à 6, 12, 18, 24 et 36 mois post opératoire ou une surveillance allégée à 12 et 36 mois de la chirurgie.

Résultat

Parmi les 2 555 patients randomisés, 2 509 ont été inclus en intention de traiter et 94,3 % ont terminé l'étude. La mortalité globale à 5 ans était de 13,0 % dans le groupe de surveillance renforcée *versus* 14,1 % (174/1256) pour la surveillance allégée. La mortalité liée au cancer colorectal à 5 ans était de 10,6 % dans le groupe surveillance renforcée (128/1 248) *versus* 11,4 % (137/1 250) pour la surveillance allégée.

Conclusion

Cette étude ayant inclus plus de 2 500 patients ne met pas en évidence de différence pour la mortalité globale et la mortalité liée au cancer à 5 ans quel que soit de rythme de la surveillance réalisée lors des 3 premières années post opératoires. Dans le groupe surveillance renforcée, la récidive tumorale était détectée plus précocement, mais elle n'engendrait pas une réduction de la mortalité.

Auteur : **Wille-Jørgensen P.**
(Danemark) – Effect of More *vs* Less Frequent Follow-up Testing on Overall and Colorectal Cancer-Specific Mortality in Patients With Stage II or III Colorectal Cancer. The COLOFOL Randomized Clinical Trial.

Rédacteur : **Marie-Lise Thierry**
(Colombes)

UEGW

Gastro entérologie/microbiote

- Microbiote et susceptibilité aux MICI : c'est tôt que ça se passe !
- La restauration du microbiote intestinal chez les patients atteints de RCUH : un nouvel objectif thérapeutique ?
- La transplantation de microbiote fécal congelé : pour refroidir la RCUH ?
- Microbiote intestinal et syndrome de l'instestin irritable : l'œuf ou la poule ?
- La transplantation fécale pour traiter le syndrome de l'intestin irritable ? Le débat reste ouvert !
- La transplantation fécale pour traiter la colite à clostridium réfractaire au traitement antibiotique

Endoscopie

- Sphinctérotomie en urgence & pancréatite aiguë sévère ? Il est urgent d'attendre
- POEM contre Heller dans l'achalasie, round 1
- La dissection sous muqueuse d'un adénocarcinome colo-rectal pT1 n'affecte pas le pronostic des patients avant une chirurgie complémentaire
- Des antibiotiques moins longtemps !
- Résection des polypes coliques sous clopidogrel, c'est possible !
- Pancréatite chronique : la chirurgie rapide pour tuer la douleur dans l'œuf !
- Hépaticogastrostomie en première intention pour le drainage biliaire des tumeurs bilio-pancréatiques ? Des résultats prometteurs mais à confirmer

MICI

- Le retour des antibiotiques dans la maladie de Crohn ?
- Le traitement d'entretien par Ustekinumab dans la maladie de Crohn, les données à 3 ans
- Maladie de Crohn iléale limitée, devenir à plus long terme des patients opérés ou traités par Infliximab
- Le cancer colorectal d'intervalle dans les MICI : à nous de jouer
- La calprotectine fécale : un outil pour distinguer les fistules anales cryptoglandulaires des fistules anales de la maladie de Crohn ?
- Recherche de facteurs de risque d'immunisation en cas de traitement par anti-TNF
- Une nouvelle approche dans le traitement des fistules ano-périnéales de la maladie de Crohn
- Combothérapie en cas de switch après immunisation d'un premier anti-TNF !
- Les biothérapies diminuent-elles les coûts de santé des patients MICI ?
- L'injection de cellules souches : un nouvel espoir dans le traitement des fistules ano-périnéales pour les malades de Crohn ?
- L'Ustekinumab dans la RCH : ça marche !
- Analyse de l'expression génomique dans les MICI
- Efficacité des 2e et 3e lignes de traitement anti TNF dans la vraie vie
- Utilisation sous cutanée du Vedolizumab dans la RCH, pour bientôt !

Cancérologie

- Une nouvelle classification pour le cancer du pancréas
- Qui est le moins cher pour le dépistage du CCR ?
- Les vieux contre les jeunes. Quelles sont leurs différences dans le CCR ?
- Les lésions coliques à haut risque permettent de prédire le risque de cancer d'intervalle
- Sait-on caractériser correctement les lésions colorectales pT1 ?
- Adénocarcinome T1 sur polype festonné, méfiance ! Les ganglions guettent !
- Prise en charge de la récidive locale des cancers rectaux dans le cadre d'une approche watch-and-wait

Hépatologie

- Cirrhose : prévenir la réadmission précoce ?
- Cirrhose : les antibiotiques pas si automatiques ?
- CSP : un peu d'épidémiologie
- Avoir foi(e) en les statines ?
- La radiofréquence a-t-elle des soucis à se faire ?

Gastro entérologie/microbiote

Microbiote et susceptibilité aux MICI : c'est tôt que ça se passe !

Position du problème

L'étiologie des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) reste complexe. L'impact des perturbations de la symbiose hôte-microbiote et de l'immunité chez l'enfant sur l'immunité intestinale à l'âge adulte reste méconnue. Dans ce travail, l'objectif est d'étudier la fenêtre temporelle précoce et les mécanismes sous-jacents au cours desquels le microbiote intestinal a une incidence sur la susceptibilité aux MICI à l'âge adulte.

Méthode

Des souris germe-free (GF) ont été colonisées avec un microbiote avant ou après le sevrage et leur susceptibilité à développer une colite induite expérimentalement par le sulfate de dextran sodique a été évaluée à l'âge adulte. Les réponses immunitaires, les métabolites microbiens et la composition du microbiote ont été déterminés pendant le sevrage et/ou avant l'induction de la colite à l'âge adulte.

Résultat

Le sevrage a été identifié comme une fenêtre durant laquelle l'exposition au microbiote détermine la gravité de la colite induite chez la souris adulte. L'exposition au microbiote pendant le sevrage induit une réponse immunitaire contribuant à réguler la gravité de la colite chez la souris adulte. L'analyse RNAseq colique avant l'induction d'une colite chez des souris GF exposées au microbiote avant ou après le sevrage a révélé des anomalies immunitaires associées à différents types de cellules.

Conclusion

Les mécanismes sous-jacents impliquent des métabolites microbiens tels que les acides gras à chaîne courte, dont l'administration au cours du sevrage atténue la gravité de la colite à l'âge adulte. Cet effet protecteur dépend du dialogue croisé entre les cellules épithéliales intestinales et les cellules T régulatrices exprimant le facteur de transcription RORγt. La symbiose hôte-microbiote au début de la vie détermine la sensibilité à long terme à la pathologie inflammatoire par ces mécanismes.

Auteurs : **Al Nabhani Z, Dulauroy S, Polomack B, Eberl G.**

Institut Pasteur, Paris, France - Exposure to microbiota early in life determines colitis severity in adult mice.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

La restauration du microbiote intestinal chez les patients atteints de RCUH : un nouvel objectif thérapeutique ?

Position du problème

La RCUH est associée à une dysbiose intestinale caractérisée par une diminution de la diversité du microbiote fécal (diminution en Faecalibacterium prausnitzii, Roseburia hominis et Akkermansia muciniphila et présence de Fusobacterium). Elle est corrélée avec la sévérité de l'inflammation et peut persister en période de rémission de la RCUH. Le but de l'étude était d'évaluer et de comparer la composition du MF chez des patients en rémission prolongée.

Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, monocentrique. 112 patients ont été répartis en quatre groupes : 1) 29 patients en rémission (clinique, endoscopique et histologique) prolongée depuis au moins 5 ans ; 2) 20 patients en rémission depuis 3 mois ayant présenté plusieurs poussées au cours de l'année précédente ; 3) 39 patients avec une maladie active et enfin 4) 24 patients sains. 2 échantillons de selles ont été prélevés à 8 semaines d'intervalle (1 dans le groupe maladie active).

Résultat

Les patients en rémission prolongée avaient un MF proche des patients sains et une diversité plus importante comparativement aux patients des groupes 2 et 3. Par ailleurs, la présence de Faecalibacterium prausnitzii et d'Akkermansia muciniphila était significativement diminuée dans les groupes 2 et 3 comparativement au groupe en rémission prolongée et aux patients sains. Enfin la concentration en A. muciniphila était positivement corrélée avec la durée de la rémission.

Conclusion

On observe une restauration du MF chez les patients en rémission prolongée. Cette restauration du MF vers un état « eubiotique » pourrait devenir un objectif thérapeutique dans la RCUH.

Auteurs : **Herrera-de Guise C.1, Varela E.1, Robles V.1, Casellas F.1, Borruel Sainz N.1, Guarner Aguilar F.1 1**

Unitat Atenció Crohn-Colitis (UACC), Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain., OP333 - Ulcerative colitis patients in long-term stable remission recover eubiotic characteristics of their microbiota.

Rédacteur : **Lucas Spindler**

Paris

La transplantation de microbiote fécal congelé : pour refroidir la RCUH ?

Position du problème

Récemment, plusieurs études randomisées ont montré des résultats encourageants concernant la transplantation de microbiote fécal (TMF) dans le traitement de la RCUH active. Toutefois plusieurs questions restent sans réponse : mode d'administration, fréquence du traitement, préparation des selles du donneur. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité clinique comparée de selles congelées *vs* selles fraîches pour la TMF dans la RCUH.

Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective, non randomisée, avec analyse post-hoc des données. 49 patients présentant une RCUH active étaient inclus. Après 10 jours d'antibiothérapie, 24 patients recevaient une TMF à partir de selles fraîches (groupe A) et 25 patients recevaient une TMF à partir de selles congelées (groupe B) (par coloscopie puis rectosigmoïdoscopie), 5 fois toutes les 2 semaines. Le critère de jugement était la rémission et la réponse clinique (basées sur le score de Mayo) à 3 mois.

Résultat

Le score de Mayo moyen est passé dans le groupe A de 8,9 (+-1,8) à 5,5 (+-3,5) et dans le groupe B de 9,2 (+-2,2) à 5,2 (+-3,1) sans différence statistiquement significative entre les 2 groupes (p = 0,61). Les taux de rémission (score de Mayo complet < 2 et score de Mayo endoscopique de 0 ou 1) étaient comparables à la fin de l'étude : 25 % groupe A et 23 % groupe B (p = 0,97). Les patients avec un score Mayo élevé et en échec d'une biothérapie étaient moins susceptibles d'atteindre la rémission.

Conclusion

L'efficacité de la TMF à partir de selles fraîches ou de selles congelées apparaît similaire. En pratique clinique, l'utilisation de selles congelées présenterait l'avantage d'une utilisation plus aisée. Toutefois les biais de cette étude (faible effectif, analyse post-hoc) ne permettent pas d'en généraliser les résultats. La place de la TMF dans la prise en charge des patients ayant une RCUH reste à évaluer.

Auteur : **Rainer F**

Medical University of Graz, Graz, Austria. OP179 - Frozen donor stool for fecal microbiota transplantation is as effective as fresh stool in inducing response and remission in active ulcerative colitis.

Rédacteur : **Lucas Spindler**

Paris

Microbiote intestinal et syndrome de l'instestin irritable : l'œuf ou la poule ?

Position du problème

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est fréquent dans les populations occidentales (prévalence globale entre 10 et 15 %). Plusieurs études ont suggéré l'implication d'altérations du microbiote intestinal. Le but de cette étude était d'évaluer la composition du microbiote intestinal chez des patients atteints de SII comparativement à des sujets sains et la relation entre microbiote et stress psychologique.

Méthode

L'analyse a porté sur une cohorte prospective de 1988 patients (Malmö Offsrping Study, âge moyen 40 ans, 53 % de femmes). Les participants étaient interrogés sur l'existence ou non 1) de signes évocateurs l'intestin irritable, 2) de symptômes digestifs au cours des 2 dernières semaines et 3) d'un stress psychologique (constant) depuis 12 derniers mois. Le microbiote, a été évalué par séquençage du gène de l'ARNr 16S à partir d'échantillons fécaux.

Résultat

La composition du microbiote intestinal était significativement modifiée en cas de SII avec diminution de Christensenellaceae et SHA98 (15 % des patients) et de symptômes digestifs au cours des 2 dernières semaines (19 % des patients) et augmentation de Blautia, Collinsella, Streptophyta... La différence était encore plus nette chez les patients diarrhéiques et soumis à un stress psychologique (augmentation significative en Lachnospiraceae).

Conclusion

Les symptômes digestifs, et en particulier la diarrhée (associés ou non au SII) et le stress sont associés à des altérations du microbiote intestinal. Toutefois, comme l'ont souligné les auteurs, la difficulté est de savoir distinguer la cause et la conséquence, en d'autres termes : l'œuf ou la poule ?

