



Le Mot du Président

En premier lieu, c'est avec un immense plaisir et beaucoup de sérieux que le nouveau bureau du CREGG (Dr Vianna Costil, Secrétaire Générale – Dr Pierre Dalbiès Trésorier) a pris ses fonctions. Nous sommes très attachés à ce Club qui est important pour la Gastro-entérologie libérale car il a su franchir les décades sans s'essouffler étant un vrai **fil d'Ariane entre praticiens**. Il permet d'échanger, de bâtir, de soutenir des projets ou des actions fortes pour la discipline et il représente la voix du secteur privé au conseil national professionnel au titre d'organisme professionnel.

Nous remercions chaleureusement le bureau sortant du travail accompli et tout particulièrement sa présidente, le Dr Anne-Laure Tarrerias, ainsi que le **laboratoire Aptalis** pour son soutien à la Gastro-entérologie libérale française.

Le CREGG, quand à lui, se **rajeunit** avec sa commission « Endoscopie » prise en charge par les Dr Vincent Lepilliez (Endoscopie) et Arthur Laquière (Echo-endoscopie). Cette commission va rapidement : proposer aux membres du CREGG un soutien dans la maîtrise d'actes peu fréquents (ESD/EUS thérapeutique..), en facilitant l'accès à des sessions de training sur l'animal ; et se rapprocher aussi du personnel para-médical libéral en endoscopie car dans le cadre des nouveaux métiers de médecine, il est important d'avoir des acteurs certifiés.

Si la discipline vieillit, si on veut pérenniser la Gastro-entérologie du secteur privé, c'est au CREGG d'anticiper et de se tourner : vers les plus jeunes d'entre nous pour leur donner l'envie de continuer à progresser au contact des seniors de nos structures ; et vers les pays européens et francophones en tissant des liens forts grâce à la valeur ajoutée de la qualité de notre travail. **La commission internationale** (Dr Pierre Coulom) centralisera les adhésions internationales au CREGG afin de faciliter les échanges à venir.

Une commission «**Thérapies complémentaires et pratiques innovantes** » a été créée. Elle a pour but d'élargir notre champ de réflexion et de regrouper autour de notre discipline les autres voies thérapeutiques. A titre d'exemple, un programme de fiches médicales d'orientation à la phytothérapie/aromathérapie est en cours de rédaction pour 2015-2016 (Dr Fernand Vicari).

Bonne lecture !

Jean-Christophe LÉTARD
Président du CREGG

NDLR : Il faut remercier les participants du groupe APTALIS (d'ACTAVIS) pour leurs résumés qui n'engagent que leurs auteurs.



Sommaire

- Page 2 :** Dépistage du CCR par sigmoïdoscopie (RSS) : faut-il suivre l'exemple anglais ? - **Patrice PIENKOWSKI**
- Page 3 :** Proctologie - **Anne-Laure TARRERIAS**
Efficacité du régime FODMAPS dans les TFI : mythe ou réalité ? - **Vianna COSTIL**
- Page 4 :** Thérapies complémentaires et pratiques innovantes - **Fernand VICARI**
La thérapie photodynamique (PDT) - **Jacques ETIENNE**
- Page 5 :** EFFICACITE de l'ADA sur les sténoses Crohniennes - **Denis CONSTANTINI**
MICI et environnement : Il faut y croire !! - **Philippe HOUCKE**
Les MICI à Vienne 2014 : le vedolizumab en vedette - **Philippe BULOIS**
- Page 6 :** Quel système de santé européen à l'avenir 2040 ? - **Pierre COULOM**
L'UEGW et le Cancer colo-rectal - **Jean-Christophe LÉTARD**
- Page 7 :** Peut-on améliorer la qualité de la préparation colique pour coloscopie en utilisant une application Smartphone ? - **Guillaume BONNAUD**
- Page 8 :** Agenda

■ Dépistage du CCR par sigmoïdoscopie (RSS) : faut-il suivre l'exemple anglais ?



La réponse est **probablement négative** si on en juge par les premiers résultats disponibles portant sur la période de Mai à Décembre 2013 et présentés à l'UEGW 2014 sous la forme de 3 posters (1-3).

Rappelons que la RSS fait désormais partie intégrante « *Bowel Cancer Screening Programme* » (BCSP) au Royaume Uni, en association au test fécal, suite à la publication de W. Atkins dans le *Lancet* (4) en 2010. Dans le cadre de ce programme, les individus sont invités à réaliser une **RSS unique** à partir de 55 ans (en association à la poursuite du dépistage pré-existant par test Hemocult™). Le programme a débuté en Mai 2013 dans 6 centres pilotes ; une **RSS** est considérée comme **positive**, justifiant alors une exploration colique complète, dans les **4 situations suivantes** : polyadénome de plus de 10 mm, 3 polyadénomes ou plus, polyadénome villositaire ou en dysplasie sévère, 20 polypes hyperplasiques de plus de 3 mm ou plus en amont du rectum.