Auteurs : **Brunkwall L., Nilsson P., Ericson U., Orho-Melander M., Ohlsson B. Lund**

University, Malmö, Sweden, OP030 - Gut microbiota characteristics associate with irritable bowel syndrome and specific bowel symptoms in a population-based study from sweden.

Rédacteur : **Lucas Spindler**

Paris

La transplantation fécale pour traiter le syndrome de l'intestin irritable ? Le débat reste ouvert !

Position du problème

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est associé à une dysbiose intestinale. L'objectif de cette étude était de déterminer si la transplantation de microbiote fécal (TMF) permettait de corriger cette dysbiose et d'améliorer cliniquement les patients.

Méthode

L'étude était randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo incluant 52 patients adultes atteints du SII. Le critère d'évaluation principal était la différence d'amélioration de l'IBS-SSS après 3 mois. Des échantillons de selles ont été prélevés lors de la première visite en plus du recueil clinique. Après randomisation, les patients recevaient 12 jours de traitement (TMF ou placebo). Les symptômes et des échantillons de selles étaient recueillis à chaque visite (suivi de 6 mois).

Résultat

À 3 mois, il existait une différence statistiquement significative, en faveur du placebo, aussi bien concernant les symptômes (score IBS-SSS, p = 0,012) que la qualité de vie (score IBS-QoL, p = 0,03). Cependant, les patients recevant des capsules de microbiote ont présenté une modification de leur microbiote intestinal contrairement aux patients traités par placebo.

Conclusion

Le traitement par transplantation de microbiote fécal a modifié le microbiote intestinal chez les patients receveurs avec cependant un bénéfice clinique inférieur au placebo. Après la publication de plusieurs essais positifs, le débat reste donc ouvert sur cette nouvelle approche thérapeutique du SII. D'autres études apparaissent nécessaires pour valider cette approche dans le traitement du SII.

Auteurs : **Halkjær S.I.1, Christensen A.H.2, Lo B.Z.S.1, Browne P.3, Günther S.2, Hansen L.H.3, Petersen A.M.1 1**

Copenhagen University Hospital Hvidovre, Department of Gastroenterology, Hvidovre, Denmark, 2Aleris-Hamlet Hospitaler, Søborg, Denmark, 3Aarhus University, Department of Environmental Science, Roskilde, Denmark, OP035 - Fecal microbiota transplantation alters gut microbiota in patients with irritable bowel syndrome: results from a randomized, double-blind placebo controlled study.

Rédacteur : **Lucas Spindler**

Paris

La transplantation fécale pour traiter la colite à clostridium réfractaire au traitement antibiotique

Position du problème

La transplantation de microbiote fécal (TMF) est un traitement efficace de la récidive de la colite à Clostridium Difficile (CD). Le but de cette étude était de comparer l'efficacité de deux protocoles basés sur la TMF associée à la vancomycine chez des patients présentant une infection sévère à Clostridium difficile réfractaire aux antibiotiques.

Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective, ouverte incluant 56 patients, randomisés en 1:1. Le critère de jugement principal était la guérison. Un groupe recevait une seule TMF par coloscopie suivie d'un traitement par la vancomycine pendant 14 jours. L'autre groupe recevait plusieurs TMF (au moins 2) en association avec la vancomycine. Les patients avec une colite pseudo-membraneuse bénéficiaient de TMF supplémentaires jusqu'à disparition des pseudo-membranes.

Résultat

Vingt-et-un patients du groupe recevant une TMF unique et 28 patients du groupe recevant plusieurs TMF ont été guéris, respectivement (75 % contre 100 %, dans les analyses PP et ITT; P = 0,01). Aucun effet indésirable grave associé à l'un des deux protocoles de traitement n'a été observé.

Conclusion

La TMF apparaît comme un traitement sûr et efficace de la colite à Clostridium Difficile réfractaire aux antibiotiques. Dans cette indication, les TMF répétées sont plus efficaces que la TMF unique.

Auteurs : **Ianiro G.1, Masucci L.2, Quaranta G.2, Simonelli C.1, Lopetuso L.R.1, Napoli M.1, Sanguinetti M.2, Gasbarrini A.1, Cammarota G.1 1**

IRCCS Fondazione Agostino Gemelli University Hospital, Digestive Disease Center, Rome, Italy, 2IRCCS Fondazione Agostino Gemelli University Hospital, Microbiology Institute, Rome, Italy OP181 - Randomised clinical trial: single infusion- *versus* multiple infusion-faecal microbiota transplantation for the treatment of severe clostridium difficile infection refractory to antibiotics.

Rédacteur : **Lucas Spindler**

Paris

Endoscopie

Sphinctérotomie en urgence & pancréatite aiguë sévère ? Il est urgent d'attendre

Position du problème

La place de la sphintérotomie endoscopique en urgence dans la pancréatite aiguë biliaire (PAB) reste débattue. Elle est recommandée en cas d'angiocholite, mais son bénéfice en cas de PAB n'est pas scientifiquement démontré, car les données de la littérature sont discordantes sur son intérêt en cas de PAB sévère et de cholestase. Les auteurs du Dutch Pancreatitis Group ont évalué l'intérêt de la sphinctérotomie endoscopique lors des PAB sévères.

Méthode

Essai clinique prospectif randomisé multicentrique. Les patients ont été divisés en deux groupes : traitement conservateur *vs* sphinctérotomie effectuée dans les 24 h après admission. Les patients étaient inclus en cas de PA biliaire sévère (Lithiase en échographie ou Cytolyse > 2N ou VBP dilatée) et étaient exclus en cas d'angiocholite. Le critère de jugement principal était un critère composite associant la mortalité et/ou des complications sévères (défaillance d'organe, infections et nécrose).

Résultat

232 patients ont été randomisés (118 CPRE *vs* 114 conservateur). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes sur le critère principal 39 % (CPRE) contre 44 % (conservateur), p = 0,37. Il n'y avait pas de différence en terme de mortalité ou de complication sévère entre les deux groupes. Le taux de récidive de pancréatite aiguë biliaire était plus faible dans le groupe CPRE (9 % *vs* 0 % p < 0,01), mais une tendance à plus de séjours en réanimation pour le groupe CPRE (21 % *vs* 12 %, p = 0,06).

Conclusion

Cet essai d'excellente méthodologie ne montre pas de supériorité de la sphintérotomie endoscopique urgente en cas de PAB grave (hormis en cas d'angiocholite). Comme souvent dans cette pathologie, il est urgent d'attendre !

ABSTRACTS UEGW

Auteur : **NJ Schepers**
Pays-Bas - OP001 Eraly endoscopic retrograde cholangiography with biliary sphincterotomy or conservative treatment in predicted severe acute pancreatitis : a randomized controlled trial (APEC trial).

Rédacteur : **Antoine Debourdeau**

POEM contre Heller dans l'achalasie, round 1

Position du problème

La myotomie endoscopique (POEM) a pris une place de plus en plus importante dans le traitement de l'achalasie. La procédure a un taux d'efficacité > 90 % mais la procédure n'a pas encore été comparée au traitement historique : la myotomie chirurgicale de Heller. L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité des deux procédures et de comparer le taux d'oesophagite secondaire entre les deux procédures.

Méthode

Il s'agit d'un essai prospectif randomisé monocentrique Brésilien. Les patients inclus avaient une achalasie (diagnostiquée par manométrie classique) avec un score d'Eckardt > 3. Ils étaient randomisés soit pour une chirurgie de Heller avec fundoplication, soit pour un POEM avec myotomie de 10 cm. Le critère principal de jugement était l'efficacité définie par un score d'Eckardt < 3 et la présence d'une oesophagite à 6 mois et à un an.

Résultat

20 patients ont été inclus dans chaque groupe. L'efficacité était similaire à 6 mois et à un an dans les deux groupes (100 % Heller *vs* 95 % POEM à un an p = 1). Le taux d'oesophagite était plus important à un an dans le groupe POEM (64 % *vs* 11 % p = 0,002). Le temps de procédure était plus court pour le POEM et les échelles de qualité de vie à un an étaient comparables.

Conclusion

Il n'y a pas vraiment de nouveauté dans cet essai dont la méthodologie est discutable. Il existe plus d'oesophagite dans le groupe POEM, ce qui était attendu, mais on aurait apprécié un suivi plus long afin de voir les conséquence à long terme du reflux, et une sélection plus fine des patients par manométrie HD, notamment pour les achalasies de type III dont la prise en charge chirurgicale est moins efficace.

Auteur : **Eduardo Turiani Hourneaux de Moura**
Brésil - A randomized controlled trial comparing peroral endoscopic myotomy (POEM) *versus* laparoscopic heller myotomy in the treatment of achalasia SOP1.

Rédacteur : **Antoine Debourdeau**

La dissection sous muqueuse d'un adénocarcinome colo-rectal pT1 n'affecte pas le pronostic des patients avant une chirurgie complémentaire

Position du problème

Au Japon la dissection sous muqueuse est devenue un standard pour la prise en charge des carcinomes colo-rectaux précoces pT1. Selon les recommandations japonaises, les lésions pT1 avec des marges verticales positives et des facteurs de mauvais pronostics histologiques doivent bénéficier d'une prise en charge chirurgicale complémentaire. Dans cette étude, les auteurs ont analysé l'influence sur le pronostic d'une dissection sous muqueuse d'un carcinome pT1 avant chirurgie complémentaire.

Méthode

Cette étude rétrospective multicentrique japonaise, menée de juin 1992 à juin 2016, a inclus 544 patients avec un CCR pT1 traités par dissection sous muqueuse avant chirurgie complémentaire (Groupe A = 161) ou chirurgie seule d'emblée (Groupe B = 381). Les patients qui ne répondaient pas aux conditions curatives des recommandations étaient définis comme non curables par endoscopie (non e-curable). Le pronostic des patients non e-curable a été analysé entre les 2 groupes.

Résultat

Le nombre de patients non e-curable était 157 dans le groupe A et de 323 dans le groupe B. Le taux de survie globale à 5 ans dans le groupe A était significativement supérieur que dans le groupe B (97,6 % *vs* 88,1 %). Cependant il n'y avait pas de différence significative dans le taux de survie sans maladie à 5 ans (95,6 % *vs* 96,7 %).

Conclusion

La réalisation d'une ESD avec résection histologique monobloc en première intention chez les patients atteints de CCR pT1 avant chirurgie complémentaire pour facteurs péjoratifs histologiques n'a pas eu d'incidence négative sur le pronostic clinique à 5 ans.

Auteur : **K. Yamashita**
Japan

Rédacteur : **Sarah Hahn**

Des antibiotiques moins longtemps !

Position du problème

Le traitement de l'angiocholite associe un drainage efficace des voies biliaires par CPRE et une antibiothérapie. La durée du traitement antibiotique après drainage efficace est de 3 à 10 jours selon les recommandations internationales alors qu'elle est de moins de 3 jours selon la recommandation néerlandaise. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'incidence des complications infectieuses et d'évaluer l'influence potentielle de la durée de l'antibiothérapie.

Méthode

Il s'agit d'une étude néerlandaise, multicentrique, rétrospective, incluant les patients atteints d'angiocholite due à une lithiase de la VBP entre janvier 2012 et janvier 2017 qui ont bénéficié d'un drainage efficace. Le critère de jugement principal était le nombre de complications infectieuses dans les 3 mois suivant la CPRE initiale. Une complication infectieuse a été définie comme le besoin d'antibiotiques dans les 3 mois suivant la CPRE.

Résultat

303 patients ont été inclus. 68 complications infectieuses sont survenues chez 64 patients. La durée médiane des antibiotiques était de 4 jours. Chez 141 patients, les recommandations néerlandaises ont été respectées et des antibiotiques ont été administrés pendant 3 jours ou moins. 39/68 (24 %) complications sont survenues chez les patients traités plus de 3 jours *versus* 29 (21 %) chez ceux traités moins de 3 jours (p = 0,615).

Conclusion

Les antibiotiques administrés pendant moins de 3 jours après un drainage efficace par CPRE ne conduisent pas à une augmentation des complications infectieuses par rapport à un traitement plus long. Un traitement de plus de 3 jours augmente la durée du séjour à l'hôpital. Un traitement antibiotique "court" devrait être ainsi privilégié en cas de drainage efficace.

Auteurs : **Britt ten Böhmer B, Haal S, Balkema S, Depla A.C.T.M, Fockens P, Van Hooft J.E, Jansen J.M, Kuiken S.D, Liberov B.I, van Soest E, Voermans R.P**
Pays-Bas - Influence of antibiotic duration in cholangitis after successful drainage by ercp.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

Résection des polypes coliques sous clopidogrel, c'est possible !