Sur les 8 derniers mois de 2013, 13 927 individus ont ainsi été invités à réaliser une RSS.

Les principaux résultats sont les suivants :

- **le taux de participation** moyen mentionné dans le texte est de 43,5 %, avec des variations selon les centres (extrêmes : 37-51, 9 %), mais il n'apparaît que de 29,7 % à la lecture du tableau d'effectifs par centre (4 137 participants/13 927 invités). Cette discordance méritera d'être précisée ultérieurement. Dans tous les cas elle est singulièrement moindre que dans l'étude initiale (71 %).

- **le taux de détection** de polype est de 20,7 % et le taux de détection des adénomes (TDA) de 8,6 % (extrêmes : 6,1-12,1 %), inférieur de 30 % celui observé lors de l'étude initiale de l'ordre de 12 %. Aucune explication n'est avancée dans ces publications préliminaires, pour expliquer une telle différence.

- **le taux de recours** à la coloscopie, sur l'ensemble de la population réellement dépistée par RSS, n'est que de 3,9 %.

- **le confort et la tolérance** : la RSS est plébiscitée par 98,8 % des patients (très satisfaits : 77,7 %, satisfaits : 21,1 %) même si une douleur modérée est signalée dans 34 % des cas et une douleur sévère dans 9 %, surtout par les femmes (14,3 % vs 4,6 %), ces chiffres étant là aussi supérieurs à ceux de l'étude princeps. 8,3 % des procédures ont été réalisées sous sédation par Entonox™.

Commentaires :

Les résultats préliminaires sont donc mitigés ; ils témoignent de la difficulté de transposer dans la pratique quotidienne les données issues des études contrôlées.

Dans le cas présent, **le taux de participation** dans l'étude initiale était jugé surestimé par certains (5) en raison de biais méthodologiques dans le mode de sélection de la population à dépister. Ces choix méthodologiques ne sont pas neutres : si la population ayant refusé de participer avait été prise en compte dans l'analyse finale, le gain estimé de mortalité n'aurait été que de 16 %, soit du même ordre qu'avec le gFOBT (5).

Le taux de recours à la coloscopie est également un problème essentiel conditionnant probablement la capacité d'un dépistage (ici par RSS) à influencer véritablement l'incidence du CCR proximal et sa mortalité. Ce taux de recours est directement lié aux critères de positivité qui sont prédéterminés et modulables. Les 4 études randomisées en population portant sur la RSS (4,6-8) ont des critères de recours à la coloscopie plus ou moins stricts (« *Any polyp or mass* » pour l'étude américaine par exemple). Plus les critères sont stricts, plus faible est le recours à la coloscopie : 5 % dans l'étude anglaise Bowlescope, 8,4 % dans l'étude italienne SCORE, 13 % dans l'étude norvégienne Nordcap et 22 % dans l'étude américaine PLCO, la seule à documenter une baisse d'incidence (de 14 %) du CCR proximal.

A ce stade préliminaire, la mise en œuvre en **population du dépistage du CCR par RSS** (actuellement limitée à 6 centres pilotes) ne semble pas répondre à toutes les attentes et les objectifs en terme de réduction d'incidence et de mortalité pourraient ne pas être atteints. Un recul plus important est bien sûr requis pour dire si **l'association de la RSS au test fécal** est pertinent ou pas.

Patrice PIENKOWSKI

Références

1. Bevan R, Nickerson C, Blanks R, Patnick J, Loke R, Saunders B et al. Variation in adenoma detection rates in the english flexible sigmoidoscopy screening programme. *United European Gastroenterology Journal* 2014 ; 2(5S) A338
2. Bevan R, Nickerson C, Patnick J, Loke R, Saunders B, Stebbing J et al. Flexible sigmoidoscopy screening in the english bowel cancer screening programme – early results of the bowlescope pilot study. *United European Gastroenterology Journal* 2(5S) A338
3. Von Wagner C, Bowyer H, Bevan R, Rees C, Atkin W et al. Patients reported experience of confort and dignity in flexible sigmoidoscopy : data from the NHS bowlescope screening pilot. *United European Gastroenterology Journal* 2(5S) A339
4. Atkin W, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 375: 1624-1633.
5. Jansen J. Flexible sigmoidoscopy to prevent colorectal cancer. *The Lancet* 2010;376:870-1.
6. Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, et al. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up of the italian randomized controlled trial - SCORE. *J Natl Cancer Inst* 2011;103: 1310-22.
7. Hoff G, Grotmol T, Skovlund E, Bretthauer M. Risk of colorectal cancer seven years after flexible sigmoidoscopy screening: randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:b1846.
8. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi L, Church T, Laiyemo AO et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012;366: 2345-57.