Position du problème

Les recommandations actuelles prônent la suspension du clopidogrel avant polypectomie. Ces recommandations sont basées sur des études observationnelles et aucun essai comparatif n'a été fait pour l'instant.

Méthode

Il s'agit d'un essai prospectif randomisé monocentrique en ITT. Les patients sous plavix étaient randomisés (placebo *vs* plavix 75 mg) 7 jours avant la réalisation d'une coloscopie de dépistage, et ensuite évalués en cas de présence de polype. Les patients nécessitant une dissection sous muqueuse et à haut risque d'évènements thrombotiques étaient exclus (stent ou évènement cardiovasculaire récent). L'objectif principal était la survenue d'un saignement différé post polypectomie (30 jours).

Résultat

106 patients patients ont été inclus dans le groupe Clopidogrel et 110 dans le groupe Placebo. Il y avait en moyenne 2 polypes par patient. Il s'agissait principalement de polypes sessiles de 5 mm en moyenne, avec une taille maximum de 20 mm. Ils étaient réséqués à l'anse chaude dans 50 % des cas. L'analyse en ITT n'a montré de différence ni en terme de saignement différé (3,8 % clopidogrel *vs* 3,8 % placebo p = 0,945), ni en terme d'évènement cardiovasculaire (1,5 % Clopidogrel *vs* 2 % placebo p = 0,7).

Conclusion

Il s'agit d'une véritable nouveauté qui va à l'encontre des recommandations actuelles et qui devrait simplifier nos pratiques. Il ne semble plus nécessaire de suspendre le clopidogrel pour résection de polypes de moins de 20 mm après cette étude de méthodologie rigoureuse.

Auteur : **Chan F, Honk-Kong**
Chine - Risk of post polypectomy bleeding with uninterrupted clopidogrel therapy: an industry independant, double-blind, randomized trial.

Rédacteur : **Antoine Debourdeau**

Pancréatite chronique : la chirurgie rapide pour tuer la douleur dans l'œuf !

Position du problème

La prise en charge de la douleur dans la pancréatite chronique repose aujourd'hui sur une approche progressive avec d'abord un traitement médical, puis endoscopique et enfin chirurgical en cas d'échec. Des données suggèrent que la précocité de la prise en charge serait associée avec une meilleure efficacité thérapeutique. Les auteurs ont évalué l'impact d'une stratégie chirurgicale précoce dans la PCC douloureuse comparé à une approche thérapeutique progressive classique (step-up).

Méthode

Cet essai clinique randomisé prospectif multicentrique hollandais a inclus des patients présentant une PCC douloureuse nécessitant des morphiniques, avec un canal pancréatique dilaté > 5 mm. Les patients étaient divisés entre chirurgie d'emblée (Frey ou pancréato-jéjunostomie) *vs* traitement step-up (traitement médical, puis endoscopique si échec à 6 semaines, puis chirurgie si persistance de la douleur après 3 endoscopies). Le critère principal était la douleur (coté par l'échelle d'Izbicki).

Résultat

88 patients ont été randomisés : 44 chirurgie *vs* 44 step-up. Dans le groupe step-up, 30 % des patients finissaient par être opérés dans un délai médian de 300 jours. La douleur était moins forte chez les patients opérés d'emblée (- 11 points sur l'échelle d'Izbicki, p = 0,037). La prise en charge chirurgicale était moins chère de 5 000 euros en moyenne. Il n'y avait pas de différence en terme de morbidité, d'insuffisance pancréatique endocrine et exocrine ou de qualité de vie (questionnaire SF-36).

Conclusion

Cet essai a montré la supériorité de la prise en charge chirurgicale précoce sur les douleurs de PCC comparé à une approche progressive, et ceci à moindre coût. Il faut désormais penser plus tôt à la chirurgie afin "de tuer dans l'œuf" le cercle vicieux de la douleur dans la pancréatite chronique.

Auteur : **Marinus A. Kempeneers**
Amsterdam - Early surgery *versus* step-up practice including endoscopy for chronic pancreatitis: a multicenter randomized controlled trial [escape trial].

Rédacteur : **Antoine Debourdeau**

Hépaticogastrostomie en première intention pour le drainage biliaire des tumeurs bilio-pancréatiques ? Des résultats prometteurs mais à confirmer

Position du problème

Le drainage biliaire est une des pierres angulaires du traitement palliatif des tumeurs bilio-pancréatiques non résécables. Il est actuellement recommandé de faire ce drainage par CPRE si possible. En cas d'échec, le drainage doit se faire selon l'expertise du centre

par abord percutané ou écho-endoscopique. Des séries récentes ont confirmé une efficacité de l'abord écho-endoscopique (EUS) ainsi qu'une meilleure perméabilité du stent biliaire.

Méthode

Il s'agit d'une étude interventionnelle randomisée prospective multicentrique de non-infériorité qui a comparé le drainage par CPRE *vs* drainage EUS en première intention dans le drainage de tumeurs pancréatiques ou de la VBP non résécables. Le succès technique (critère principal), la durée de perméabilité du stent, les complications et la qualité de vie ont été évalués. Le drainage EUS était réalisé par hépatico-gastrostomie ou cholédoco-duodénostomie.

Résultat

125 patients ont été inclus. Le drainage EUS était non inférieur à la CPRE en terme de succès technique : 93.8 % (60/64) de 90.2 % (55/61) respectivement (p = 0.003). Le succès clinique était de 90.0 % dans le groupe EUS et 94.5 % dans CPRE (P = 0.49). Il y avait moins de complications dans le groupe EUS (6.3 % *vs* 19.7 %, P = 0.03) dont 0 *vs* 14.8 % de pancréatite aiguë, moins de réintervention (15.6 % *vs* 42.6 %), une plus longue perméabilité du stent (85.1 % *vs* 48.9 %) et une meilleure qualité de vie.

Conclusion

Cet essai montre la non-infériorité du drainage biliaire par écho-endoscopie en 1re intention dans les tumeurs bilio-pancréatiques non résécables. Certains résultats sont surprenants avec un taux de complications très haut dans le groupe CPRE (20 % contre 7 % dans la littérature), et très bas dans le groupe EUS (6 % contre 15 à 20 % dans la littérature). En revanche la perméabilité plus longue dans le groupe EUS semble prometteuse. À confirmer par d'autres essais en population occidentale.

Auteur : **Woo Hyun Paik**

Séoul, Corée du Sud, EuS - Guided Biliary drainage *Versus* ErcP for the Primary Palliation of Malignant Biliary obstruction: A Multicenter randomized clinical trial.

Rédacteur : **Antoine Debourdeau**

MICI

Le retour des antibiotiques dans la maladie de Crohn ?

Position du problème

Mycobacterium Avium subspecies paratuberculosis (MAP) est suspecté d'être en cause dans la survenue de la maladie de Crohn. Cet essai évalue l'intérêt d'un traitement anti-MAP dans la maladie de Crohn active.

Méthode

Il s'agit d'un essai de phase 3 randomisé contre placebo comparant un traitement anti MAP au placebo dans la maladie de Crohn active modérée à sévère (CDAI entre 220 et 450). Le traitement était une combinaison de Clarithromycine, Rifabutine et Clofazimine pris en continu. Le traitement standard (IS, corticoïdes, anti-TNF...) était poursuivi de façon indifférente entre les 2 groupes. L'objectif principal était la rémission à S26 avec comme secondaire notamment la rémission à S52.

Résultat

331 patients ont été randomisés. Les résultats montrent une efficacité du traitement anti-MAP de 37 % contre 23 % pour le placebo concernant l'objectif principal (p = 0,007). L'effet semble se maintenir dans le temps avec une efficacité à S52 de 18 % contre 9 % pour le placebo (p = 0,019). La tolérance au traitement était bonne. On est néanmoins surpris du taux faible de rémission chez les patients du groupe placebo qui bénéficiaient d'un traitement habituel...

Conclusion

L'ajout d'un traitement anti-MAP aux thérapies standard permet un meilleur taux de rémission chez les patients avec une MC active. De nombreuses questions restent ouvertes : quel est le devenir à long terme des patients traités ? Est-ce que le traitement peut être interrompu ? L'effet est-il lié à une modification du microbiote ou à l'éradication du germe ciblé, quid des résistances bactériennes induites chez ces patients immunodéprimés ?

Auteur : **Graham D**

Houston - USA. Phase III randomized, double blind, placebo-controlled, multicenter, parallel group study to assess the efficacy and safety of add-on fixed-dose anti-mycobacterial therapy (RHB-104) in moderately to severely active crohn's disease (map us).

Rédacteur : **Kevin Marcel**

Vannes

Le traitement d'entretien par Ustekinumab dans la maladie de Crohn, les données à 3 ans

Position du problème

L'Ustekinumab (UST - Ac anti IL12/23) est un traitement efficace pour la maladie de Crohn. Ce travail présente les données de suivi à plus long terme des patients ayant participé à l'étude princeps IM-UNITI (suivi initial 44 sem) avec un suivi rapporté jusqu'à 3 ans (152 semaines) de traitement d'entretien. Les données d'efficacité et de tolérance ont été étudiées.

Méthode

Parmi les 1 281 patients d'IM-UNITI, 718 ont été inclus dans l'étude d'entretien jusqu'à 3 ans. 298 patients avaient répondu au traitement d'induction et 420 n'avaient pas répondu initialement au traitement d'induction mais poursuivaient tout de même l'UST en ouvert. Aucun ajustement de dose après la semaine 44 n'était possible. L'efficacité était mesurée à chaque injection et l'échec du traitement était défini par l'arrêt du traitement ou en cas de données manquantes.

Résultat

L'efficacité du traitement était maintenue dans le temps, quelle que soit la fréquence des injections d'UST: 77 % à S44 et 62 % à S152 pour l'UST/12 sem, 84 % à S44 et 69 % à S152 pour l'UST/8 sem avec de meilleurs résultats pour les patients naïfs d'anti-TNF. Parmi l'ensemble des patients, 4,8 % ont développé des Ac anti-médicament (AAM) à un moment du suivi. Il ne semblait pas y avoir de toxicité significative (infection sévère, cancer, décès).

Conclusion

Cette étude montre un maintien d'efficacité de l'ustékinumab en terme de réponse et de rémission clinique à 3 ans. Il n'y a pas d'alerte particulière en ce qui concerne le profil de tolérance. Le traitement /8 sem ne semble pas apporter de bénéfice par rapport au traitement conventionnel /12 sem. L'efficacité était similaire entre les 2 groupes de patients (randomisés ou non).

Auteur : **Sandborn WJ**

USA - Efficacity and safety of ustekinumab for Crohn's disease: results from imuniti long-term extension through 3 years.

Rédacteur : **Kevin Marcel**

Vannes

Maladie de Crohn iléale limitée, devenir à plus long terme des patients opérés ou traités par Infliximab

Position du problème

L'essai LIR!C, déjà publié, a démontré que la résection iléo-cæcale laparoscopique était équivalente au traitement par Infliximab (IFX) en ce qui concerne la qualité de vie à 1 an, chez les patients ayant une maladie de Crohn inflammatoire iléale terminale limitée (< 40 cm), en échec du traitement immunosuppresseur (IS). L'objectif de ce travail est d'évaluer le devenir à long terme de ces patients et de rechercher des facteurs de risque d'une nouvelle intervention thérapeutique.

Méthode

Les données à plus long terme des patients ayant participé à l'essai ont été recueillies rétrospectivement. Le délai avant une nouvelle intervention thérapeutique était défini par rapport à une optimisation médicamenteuse, l'initiation d'un nouveau traitement ou une nouvelle chirurgie en rapport avec une poussée ou une intolérance médicamenteuse. Une analyse multivariée était conduite pour la recherche des facteurs de risque ou protecteurs, présents au début de la période de suivi.

Résultat

128 des 143 patients de l'étude princeps ont été étudiés avec un suivi moyen de 25,5 mois. 36 % des patients opérés étaient sous IS au début du suivi contre 61 % dans le groupe IFX. Il n'y avait pas de différence sur le risque de nouvelle modification thérapeutique dans les 2 groupes (58 % dans le groupe chirurgie, 61 % dans le groupe IFX, p = 0,56). La prise préventive d'IS diminuait ce risque de façon significative : HR 0,31 pour la chirurgie, 0,46 pour l'IFX (p = 0,002 et 0,003 respectivement).

Conclusion

À long terme, il ne semble pas y avoir de différence en terme de risque de nouvelle intervention thérapeutique entre la chirurgie et l'IFX pour le traitement de la MC iléale limitée en échec des IS. Néanmoins 45 % des patients traités par IFX ont été opérés et 27 % des patients opérés ont eu un traitement par IFX dans les 2 ans. Le choix entre chirurgie ou anti-TNF reste donc ouvert dans cette situation sous réserve d'un traitement prophylactique par IS associé : en clair difficile de conclure !

Auteur : **Stevens T.W.**

Pays-Bas - Time to therapeutic intervention following ileocecal resection compared to infliximab for ileocecal Crohn' s disease: long-term follow up of the LIR!C trial.

Rédacteur : **Kevin Marcel**

Vannes

Le cancer colorectal d'intervalle dans les MICI : à nous de jouer

Position du problème

Le sur-risque de cancer colorectal (CCR) chez les patients ayant une MICI colique ancienne est bien connu, ce qui justifie d'un programme de dépistage endoscopique adapté. Cette surveillance présente des difficultés spécifiques (lésions planes, inflammation persistante, pseudopolypes...). Le cancer d'intervalle (CCRi) est l'un des indicateurs de qualité de la coloscopie de dépistage mais peu de données sont disponibles chez les patients atteints de MICI.

Méthode

Au Royaume-Uni, ce travail a été mené de façon rétrospective à partir de bases de données nationales épidémiologiques du cancer et des données des hôpitaux. L'identification des patients MICI était effectuée via le codage du séjour, sans spécification sur l'atteinte colique. Le CCRi était un CCR survenant dans les 6 à 36 mois suivant une coloscopie négative, et le CCR diagnostiqué (CCRd) CCR survenant dans les 6 mois après coloscopie, le taux de CCRi était calculé par : CCRi/(CCRd + CCRi).

Résultat

Les coloscopies étaient réalisées entre 2006 et 2012. Sur cette période, 7 781 CCRi ont été identifiés dont 800 (10 %) patients avec une MICI. Le taux moyen de CCRi était de 35 % avec de grandes variabilités en fonction des centres (de 10 % jusqu'à 70 %). Ce taux moyen était stable sur l'ensemble de la période d'étude. Les CCRi concernaient plus fréquemment des patients jeunes, de sexe masculin, avec une CSP et présentant des pseudopolypes.

ABSTRACTS UEGW

Conclusion

Les CCRi chez les patients MICI représentent 10 % des CCRi diagnostiqués au Royaume-Uni. Une importante variabilité inter-centres a été observée avec une moyenne de 35 % de CCRi diagnostiqués chez les patients MICI. Malgré l'amélioration de la qualité des explorations, ce taux est resté stable entre 2006 et 2012. Cette étude souligne probablement l'importance de la qualité de la coloscopie et de l'intervalle de surveillance que nous devons respecter pour limiter ce risque.

Auteur : **Burr N.**
Royaume-Uni - Post-colonoscopy cancer rate in IBD are high and vary by NHS trust in england.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

La calprotectine fécale : un outil pour distinguer les fistules anales cryptoglandulaires des fistules anales de la maladie de Crohn ?

Position du problème

Les fistules ano-périnéales sont fréquentes au cours de la maladie de Crohn (1 patient sur 4). Elles peuvent précéder l'apparition de la maladie luminale. Dans certains cas de fistules complexes ou récidivantes ou d'aspect inflammatoire, une origine crohnienne peut être suspectée. Le but de cette étude était de déterminer l'apport de la calprotectine fécale pour différencier une fistule crypto-glandulaire banale d'une fistule crohnienne.

Méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective, comparant le taux de calprotectine fécale (CF) chez 56 patients (37 fistules crohniennes et 19 fistules cryptoglandulaires).

Résultat

Les valeurs de CF étaient significativement plus élevées dans le groupe des fistules crohniennes indépendamment de la présence ou non d'atteinte luminale ($p < 0{,}001$). La valeur cut-off de 150 µg/g a été déterminée avec une bonne valeur prédictive positive de 94 % et négative de 71 %.

Conclusion

Un seuil de CF de 150 µg/g permettrait de distinguer une fistule anale crohnienne d'une fistule anale cryptoglandulaire. Ainsi la CP pourrait être un outil de dépistage et d'aide à la décision pour la réalisation d'une coloscopie chez des patients présentant une fistule anale de présentation inhabituelle ou des troubles du transit associés. À contrario, elle pourrait fournir des arguments pour une MC en cas de fistule anale sans atteinte luminale. Ces résultats méritent d'être confirmés.

Auteur : **Toer W. Stevens**
University of Amsterdam, Amsterdam., PO326 Faecal calprotectin discriminates cryptoglandular from Crohn's disease perianal fistulas.

Rédacteur : **Lucas Spindler**
Paris

Recherche de facteurs de risque d'immunisation en cas de traitement par anti-TNF

Position du problème

L'immunisation au traitement anti-TNF est en grande partie responsable de la perte de réponse de nos patients. ABIRISK est une cohorte multicentrique, prospective non interventionnelle de patients traités par biothérapie (MICI, polyarthrite rhumatoïde et sclérose en plaques) avec un suivi clinique et biologique d'échantillons pour trouver des biomarqueurs prédictifs d'efficacité et d'immunisation.

Méthode

Dans cette cohorte, les patients ayant une MICI traitée par Adalimumab (ADA) ou Infliximab (IFX) en première ligne étaient inclus. Un dosage régulier des Ac anti-médicament (AAM) était effectué, tout comme un suivi clinique pendant 1 an. La rémission clinique était définie par un score Harvey Bradsaw < 4 ou un score Mayo < 5. Une immunisation était définie par une positivité des AAM dans la première année de suivi avec une analyse uni- et multivariée évaluant des facteurs de risque de survenue.

Résultat

184 patients ont été étudiés (148 MC et 36 RCH) : 86 traités par IFX et 98 par ADA avec une co-prescription d'IS respectivement dans 68 et 40 % des cas. Des AAM étaient détectés chez 28 % des patients (39 % ADA et 15 % IFX). La durée moyenne d'apparition des AAM était de 2,5 mois, ils persistaient dans 72 % des cas. Le dosage du taux résiduel de médicament était plus bas chez les patients avec AAM et leur présence était associée à un taux de rémission clinique plus faible (59 % *vs* 36 % $p < 0{,}001$).

Conclusion

Chez les patients atteints de MICI, l'immunisation est un évènement fréquent, qui survient rapidement. L'immunogénicité vis-à-vis des anti-TNF est associée à un taux de rémission et à des taux de médicament plus bas. Les IS et les antibiotiques concomitants sont associés à un risque d'immunogénicité plus faible, tandis que les vaccins reçus avant le début du traitement par anti-TNF sont associés à un risque accru d'immunogénicité. Une mine d'information est probablement à venir.

Auteur : **Allez M.**
France - Predictors of immunogenicity to anti-tnf therapy in IBD: results of the abirisk study.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

Une nouvelle approche dans le traitement des fistules ano-périnéales de la maladie de Crohn

Position du problème

Le traitement des fistules ano-périnéales de la maladie de Crohn est un défi thérapeutique. L'injection autour du trajet fistuleux de cellules mésenchymateuses autologues d'origine vasculaire du tissu adipeux couplée à du tissu graisseux solide est une technique innovante d'épargne sphinctérienne. L'étude ADICROHN est une étude pilote de phase I ayant pour objectif principal d'évaluer la tolérance et la sécurité de la procédure et secondairement son efficacité.

Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective, ouverte, non contrôlée, monocentrique. Les patients inclus présentaient une maladie de Crohn (durée d'évolution moyenne 11,8 ans) avec une fistule anale complexe ne répondant pas à un traitement médical optimal. Au total, 10 patients ont été inclus avec un suivi d'un an. Les fistules étaient préalablement drainées par séton et la procédure de prélèvement et d'injection était réalisée le même jour.

Résultat

Une réponse complète (définie par la fermeture de l'orifice externe et l'absence de collection à l'IRM) était observée chez 20 % des patients à 12 semaines et 60 % à 48 semaines. À la fin du suivi 20 % des patients étaient considérés en échec et 20 % en réponse partielle (diminution des suintements). La sévérité (PDAI) était significativement diminuée et la qualité de vie (SIBDQ) était améliorée (= 0,002 et 0,038). Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté.

Conclusion

L'injection concomitante de cellules mésenchymateuses vasculaires et de tissus graisseux est une voie de recherche intéressante dans le traitement des fistules ano-périnéales. La technique, bien tolérée, doit toutefois faire la preuve de son efficacité avec un essai randomisé et contrôlé.

Auteur : **Mélanie Serrero**
Marseille - ADICROHN pilot Study: An innovative treatment for refractory perianal fistulas in Crohn disease, OP092.

Rédacteur : **Lucas Spindler**
Paris

Combothérapie en cas de switch après immunisation d'un premier anti-TNF !

Position du problème

Chez les patients traités par anti-TNF présentant une perte de réponse avec une pharmacocinétique défavorable (taux résiduel bas et Ac anti-médicaments) les algorithmes actuels proposent un changement d'anti-TNF. Néanmoins, ce changement s'accompagne souvent d'une nouvelle immunisation (anticorps) contre le second anti-TNF.

Méthode

Cet essai bicentrique, randomisé contrôlé mené entre 2012 et 2016, a inclus tous les patients atteints de MICI active avec un premier anti-TNF optimisé, en monothérapie et présentant une pharmacocinétique défavorable (taux indétectable d'anti-TNF et taux élevé d'anticorps anti-médicament). Il y avait 2 bras de traitement : second anti-TNF avec ou sans ajout d'Azathioprine. Un suivi clinique et pharmacocinétique était effectué pendant 2 ans.

Résultat

Un total de 90 patients (48 avec maladie de Crohn) ont été inclus. À 2 ans, la combothérapie était associée à une rémission clinique et une évolution pharmacocinétique favorable dans respectivement 85 % et 80 % des cas *vs* 62 % et 59 % des cas pour la monothérapie ($p < 0{,}001$). Il n'y avait pas de différence en fonction du type d'anti-TNF, ni de différence en terme d'effets secondaires. Les non-répondeurs primaires au deuxième anti-TNF étaient exclus.

Conclusion

En cas de changement d'anti-TNF (IFX à ADA ou de l'ADA à l'IFX) pour perte de réponse en rapport avec une pharmacocinétique défavorable et la présence d'anticorps anti-médicament, il semble nécessaire d'associer l'Azathioprine au second anti-TNF que ce soit pour l'Adalimumab ou l'Infliximab afin d'améliorer la rémission clinique et diminuer l'immunisation.

Auteur : **Roblin X.**
France - Interest in the addition of azathioprine (AZA) to the switch of anti-TNF in IBD patients in clinical relapse with undetectable anti-TNF trough levels and anti-drug antibodies: a prospective randomized trial.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

Les biothérapies diminuent-elles les coûts de santé des patients MICI ?

Position du problème

Le but de cette étude était d'évaluer l'effet des biothérapies sur les coûts de santé directs (hospitalisation, chirurgie, traitement spécifique et coût des investigations) chez des patients souffrant de MICI.

Méthode

Les données sont issues de la cohorte internationale en population EPI-IBD regroupant 31 centres sur 20 pays. Les cas incidents de MICI survenus en 2010 ont été suivis pendant 5 ans avec un recueil prospectif des coûts directs de santé (exprimés en €/patient-année).

Résultat

Un total de 1 362 patients a été étudié (52 % de RCH, 37 % de Crohn et 11 % de colites indéterminées). Les coûts étaient significativement plus importants la première année (4 964 €) avec une décroissance progressive (1 113 € la dernière année). Le coût lié aux biothérapies augmentait de façon croissante, à l'inverse du coût des hospitalisations, de la chirurgie et des investigations. Cette étude comportait plus de patients sous immunosuppresseurs et sous biothérapie que les cohortes précédentes.

Conclusion

Même si le coût des biothérapies est important et son utilisation croissante, l'efficacité des produits permet de limiter les coûts de santé de nos patients en définitive car ils seront moins hospitalisés et moins opérés. Le coût global sur 5 ans de suivi ne cesse de diminuer, y compris chez les patients sous biothérapie.

Auteur : **Burisch J.**
Frederikssund Danmark - Is there a cost-saving effect of biological therapy in patients with inflammatory bowel disease? Results from a prospective european population-based inception cohort.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

ABSTRACTS UEGW

L'injection de cellules souches : un nouvel espoir dans le traitement des fistules ano-périnéales pour les malades de Crohn ?

Position du problème

Les fistules ano-périneales sont fréquentes au cours de la maladie de Crohn (1 patient sur 4). Les traitements actuels permettent rarement d'aboutir à l'obturation du trajet fistuleux. Les auteurs avaient évalué l'efficacité à court terme de l'injection d'une suspension de cellules souches mésenchymateuses allogéniques (issues de la moelle osseuse) autour du trajet fistuleux. À 3 mois ils observaient une amélioration, selon les groupes, chez 20 à 80 % des patients. Voici les résultats à 4 ans.

Méthode

Les patients présentaient une fistule ano-périnéale réfractaire au traitement médical. Après randomisation, ils étaient répartis en 3 groupes (5 patients traités et 2 patients dans le bras placebo pour chacun des groupes). Seul le nombre de cellules injectées variait entre les groupes (groupe 1 (1 x 10.7 cellules), groupe 2 (3 x 10.7) et groupe 3 (9 x 10.7)). Les critères d'efficacité étaient l'absence de suintement et de collection > 2 cm à l'IRM.

Résultat

Sur l'ensemble des patients traités les scores d'activité (PDAI) et de qualité de vie (SF-36) étaient significativement améliorés par rapport au placebo ($p < 0,05$). Sur les 9 patients ayant eu une IRM de contrôle, 8 présentaient une diminution en taille du trajet fistuleux dont 3 patients (33 %) chez lesquels le trajet n'était plus visible. Aucun effet indésirable grave imputable au traitement n'a été observé.

Conclusion

L'injection de cellules souches mésenchymateuses est une voie prometteuse dans la prise en charge des fistules ano-périnéales crohniennes. Toutefois, le taux d'obturation de la fistule reste faible et survient chez des patients également sous traitement médical. D'autres études, avec un plus grand nombre de patients, sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de cette technique encore expérimentale.

Barnhoorn M.1, Molendijk I.1, Bonsing B.A.2, Roelofs H.3, Maljaars J.P. W.1, Peeters K.2, Wasser M.N.J.M.4, Oosten L.E.M.3, Dijkstra G.5, van der Woude C.J.6, Duijvestein M.7, Veenendaal R.A.1, Zwaginga J.3, Verspaget H.W.1, Fibbe W.E.3, Hommes D.W.1,8, Van der Meulen - De Jong A.1 1Leiden University Medical Center, Gastroenterology and Hepatology, Leiden, Netherlands, 2Leiden University Medical Center, Surgery, Leiden, Netherlands, 3Leiden University Medical Center, Immunohematology and Blood Transfusion, Leiden, Netherlands, 4Leiden University Medical Center, Radiology, Leiden, Netherlands, 5UMC Groningen, Gastroenterology and Hepatology, Groningen, Netherlands, 6Erasmus Medical Center, Gastroenterology, Rotterdam, Netherlands, 7AMC, Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam, Netherlands, 8University of California Los Angeles, Digestive Diseases, Los Angeles, United States, OP060 - Long-term efficacy and safety of allogeneic bone marrow-derived mesenchymal stromal cells for perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a 4-year follow-up study.

Rédacteur : **Lucas Spindler**
Paris

L'Ustekinumab dans la RCH : ça marche !

Position du problème

L'Ustekinumab est un anticorps monoclonal anti IL12 et IL 23 validé dans le traitement de la maladie de Crohn. Le but de cet essai était de savoir si un effet similaire pouvait être observé dans la RCH après un traitement d'induction.

Méthode

Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé de phase 3 visant à démontrer l'efficacité d'un traitement d'induction par Ustekinumab dans la RCH modérée à sévère (essai UNIFI). Les patients étaient randomisés en 3 bras : Ustekinumab 130 mg IV, Ustekinumab 6 mg/Kg IV et Placebo. Après une unique injection les patients étaient revus à S8 avec comme critère principal de jugement la rémission clinique à S8 (définie par un score Mayo inférieur ou égal à 2 avec aucun sous-score supérieur à 1).

Résultat

961 patients ont été inclus. Il s'agissait de patients avec une maladie active (score Mayo moyen à 9/12). La moitié des patients avait un antécédent d'échec aux anti-TNF. Le critère de jugement principal était atteint chez 16 % des patients dans le bras Ustekinumab 130 mg, 15 % dans le bras 6 mg/Kg, 5 % pour le placebo ($p < 0,001$). En critère secondaire la réponse clinique était de plus de 50 % dans le bras traitement et le taux de cicatrisation muqueuse de 27 % *vs* 14 % dans le groupe placébo ($p < 0,001$) .

Conclusion

Le traitement d'induction par Ustekinumab à la semaine 8 a montré une amélioration significative de la rémission clinique, de la réponse clinique, de la cicatrisation muqueuse et une diminution de la calprotectine fécale, avec une bonne tolérance. Ces résultats prometteurs seront à confirmer dans l'étude d'entretien en cours.

Auteur : **Sands Bruce E.**
USA - Safety and efficacy of ustekinumab induction therapy in patients with moderate to severe ulcerative colitis: results from the phase 3 unifi study.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

Analyse de l'expression génomique dans les MICI

Position du problème

L'expression génomique tissulaire a été étudiée par différentes techniques pour évaluer la prédiction de la réponse au traitement ou de la survenue de complications de la maladie.

Méthode

Ce travail rétrospectif sélectionné parmi les meilleurs résumés du congrès a regroupé 6 études publiées évaluant l'expression génomique des MICI sur 1 545 spécimens. Ont été comparées l'expression génomique au sein de l'iléon de sujets sains et de malades de Crohn et celle du colon de sujets sains et de patients atteints de maladie de Crohn ou de RCH.

Résultat

Il y a un cluster de génomes communs pour les 3 types d'atteinte des MICI étudiés. D'importantes similarités génomiques ont été retrouvées entre les maladies de Crohn coliques et les RCH. Le gène FOLH-1 semble être un marqueur important de la MC iléale. Le gène REG3A est exprimé de façon physiologique dans l'iléon mais surexprimé dans le colon inflammatoire.

Conclusion

Malgré des interrogations persistantes sur le lien de causalité génome/MICI et un manque de données sur l'impact clinique, ce travail permet de mettre en exergue certaines pistes pouvant améliorer notre compréhension sur le déclenchement des MICI.

Auteur : **Perez K**
Paris A - Comprehensive molecular classification of crohn's disease using gene expression data.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

Efficacité des 2e et 3e lignes de traitement anti TNF dans la vraie vie

Position du problème

Environ 30 % des patients MICI traités par anti-TNF sont non répondeurs d'emblée à une première ligne de traitement anti-TNF. Parmi les répondeurs, nombreux sont ceux qui présenteront une perte de réponse ou une intolérance et une autre molécule de la même classe est alors souvent utilisée.

Méthode

Les données présentées sont issues d'une cohorte prospective espagnole (59 centres). Les patients ayant été switchés pour une 2e ou une 3e ligne d'anti-TNF pour inefficacité ou intolérance ont été inclus. Un échec primaire était défini par une absence de réponse ou une réponse partielle. Les patients ayant arrêté les anti-TNF pour une autre raison et les patients traités en prévention de la rechute post-opératoire étaient exclus. La population d'étude était de 1 022 patients (73 % de Crohn).

Résultat

Une deuxième ligne d'anti-TNF introduite pour échec ou intolérance permettait une rémission à court terme chez 45 % des patients. Le switch pour intolérance était un facteur associé à la rémission, à l'inverse de la perte d'effet d'un traitement par combothérapie. L'incidence cumulée de perte de réponse après rémission à ce stade était de 45 %. 71 patients ont été switchés pour un 3e anti-TNF avec une rémission à court terme chez 55 % des patients.

Conclusion

Environ 50 % des patients bénéficient du switch à chaque étape. L'efficacité de switch est plus importante en cas d'intolérance qu'en cas de perte de réponse ou d'échec primaire. Ceci conforte une stratégie d'utilisation séquentielle des anti-TNF avant swap.

Auteur : **Casanova MJ**
Madrid - Efficacy and safety of the sequential use of a second and third anti-tnf drug in patients with inflammatory bowel disease.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

Utilisation sous cutanée du Vedolizumab dans la RCH, pour bientôt !

Position du problème

Le Vedolizumab est un traitement reconnu sous sa forme intraveineuse, pour le traitement des patients atteints de RCH modérée à sévère. Une forme sous cutanée de Vedolizumab a été développée et pourrait être plus pratique pour les patients.

Méthode

Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé de phase 3, évaluant la rémission clinique à S52 du traitement d'entretien par Vedolizumab SC *vs* IV *vs* placébo. La rémission clinique était définie par un score Mayo inférieur ou égal à 2 avec aucun sous-score supérieur à 1. Les patients ayant eu une réponse clinique à S6 après 2 premières injections IV de Vedolizumab à S0 et S2 étaient randomisés en 3 bras : Vedolizumab SC 108 mg/2s, Vedolizumab IV 300 mg/8s et placebo.

Résultat

216 patients ont été inclus dans la phase de maintenance. La rémission à S52 était significativement plus importante dans le groupe Vedolizumab SC (et IV) par rapport au placebo (46,2 % *vs* 14,3 % $p < 0,001$). Il en était de même pour la cicatrisation muqueuse (56,6 % *vs* 21,4 % $p < 0,001$). L'efficacité était plus importante chez les patients naïfs de traitement anti-TNF. La tolérance était bonne malgré un taux de réaction bénigne au point d'injection plus important dans le groupe Vedolizumab SC.

Conclusion

La forme sous cutanée du Vedolizumab est efficace pour le maintien de la rémission chez les patients porteurs d'une RCH modérée à sévère qui ont répondu au traitement d'induction par voie intraveineuse à S6. Les données d'efficacité et de tolérance semblent similaires à l'essai GEMINI qui a permis l'AMM de la forme IV dans la RCH. Ceci pourrait permettre de personnaliser le traitement et de laisser le choix au patient de la voie et du rythme d'injection en entretien.

Auteur : **Sandborn WJ.**
Efficacy and safety of a new vedolizumab subcutaneous formulation for ulcerative colitis: results of the visible 1 phase 3 trial.

Rédacteur : **Kevin Marcel**
Vannes

ABSTRACTS UEGW

Cancérologie

Une nouvelle classification pour le cancer du pancréas

Position du problème

L'American Joint Committee on Cancer (AJCC) a proposé une 8e édition de la classification TNM du cancer du pancréas dans le but d'améliorer l'exactitude de l'évaluation du pronostic en fonction du stade et de guider les décisions thérapeutiques.

Méthode

Les patients qui ont bénéficié d'une duodéno-pancréatectomie pour un adénocarcinome pancréatique non métastatique en 2000 et 2015 dans 5 centres de références ont été rétrospectivement classés selon la 8e édition des stades TNM. La précision pronostique de la survie globale a été évaluée afin de comparer les 2 éditions du système de stadification TNM.

Résultat

1 528 patients ont été inclus dans l'étude. La répartition entre les stades est passée de 2,7 %, 3,0 %, 13,2 %, 80,4 %, 0,8 % dans la 7e édition à 7,9 %, 9,6 %, 1,4 %, 42,0 %, 39,1 % dans la 8e édition pour les stades IA, IB, IIA, IIB et III, respectivement. Les taux de survie à cinq ans sont passés de 37,6 %, 39,3 %, 35,1 %, 16,5 %, 0 % (log-rank p < 0,0001) dans la 7e édition à 39,4 %, 34,2 %, 27,6 %, 21,0 % et 10,8 % (log-rank p < 0,0001) dans la 8e édition pour les étapes IA, IB, IIA, IIB et III.

Conclusion

Cette étude a démontré une meilleure répartition entre les différents stades et une précision pronostique accrue par rapport à la 7e édition de l'AJCC. Le nouveau stade T à lui seul ne permet toujours pas de prédire la survie, alors que le nouveau stade N est hautement pronostique.

⊖ Auteur : **S. van Roessel**
Netherlands

⊖ Rédacteur : **Sarah Hahn**

Qui est le moins cher pour le dépistage du CCR ?

Position du problème

Les programmes organisés de dépistage du cancer colorectal (CCR) permettent de diminuer l'incidence et la mortalité spécifique. Cependant, ces programmes exigent des ressources médicales et économiques importantes. Les deux méthodes de référence du dépistage sont le test immunochimique fécal (FIT) et la coloscopie. L'objectif de cette étude était de réaliser une analyse coût-utilité entre ces deux tests dans un cadre européen.

Méthode

Une analyse de coût-utilité de Markov a été réalisée dans la population portugaise, comparant le dépistage biennal par FIT ou la coloscopie au non dépistage. La population a été dépistée entre 50 et 74 ans par FIT ou par coloscopie tous les 10 ans et l'efficacité a été évaluée en quality-adjusted life years (QALY).

Résultat

Le dépistage biennal par FIT et la coloscopie tous les 10 ans ont abouti à une diminution de l'incidence et de la mortalité par CCR de 30 % et 30 %, et de 38 % et 38 %, respectivement. Lors de l'analyse coût-efficacité, la FIT était l'option la plus rentable, avec un ICER de 6 383 €/QALY, tandis que la coloscopie tous les 10 ans donnait un ICER de 103 633 €/QALY.

Conclusion

Le FIT biennal est le choix sociétal le plus approprié pour le dépistage. Ce choix permet aussi une exploitation plus rationnelle de la capacité endoscopique qui peut être limitée. Ces résultats soutiennent la mise en œuvre progressive de programmes fondés sur des FIT en Europe.

⊖ Auteur : **M. Areia**
Portugal

⊖ Rédacteur : **Sarah Hahn**

Les vieux contre les jeunes. Quelles sont leurs différences dans le CCR ?

Position du problème

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité liée au cancer aux USA. Bien que l'incidence ait diminué chez les adultes (≥ 50), elle a augmenté chez les adultes de moins de 50 ans. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de risque potentiels dans la survenue de CCR chez les jeunes adultes américains.

Méthode

Une base de données nationale américaine a été utilisée pour identifier tous les cas de CCR de janvier 2012 à décembre 2016. Les sous-groupes ont été stratifiés en fonction de l'âge (25-49 ans *vs* ≥ 50 ans). En outre, le groupe le plus jeune a également été comparé à un groupe témoin composé de personnes âgées de 25 à 49 ans sans diagnostic de cancer colorectal. 20 données pour les facteurs liés au CCR ont été analysées afin d'identifier les facteurs de risque potentiels spécifiques au CCR.

Résultat

68 860 patients ont été identifiés avec un CCR, dont 5 710 (8,3 %) étaient âgés de moins de 50 ans. Le cancer colorectal précoce avait une incidence significativement plus élevée chez les patients afro-américains, chez les patients aux antécédents familiaux (AF) de cancer et de polypes coliques, obèses (IMC > 30), avec douleur rectale par rapport aux patients de plus de 50 ans avec un diagnostic de CCR.

Conclusion

L'augmentation de la CCR chez les jeunes reste préoccupante. Identifier les facteurs de risque de cancer colorectal précoce est nécessaire pour optimiser les stratégies de de dépistage précoce en particulier dans la population de 40 à 49 ans. Dans l'attente d'un complément d'investigation, ces facteurs de risque (origine afro-américaines, antécédents familiaux de cancer et de polypes coliques, obésité) devraient permettre de moduler l'âge du dépistage du CCR.

OP 291 the old *versus* the new: what is different in colorectal cancer ?, Syed A. United States.

⊖ Rédacteur : **Sarah Hahn**

Les lésions coliques à haut risque permettent de prédire le risque de cancer d'intervalle

Position du problème

Après une coloscopie de dépistage, les patients présentant un adénome à haut risque (≥ 2 polypes ou ≥ 10 mm ou une dysplasie de haut grade ou une histologie villositaire ou tubulovilleuse) doivent être soumis à une colonoscopie de surveillance après 3 ans. Bien que le dépistage endoscopique atteigne des normes de qualité élevées, les cancers en intervalle ne sont pas rares et ses facteurs de risque sont mal identifiés.

Méthode

Les coloscopies de dépistage réalisées entre janvier 2009 et juin 2015 dans le cadre du programme national de dépistage autrichien ont été incluses. Un cancer par intervalle a été défini comme étant un cancer colorectal diagnostiqué au moins 6 mois après la coloscopie de dépistage et la date programmée coloscopie de surveillance.

Résultat

146 894 coloscopies ont été incluses dont 19 % ont été classées comme présentant un risque élevé. Au cours d'un suivi médian de 36,9 mois, 114 cancers d'intervalle ont été identifiés. Les patients présentant des lésions à haut risque avaient des taux d'incidence des cancers d'intervalle significativement plus élevés que ceux du groupe à faible risque (HR 1,77 [1,18 - 2,66] ; p = 0,006) et il n'y avait pas d'association avec le sexe féminin.

Conclusion

La présence de lésions à haut risque lors de la coloscopie initiale est un facteur prédictif de la survenue d'un cancer d'intervalle au même titre qu'un faible taux de détection d'adénome. Contrairement aux études précédentes, il n'y avait pas d'association avec le sexe féminin.

⊖ Auteur : **E. Waldmann**
Austria

⊖ Rédacteur : **Sarah Hahn**

Sait-on caractériser correctement les lésions colorectales pT1 ?

Position du problème

La mise en place de programmes nationaux de dépistage de cancers colorectaux a permis d'augmenter le diagnostic de cancer superficiel (T1). Cependant le diagnostic endoscopique de ces lésions est difficile. Cette étude hollandaise a évalué la précision diagnostique endoscopique des lésions T1 dans le cadre du programme du dépistage organisé et ses conséquences sur la prise en charge thérapeutique.

Méthode

Tous les participants au programme national de dépistage du cancer colorectal basé sur le FIT (test immunochimique fécal) de février 2014 à août 2015 dans la région du Limbourg ont été inclus. Les données cliniques, endoscopiques et histologiques ont été recueillies lors de la coloscopie de référence et la coloscopie de suivi à 3 ans.

Résultat

2 473 patients présentant 7 657 néoplasmes colorectaux ont été inclus. Lors de la coloscopie initiale, 19 (19,6 %) lésions ont été évaluées adénocarcinome T1 par endoscopie et 78 (80,4 %) avaient été sous diagnostiqués comme un adénome (n = 77) ou un polype hyperplasique (n = 1). Sur les 78 lésions sous évaluées, 36 ont été réséquées endoscopiquement, 34 ont été réséquées chirurgicalement après un échec endoscopique et 8 ont été opérées.

Conclusion

Environ 80 % des CCR T1 du programme national néerlandais de dépistage du CCR ne sont pas correctement classés endoscopiquement en tant que CRC précoce. L'incertitude entourant le diagnostic peut entraîner des coloscopies supplémentaires, des retards à la prise en charge chirurgicale. Une amélioration de caractérisation des tumeurs superficielles coliques est nécessaire pour optimiser les résultats des programmes nationaux de dépistage du cancer colorectal.

⊖ Auteur : **L. Meulen**
Netherlands

⊖ Rédacteur : **Sarah Hahn**

Adénocarcinome T1 sur polype festonné, méfiance ! Les ganglions guettent !

Position du problème

La résection endoscopique des cancer coliques superficiels n'est envisageable qu'en cas de faible risque ganglionnaire. Celui-ci est évaluable en fonction de facteurs pronostiques histologiques dont la validation s'est faite principalement en population asiatique sur des polypes dégénérés issus d'adénomes "classiques" = T1-ADK villeux ou tubulo-villeux. Il est globalement de 10 %. Les auteurs se sont intéressés aux T1 développés sur des adénomes festonnés sessiles (Serated sessiles adenoma = SSA).

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins ayant comparé les T1 opérés à l'hôpital Juntendo de Tokyo entre 2006 et 2017. Les auteurs ont identifié 45 T1-SSA qu'ils ont comparés à 200 T1-ADK pour analyse des facteurs pronostics. L'objectif était de décrire les caractéristiques histologiques des T1-SSA et d'évaluer la faisabilité de leur résection endoscopique.

Résultat

Les T1-SSA touchaient une population plus âgée (71 ans *vs* 66) et féminine (58 % *vs* 38 %). Il s'agissait de polype sessiles dans 69 % des cas *vs* 44 % pour T1-ADK dont 96 % étaient dans

ABSTRACTS UEGW

le colon droit *vs* 19 % pour T1-ADK. Ils étaient plus petits : 15 *vs* 22 mm et mucineux dans 30 % des cas *vs* 4 % si T1-ADK. L'envahissement en profondeur et la présence d'embols étaient plus fréquents. Les T1-SSA étaient associés à 30 % de métastases ganglionnaire contre 7 % si T1-ADK.

Conclusion

Ces résultats sont marquants et incitent à la plus grande prudence lors de l'évaluation de patients avec T1 sur SSA. Le taux de métastases ganglionnaires est bien plus haut pour des degrés d'invasion sous muqueux plus faible. De nouvelles études ciblées spécifiquement sur le pronostic des T1-SSA et sur les possibilités de résection endoscopique carcinologique doivent être établies pour maîtriser le risque ganglionnaire.

Auteur : **Murakami T**

Tokyo, OP205 - Limitations of endoscopic resection for colorectal submucosal invasive carcinoma arising in sessile serrated adenoma/polyp.

Rédacteur : **Antoine Debourdeau**

Prise en charge de la récidive locale des cancers rectaux dans le cadre d'une approche watch-and-wait

Position du problème

Les patients atteints par un cancer rectal avec une réponse complète après un traitement néo-adjuvant peuvent être suivis selon la méthode de wait-and-watch. Cependant, une des problématiques de cette approche est le risque de trouble de la statique pelvienne chez les patients avec une récidive locale. Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge et les résultats oncologiques des patients avec une récidive locale dans le cadre d'une approche par watch-and-wait.

Méthode

385 patients ayant une récidive locale dans deux cohortes watch-and-wait (Dutch cohort et Champalimaud Foundation Lisbon) ont été inclus entre janvier 2005 et mars 2018. Les patients avaient bénéficié d'un traitement néo-adjuvant et devaient être en réponse clinique complète. Le type et les résultats des traitements de sauvetage ont été évalués.

Résultat

81/379(21,3 %) patients watch-and-wait ont présenté une récidive locale. Une chirurgie de sauvetage a été réalisée chez 78/81 des cas (96 %). Une résection locale a été réalisée chez 26 patients (33 %), une résection antérieure basse a été réalisée chez 26 patients (33 %), une amputation abdomino-périnéale a été réalisée chez 24 patients (31 %) et le type de résection était inconnu pour 2 patients. La survie sans récidive à 3 ans était de 88,7 % avec une survie globale à 3 ans de 96,7 %.

Conclusion

96 % des patients ayant une récidive locale dans le cadre d'un programme watch-and-wait ont pu être opérés. La résection locale de la lésion reste le plus souvent possible dans un contexte de récidive locale. Il n'y a pas été observé d'augmentation significative des complications chirurgicales (trouble de la statique pelvienne) après une opération de sauvetage.

Auteur : **G.L. Beets**

Netherlands.

Rédacteur : **Sarah Hahn**

Hépatologie

Cirrhose : prévenir la réadmission précoce ?

Position du problème

Les dépenses relatives aux réadmissions potentiellement évitables des patients atteints de cirrhose pourraient atteindre 12 millions de dollars par an. La réadmission précoce (au cours des 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation) de ces patients est associée à une altération de leur qualité de vie, et demeure un facteur de mauvais pronostic de la maladie. Cette étude avait pour objectif de développer un score permettant d'identifier les patients à risque élevé de réadmission précoce (RP).

Méthode

Il s'agit d'une étude espagnole, prospective, multicentrique incluant 253 patients atteints de cirrhose hospitalisés pour décompensation de la maladie. Avant la sortie, un recueil des données démographiques, socio-économiques, cliniques et biologique a été réalisé. Les réadmissions ont été classées en trois groupes : dans les 30 jours, de 1 à 6 mois et de 6 à 12 mois après la sortie.

Résultat

Les facteurs prédictifs de RP étaient : une ILA pendant l'hospitalisation (HR : 4,34 ; IC à 95 % 1,43-13,17 ; p=0,01), une ascite grade ≥ 2 (HR : 2,16 ; IC à 95 % 1,21-3,86 ; p=0,01), le nombre de médicaments à la sortie (HR : 1,16 ; IC à 95 % 1,03-1,32 ; p=0,02), un ECOG ≥ 1 (HR : 4,13 ; IC à 95 % 1,25-13,65 ; p=0,02), un Child-Pugh ≥ 10 (HR : 2,43 ; IC 95 % 1,33-4,45 ; p=0,004) et un score de MELD-Na ≥ 15 (HR : 2,25 ; IC 95 % 1,19-4,26 ; p=0,01). Le score était établi après attribution de points pondérés aux facteurs.

Conclusion

Trois groupes ont été différenciés : patients à faible risque de RP 4,3 % (score < 17), à risque moyen (score 17-24), et à haut risque de RP 49,3 % (score ≥ 25). Ce score de risque est utile pour identifier les patients à haut risque de réadmission précoce nécessitant probablement la mise en œuvre de stratégies spécifiques pour réduire ce risque. Une validation externe du score et des études futures seront nécessaires afin d'établir les actions à mener chez ces patients.

Auteurs : **Franco L.M, Rodriguez M, Navascues C.A, Antón S, Ferrusquía J, Ríos A, Fraile M, Gonzalez-Dieguez L, Valle C, Varela M, De la Vega J, Graviss E, Nguyen D, Victor D.W.**

Espagne. Risk score model to predict early readmission in decompensated cirrhosis.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

Cirrhose : les antibiotiques pas si automatiques ?

Position du problème

Les complications infectieuses chez les patients atteints de cirrhose sont fréquentes et constituent l'une des principales causes d'hospitalisation. Les germes multirésistants sont une réalité qui peut modifier les stratégies de traitement et de prévention des infections chez ces patients. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de risque d'apparition de germes multirésistants chez les patients cirrhotiques.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, menée d'octobre 2017 à mars 2018 chez des patients cirrhotiques non compensés hospitalisés pour une complication infectieuse. Pour chaque patient inclus, ont été analysés les hémocultures aérobies et anaérobies, l'ECBU, et l'examen cytobactériologique du liquide d'ascite.

Résultat

Au total, 52 patients présentaient une complication infectieuse. Un germe a été retrouvé chez 37 patients, dont 18 présentaient une infection à germe multirésistant. Le Klebsiella BLSE était le germe le plus fréquent (44,4 %). La présence de germes multirésistants était associée à la prise d'IPP (72,2 %, p=0,032), d'antibiotique dans les 90 derniers jours dont la norfloxacine (94,4 %, p=0,00312), et à une hospitalisation > 48 h ou une sortie < 30jours (100 %, p=0,0082).

Conclusion

L'utilisation sans discernement d'antibiotiques et d'IPP augmente le risque d'infections à germes multirésistants ce qui suggère que leur prescription devrait être limitée à une indication formelle. Une hospitalisation de plus de 48 heures ou une sortie de l'hôpital depuis moins de 30 jours ont également une influence sur l'apparition de germes multirésistants. Ceci suggère que les durées de séjour chez ces patients devraient être limitées au nombre minimum de jours requis.

Auteurs : **Figueiredo L.M, Rafael M.A, Alexandrino G, Martins A, Oliveira A.M, Carvalho R, Santos Nunes L, Horta D, Lourenço L.C.C, Costa M.N, Reis J.**

Portugal. Risk factors for the emergence of multidrug-resistant organisms in liver cirrhosis.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

CSP : un peu d'épidémiologie

Position du problème

La cholangite sclérosante primitive (CSP) conduit à une cirrhose et prédispose au développement d'un cholangiocarcinome. Actuellement, aucun traitement ne permet de retarder la progression de la maladie et la transplantation hépatique (TH) est le seul traitement efficace contre l'insuffisance hépatique sévère. Peu d'études épidémiologiques sur une vaste population sont disponibles. L'objectif est d'évaluer la survie de ces patients dans une vaste cohorte basée sur la population finlandaise.

Méthode

Tous les patients atteints de CSP de 1990 à 2015 dans une zone représentant 29 % (1 616 321) de la population finlandaise ont été identifiés via un registre hospitalier et inclus dans l'étude. 4 critères pour le calcul de la survie ont été utilisés : décès ou TH, décès lié à la CSP ou à la TH, décès lié à la CSP et tous les décès. Les décès liés à la CSP étaient définis comme les décès par maladie hépatique, cholangiocarcinome ou cancer colorectal.

Résultat

580 patients ont été inclus. Au cours de la période d'étude, 45 patients ont eu une TH et 68 sont décédés dont 39 liés à la CSP. La survie moyenne estimée à partir du diagnostic était de 18,3 ans (si décès ou TH), 19,8 ans (si décès lié à la CSP ou TH), 23,1 ans (si décès lié à la CSP) ou 21,9 ans (tous les décès). La survie relative diminuait pour les 2 sexes avec le temps écoulé depuis le diagnostic. Les patients atteints de MICI avaient un meilleur pronostic que les patients non-MICI.

Conclusion

L'étude confirme une survie plus longue des patients avec une CSP. Fait important, les patients finlandais atteints de CSP associée à une MICI avaient un meilleur pronostic que les patients non-MICI, contrairement aux données précédemment publiées.

Auteurs : **Barner-Rasmussen N, Färkkila M.A.**

Finlande - Survival of primary cholangitis : a population-based study in finland.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

Avoir foi(e) en les statines ?

Position du problème

Les statines ont des effets multiples, notamment des effets pro-apoptiques, anti-angiogéniques et immunomodulateurs, susceptibles d'exercer une chimioprévention. Plusieurs études observationnelles ont suggéré que les statines pourraient prévenir le carcinome hépatocellulaire (CHC). L'objectif de l'étude était d'étudier le lien entre l'utilisation de statines et le risque de CHC chez les patients atteints d'une hépatite B chronique.

Méthode

Il s'agit d'une étude coréenne rétrospective à partir d'une base de donnée hospitalière, auprès de 7 714 patients atteints d'une hépatite B chronique qui ont été inscrits entre janvier 2008 et décembre 2012. Le critère de jugement principal était le développement d'un CHC. L'utilisation de statines a été définie lorsque les patients avaient pris une statine pendant au moins

ABSTRACTS UEGW

30 jours au cours du suivi. L'association entre la prise de statines et le risque de survenue d'un CHC a été analysée.

Résultat

Au cours d'un suivi médian de 7,2 ans, 702 patients (9,1 %) ont développé un CHC. Les patients ayant pris une statine présentaient une incidence cumulative de développement d'un CHC plus faible que les patients n'ayant pas pris de statine (8,0 % *versus* 2,2 % à 5 ans, p <0,001). Après stratification en fonction de la présence d'une cirrhose, le taux d'incidence cumulée sur 5 ans d'un CHC était plus élevé pour ceux qui ne prenaient pas de statine que les patients soient cirrhotiques ou non.

Conclusion

L'utilisation de statines était associée à une réduction du risque de développement d'un CHC chez les patients atteints d'hépatite B chronique, quel que soit leur statut de cirrhose. Un traitement par statine pourrait diminuer le risque de CHC. Une validation par des études prospectives est nécessaire.

Auteurs : **Goh M.J, Paik N, Sinn D.H, Kang W, Gwak G.-Y, Paik Y.-H, Choi M.S, Lee J.H, Koh K.C, Paik S.W.**
Corée du Sud - Statin use ans the risk of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis b.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

La radiofréquence a-t-elle des soucis à se faire ?

Position du problème

L'ablation par radiofréquence (RF) est le principal traitement à visée curative des carcinomes hépatocellulaires (CHC) non résécables lorsque l'accès à la transplantation hépatique n'est pas possible ou limité. Il est donc important de rechercher des approches sûres et pratiques dans la prise en charge de ces patients. L'objectif de l'étude est de comparer l'injection locale percutanée combinée d'éthanol et de mitoxantrone à l'ablation par RF percutanée dans le traitement du CHC.

Méthode

Il s'agit d'une étude égyptienne, monocentrique, rétrospective, incluant les patients avec un CHC unifocal de moins de 4 cm. Les patients étaient randomisés soit dans le groupe I (ablation avec l'éthanol plus de mitoxantrone) ou le groupe II (ablation par RF). Une évaluation clinique, biologique et par imagerie (TDM) a été réalisée chez tous les patients à l'inclusion et à M1, M3, M6, M12 après le traitement. Le critère de jugement principal était l'ablation complète de la lésion focale.

Résultat

Une ablation complète a été réalisée chez 81,3 %, 81,3 %, 76,6 et 71,9 % des patients du groupe I à 1, 3, 6 et 12 mois respectivement, *versus* 88,3 %, 88,3 %, 85 % et 81,7 % à 1,3,6 et 12 mois dans le groupe II, sans différence statistique significative entre les deux groupes. Le taux d'ablation complète pour les petites tumeurs (<2,5 cm) est supérieur aux tumeurs de grandes tailles dans les deux groupes. Les effets secondaires et les complications sont significativement plus élevés dans le groupe II.

Conclusion

L'injection combinée d'éthanol et de mitoxantrone est dans cette série comparable à l'ablation par RF avec des complications moins fréquentes. L'éthanol, associé à la mitoxantrone, peut constituer une option sûre, efficace et moins chère pour le traitement du CHC, en particulier pour les petites tumeurs mais nécessite d'autres études de validation ainsi qu'une évaluation en terme de survie.

Auteurs : **Mohamed B, Emara Elzanan M.H, Elshamy M, Tai C.**
Royaume-Uni/Egypte - Percutaneous injection of ethanol and mitoxantrone *versus* radiofrequency ablation in the treatment oh hepatocellular carcinoma.

Rédacteur : **Sabrina Sidali**

Journées nationales de Formation Médicale Continue en Hépato-Gastro-Entérologie

Porte Maillot, Palais des Congrès, Paris
Du 21 au 24 mars 2019

VENDREDI 22 MARS 2019

SESSION SYNTHESE DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Modérateurs : **Robert BENAMOUZIG, Anne Laure TARRERIAS et Thierry HELBERT**

8 h 30 NASH
(Recommandations EASL-2017)
Jérôme BOURSIER (Angers)

8 h 55 Traitement du cancer du pancréas
(Recommandations INCA-2018)
Alain SAUVANET (Clichy)

9 h 20 Chirurgie de la maladie de Crohn
(Recommandations ECCO- 2017)
Jérémie LEFEVRE (Paris)

9 h 45 Maladie alcoolique du foie
(Recommandations EASL-2017)
Alexandre LOUVET (Lille)

SESSION SYMPO AVEC LA RHUMATOLOGIE

Modérateurs : **Christine LEFORT, François MION et Alain CANTAGREL**

14 h 30 Douleurs abdominales d'origine rhumatologique
Patrice ALCARAZ (Marseille)
- Savoir quand évoquer une origine rhumatologique devant une douleur d'allure digestive
- Connaître les modalités du diagnostic d'une douleur d'allure digestive d'origine rhumatolgique
- Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique

14 h 56 Manifestations Osseuses des affections digestives inflammatoires
Dr Elisabeth PALAZZO (Bichat Paris)
- Connaître la prévalence des atteintes osseuses dans la maladie de Crohn, la RCH et la maladie caeliaque
- Connaître les conséquences osseuses des thérapeutiques et régimes des maladies inflammatoires digestives
- Connaître les modalités du diagnostic
- Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique

15 h 22 Manifestations articulaires des MICI
Pr Pascal CLAUDE PIERRE (Henri Mondor)
- Connaître l'épidémiologie des arthropathies liées aux MICI
- Connaître la démarche diagnostique des spondylarthropathies et atteintes périhériques
- Connaître les effets secondaires rhumatologiques des traitements

15 h 48 Maladies inflammatoires articulaires et MICI : quelles thérapeutiques ?
Pr Thao PHAM (Marseille)
- Connaître la stratégie thérapeutique initiale en cas de manifestations articulaires associées à une MICI débutante
- Connaître la place des AINS dans la prise en charge des spondyloarthrites
- Savoir si la Sulfasalazine a encore une place dans la prise en charge des manifestations articulaires associées à une MICI
- Connaître les stratégies thérapeutiques des spondyloarthrites associées aux MICI

SESSION GASTRO ENTEROLOGIE ET COLO PROCTOLOGIE

Modérateurs : **Gilles MACAIGNE, Véronique VITTON et Hélène PILLANT LE MOULT**

16 h 40 Cannabis et pathologies digestives
Benoit COFFIN (Paris)
- Connaître les effets et les mécanismes d'action des substances cannabinoïdes sur le tube digestif
- Connaître l'interêt potentiel des substances cannabinoïdes en pathologie digestive
- Connaître le diagnostic et les modalités de prise en charge de l'hyperemesis cannabinoïde

17 h 01 Colite à clostridium difficile : quelle prise en charge en 2019 ?
Philippe SEKSIK (Paris)
- Connaître les facteurs favorisant la survenue d'une colite à Clostridium difficile
- Connaître les modalités et critères du diagnostic microbiologique
- Connaître les signes de gravité de la colite à Clostridium difficile
- Connaître les modalités thérapeutiques actuelles de la première infection et des récidives
- Connaître les modalités de surveillance et de prévention des récidives

17 h 22 Comment optimiser la prise en charge de l'ischémie intestinale ?
Alexandre NUZZO (Beaujon)
- Connaître les mécanismes physiopathologiques et les causes de l'ischémie intestinale aiguë et chronique
- Connaître les méthodes diagnostiques et d'évaluation de la sévérité de l'ischémie intestinale aiguë et chronique
- Connaître les modalités thérapeutiques de l'ischémie intestinale aiguë et chronique
- Connaître les modalités de surveillance et de prévention des récidives

17 h 43 éructations excessives et rumination
François MION (Lyon)
- Connaître la physiopathologie et les causes d'éructations excessives et de rumination
- Connaître les critères permettant le diagnostic de rumination
- Connaître le bilan à réaliser en cas d'éructations excessives et de rumination
- Connaître la prise en charge thérapeutique des éructations excessives et de la rumination

18 h 04 Infections sexuellement transmissibles (hors papillomavirus)
Thierry HIGUERO (Beausoleil)
- Connaître l'épidémiologie des IST en France en 2019
- Connaître les modalités diagnostiques des IST
- Connaître les traitements des IST
- Connaître les modalités de surveillance des IST

SAMEDI 23 MARS 2019

SESSION HEPATO

Modérateurs : **Isabelle ROSA, Bertrand HANSLIK et Christine SILVAIN**

8 h 30 CAT devant une cholestase chronique
Dominique VALLA (Prof/)
- Connaître la démarche diagnostique devant une cholestase chronique
- Connaître les causes de cholestase et leur fréquence
- Connaître les risques évolutifs des hépatopathies cholestatiques
- Connaître les manifestations extra hépatiques des maladies cholestatiques

8 h 51 Thrombose portale : quel bilan, quelle prise en charge ?
Isabelle OLLIVIER (Caen)
- Quand évoquer une thrombose portale ?
- Quel bilan d'imagerie devant une thrombose portale ?
- Connaître le bilan étiologique de la thrombose portale chez le patient cirrhotique et non cirrhotique
- Connaître les modalités thérapeutiques de la thrombose portale chez le patient cirrhotique et non cirrhotique

9 h 12 ALLOCUTION PRESIDENTIELLE

9 h 22 Toxicité hépatique des compléments alimentaires
Dominique LARREY
- Connaître l'épidémiologie et les principaux produits responsables d'hépatotoxicité
- Savoir quand évoquer une hépatite toxique secondaire à une thérapie complémentaire
- Connaître la démarche diagnostique à réaliser devant une suspicion d'hépatite toxique
- Connaître les sources d'information et les aspects réglementaires des thérapies complémentaires

9 h 43 Prise en charge des varices oeso-gastriques
Marika RUDLER (La Pitié)
- Connaître la prise en charge de la rupture des varices
- Connaître les préventions primaire et secondaire de rupture
- Connaître la place du TIPS en cas de rupture de varices

10 h 04 Rein et cirrhose
Thierry THEVENOT (Besançon)
- Savoir diagnostiquer une insuffisance rénale chez un patient cirrhotique
- Connaître les facteurs de risque d'insuffisance rénale
- Connaître les explorations à réaliser devant une insuffisance rénale
- Connaître la prise en charge de l'insuffisance rénale.

SESSION MICI

Modérateurs : **Patrick FAURE, Alain ATTAR et Jean Marie REIMUND**

16 h 00 Quand et comment utiliser la Calprotectine fécale au cours des MICI ?
Gilles BOSCHETTI (Lyon)
- Connaître les modalités de dosage de la calprotectine et l'interprétation des résultats
- Connaître l'intérêt de la calprotectine dans le diagnostic, le suivi et l'optimisation thérapeutique au cours des MICI
- Connaître l'intérêt de la calprotectine dans la surveillance de la récidive post opératoire
- Savoir si la calprotectine peut se substituer à l'imagerie ou à la coloscopie

16 h 20 Imagerie en coupe dans la maladie de Crohn hors périnée
Sophie AUFORT (Montpellier)
- Connaître les critères de qualité de l'imagerie en coupe dans la maladie de Crohn
- Connaître les indications respectives du scanner et de l'IRM dans la maladie de Crohn
- Connaître les anomalies radiologiques recherchées lors d'une poussée et lors de la surveillance
- Connaître les critères diagnostiques et pronostiques d'une sténose radiologique

16 h 40 Grossesse et gestion des traitements
Maria NACHURY (Lille)
- Connaître les traitements autorisés et contre indiqués avant et pendant la grossesse et l'allaitement
- Connaître les effets secondaires des traitements sur la grossesse et le fœtus
- Connaître la surveillance des patientes sous traitement pendant la grossesse
- Savoir gérer la reprise ou la poursuite des traitements dans le post partum

17 h 00 Quel traitement après échec d'un premier anti-TNF ?
David LAHARIE (Bordeaux)
- Connaître la définition de l'échec thérapeutique
- Connaître les médicaments disponibles selon le type de MICI
- Connaître les critères de choix de la seconde ligne thérapeutique selon la maladie, le patient et le traitement initial
- Connaître l'efficacité attendue selon le traitement choisi

17 h 20 Désescalade ou fenêtre thérapeutique dans la RCH : pourquoi, pour qui, comment ?
Lucine VUITTON (Besançon)
- Définir la désescalade thérapeutique et son intérêt
- Connaître les patients éligibles à cette stratégie,
- Connaître les modalités et les résultats attendus de la désescalade et de la fenêtre thérapeutique
- Savoir surveiller les patients en désescalade ou en arrêt thérapeutique

SESSION ENDOSCOPIE

Modérateurs : **Laurent PALAZZO, David BERNARDINI et Christophe CELLIER**

8 h 20 Nouvelles approches diagnostiques des tumeurs kystiques pancréatiques

Bertrand NAPOLÉON (Lyon)

- Pourquoi utiliser ces nouvelles techniques diagnostiques ?
- Connaître les nouvelles techniques (cellvizio, pince à biopsie endo-kystique, kystoscopie, analyse du liquide avec marqueurs moléculaires) et leurs résultats
- Connaître l'algorithme intégrant ces nouvelles techniques

8 h 38 Echo endoscopie interventionnelle

Marc GIOVANNINI (Marseille)

- Connaître les indications, les résultats et les complications des drainages biliaires guidés par échoendoscopie
- Connaître les indications, les résultats et les complications des techniques de destruction tumorale guidée par échoendoscopie
- Connaître les nouvelles approches thérapeutiques guidées par échoendoscopie

8 h 56 Détection de la dysplasie sur EBO

G. RAHMI (Paris)

- Connaître les recommandations sur le dépistage et la surveillance de la dysplasie
- Savoir rechercher la dysplasie
- Connaître les principes du traitement - VIDÉO SESSION

9 h 05 Techniques de soulèvement des polypes du côlon

Jérémie JACQUES (Limoges)

- Connaître le matériel à utiliser, les solutés à injecter et comment injecter
- Savoir quand injecter et quand s'en passer
- Savoir contre-indiquer la résection - VIDÉO SESSION

9 h 14 Comment bien examiner la muqueuse gastrique et pourquoi ?

Sarah LEBLANC (Paris)

- Quelles sont les règles d'un bon examen endoscopique de l'estomac ?
- Connaître les principales techniques de caractérisations de la muqueuse
- Connaître la sémiologie des lésions élémentaires
- Connaître les indications et les modalités des biopsies

9 h 32 Gestion des complications endoscopiques de la coloscopie

Élodie CESBRON (Angers)

- Connaître les principales complications de la coloscopie et leurs facteurs de risques
- Savoir gérer les complications au cours et au décours de la coloscopie
- Connaître les modalités de la surveillance

SESSION CANCEROLOGIE

Modérateurs : **Laetitia DAHAN, Jean Frédéric BLANC et Béatrice DUPIN**

14 h 25 Traitement du CHC avancé

Jean Frédéric BLANC (Bordeaux)

- Connaître la définition du CHC avancé
- Connaître la place de la radioembolisation dans le traitement des CHC avancés
- Connaître les indications et non-indications du traitement systémique des CHC avancés
- Connaître les traitements systémiques du CHC avancé en première et second ligne, leur bénéfice et leurs effets indésirables
- Place de l'immunothérapie

14 h 45 Prise en charge des tumeurs neuro-endocrines pancréatiques

Philippe RUSZNIEWSKI (Paris)

- Connaître le bilan pré-thérapeutique à réaliser et la place des examens de médecine nucléaire
- Connaître la classification anatomo-pathologique des tumeurs endocrines selon l'ENETS et l'OMS
- Connaître les options thérapeutiques et leurs indications : indications de la chirurgie, place des traitements médicaux et de la radiothérapie métabolique

15 h 05 GIST : diagnostic et traitements hors traitement endoscopique

Bruno LANDI (Paris)

- Connaître la classification des GIST
- Connaître les localisations, les modalités diagnostiques actuelles et le bilan pré-thérapeutique des GIST
- Connaître les indications des traitements médicaux et chirurgicaux
- Connaître les indications et les modalités du traitement adjuvant
- Intérêt de la biologie moléculaire pour le choix du traitement
- Connaître les modalités de la surveillance

15 h 25 Radio chimiothérapie des cancers de l'œsophage : nouveautés

Antoine ADENIS (Montpellier)

- Connaître les indications de la radio-chimiothérapie dans le traitement des cancers de l'œsophage
- Quels sont les nouveaux protocoles de radio-chimiothérapie néo adjuvante ?
- Quels sont les nouveaux protocoles de radiochimiothérapie exclusive ?
- Différence de prise en charge entre les adénocarcinomes et les carcinomes épidermoïdes

SAMEDI 24 MARS 2018

ATELIERS (de 14 h 30 à 15 h 30)

Responsables des ateliers :
Isabelle Rosa et Robert Benamouzig

14 h 30 Régimes et pathologies du tube digestif

Pauline JOUET (Ambroise Paré) et Christophe CELLIER

- Connaître le bénéfice d'un régime alimentaire au cours du syndrome de l'intestin irritable, d'une MICI, d'un reflux gastro-oesophagien
- Connaître les indications d'un régime sans gluten, sans FODMAPs, sans résidus

14 h 30 Diverticulite en 2019

Guillaume MEURETTE et Véronique VITTON

- Connaître les modalités diagnostiques de la diverticulite
- Connaître le traitement de la diverticulite compliquée et non compliquée
- Connaître les modalités de prévention des récidives de la diverticulite
- Connaître les indications et les modalités du traitement chirurgical de la diverticulite

14 h 30 Maladies rares du foie : quand y penser ?

Véronique LOUSTAUD RATTI (Limoges) et Christine SILVAIN

- Connaître la démarche pour diagnostiquer la cause d'une cytolyse inexpliquée
- Connaître les différentes situations cliniques ou biologiques devant faire penser à une maladie de Wilson et proposer une démarche de prise en charge
- Connaître les différentes situations cliniques ou biologiques devant faire penser à un déficit en alpha 1 anti-trypsine et proposer une démarche de prise en charge

14 h 30 Antithrombotiques : comment gérer avant et après l'endoscopie en 2019 ?

Christian BOUSTIERE et Béatrice DUPIN

- Connaître les anticoagulants oraux directs et les AAP et leurs indications
- Savoir classer les actes endoscopiques en fonction de leur risque hémorragique potentiel et en informer le Médecin Anesthésiste en amont de l'acte
- Savoir adapter le geste endoscopique et sa surveillance en fonction du risque hémorragique
- Savoir déterminer en collaboration avec le Médecin Anesthésiste et tracer les modalités de reprise du traitement après un geste endoscopique

14 h 30 MICI chez l'enfant : particularités de la prise en charge et transition de l'adolescence à l'âge adulte

Bénédicte PIGNEUR (Necker) Jean Marie REIMUND
atelier avec Gastro pédiatre

- Connaître les spécificités de la démarche diagnostique chez l'enfant et l'adolescent en cas de suspicion clinique de MICI
- Connaître l'impact d'une MICI sur le développement physique et psycho-social
- Connaître les particularités de la prise en charge thérapeutique
- Savoir organiser la transition de la médecine pédiatrique à la médecine adulte

14 h 30 Prise en charge des TIPMP (Recommandations européennes)

Maxime PALAZZO et Christine LEFORT

- Connaître le bilan d'imagerie nécessaire lors du diagnostic initial et la sémiologie radiologique
- Connaître les critères de gravité et les modalités de surveillance des TIPMP
- Connaître les indications chirurgicales

14 h 30 La vraie urgence en endoscopie digestive

Marine CAMUS et Thierry HELBERT

- Connaître le cadre légal de l'urgence, de l'astreinte, de la continuité des soins
- Connaître les conditions matérielles et humaines de réalisation d'un examen en urgence
- Savoir reconnaître une urgence endoscopique
- Savoir prendre en charge les différentes urgences digestives

14 h 30 Les Urgences proctologiques

Vincent de PARADES et Hélène PILLANT

- Connaître les principales urgences en proctologie
- Connaître les grandes lignes des traitements médicaux de ces urgences
- Savoir reconnaître les urgences chirurgicales proctologiques

DIMANCHE 25 MARS 2018

ATELIERS (de 13 h 15 à 14 h 15°

14 h 30
14 h 30
14 h 30
14 h 30
14 h 30
14 h 30
14 h 30
14 h 30

Conception graphique, mise en page et impression
bialec, Heillecourt (France)
Dépôt légal n° 91916 - novembre 2017

Imprimé sur papier issu de forêts gérées durablement