Proctologie

Courant bipolaire :

Lorsque le traitement médical est en échec pour soulager nos patients d'une maladie hémorroïdaire inflammatoire mais non extériorisée (grade 1 à 3), il est alors logique de proposer un traitement mécanique qui va de l'infrarouge aux ligatures élastiques. **Covidien vient élargir cette gamme thérapeutique en développant une pince bicap** montée sur un anuscopie transparent permettant d'attraper la muqueuse rectale sus hémorroïdaire pour y appliquer un courant de coagulation bipolaire. Le courant bipolaire est déjà utilisé aux USA comme un des principaux traitements mécaniques de la maladie hémorroïdaire interne avec de bons résultats équivalents à la ligature. Ici pas besoin d'aspiration, ni d'anuscopie reste à savoir à quel prix sortira la sonde à usage unique de ce nouveau système baptisé HET dont les premières études annoncent dans les grades 1 et 2 100 % de bons résultats à court terme et 80 % à 6 mois (étude ouverte sur 50 patients).



Sténoses Crohniennes :

Toujours peu de proctologie à l'UEGW mais quand même de belles présentations françaises dont celle de l'équipe de Rennes (Brochard et al.) qui s'est intéressée à l'évolution **des sténoses anales dans la maladie de Crohn**. Ces lésions sont loin d'être mineures puisque sur 102 patients souffrant de sténose anale crohnienne, 2 % vont développer un adénocarcinome rectal, 32 % ne guériront pas de leur sténose, même si 59 % entre 2005 et 2013 (étude retrospective) vont cicatriser. Les facteurs prédictifs de disparition de la sténose sont : le sexe féminin, une évolution de la maladie de Crohn

Effacité du régime FODMAPs dans les TFI : mythe ou réalité ?

De quoi s'agit-il ?

Les **FODMAPs** (Fermentable **O**ligosaccharides, **D**isaccharides, **M**onosaccharides **A**nd **P**olyols) **sont des carbohydrates à courte chaîne, fermentescibles**. Il s'agit de saccharides polymères de fructose (fructanes) et du galactose (galactanes), de disaccharides (lactose), de monosaccharides (fructose) et des alcools de sucre (polyols) tels que le sorbitol, le mannitol, le xylitol et le maltitol. Ils seraient fermentés par les bactéries coliques et entraînent la formation de gaz, des ballonnements, des douleurs abdominales et des troubles du transit. Un régime pauvre en **FODMAPs** semble améliorer les symptômes des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) (1, 2, 3 et 4). Il pourrait modifier le microbiote (diminution des Bifidobactéries)(5).

A éviter :

Pommes, poires
Abricots, prunes
Haricots, lentilles
Choux, choux-fleur
Oignons
Produits laitiers
Blé, orge, seigle
Pâtes

Recommandé :

Myrtilles, framboises
Citrus fruits (agrumes), bananes
Céleri, laitue, carottes
Olives, pommes de terre
Epinards, courgettes
Aliments sans lactose
Avoine, aliments sans gluten, épeautre
Riz, polenta

Référence Shepert, Gibson

Les études non contrôlées ont des résultats divers :

Une étude de Magnetic Resonance Imaging (MRI) a montré que, chez des volontaires sains, la prise d'oligofructose (5g X2/jour) augmente le **volume colique**, le **Breath test H2** (augmentation du volume de gaz colique) et réduit le **temps de transit** (Giles Major, OP008). Un régime pauvre en FODMAPs améliore les symptômes de dyspepsie fonctionnelle et la production de gaz (I. Thun, P1106).

Il entraîne **une amélioration des symptômes évocateurs de TFI** chez 12 patients atteints de colite inflammatoire en rémission clinique et ayant un régime FODMAPs (F. Van Megen, P00342). Une étude (N. Pedersen, P1000) n'a pas retrouvé d'altération significative du microbiote chez les patients ayant fait un régime pauvre en FODMAPs pendant 6 semaines.

inférieure à 10 ans, une fistule anale au diagnostic de sténose et surtout l'optimisation ou l'introduction des anti TNF.

La stratégie up-down est donc légitime en cas de LAP, y compris lorsqu'il s'agit d'une simple ulcération.

La stimulation du nerf tibial a été réévaluée par les anglais (Kemal et al., University College London) dans sa méthode « acupuncture » et non plus transcutanée :

Une aiguille d'acupuncture est mise en place au niveau du nerf tibial et une électrode transcutanée sous la voute plantaire, la stimulation dure 30 mn, une fois par semaine pendant 12 semaines. Ils ont observé une réduction du score de Wexner de plus de 50 % environ pour les urgences, l'incontinence passive, l'incontinence mixte (active et passive), et pour les incontinenances avec défaut sphinctérien sur une étude ouverte. Butt et al. (royal free hospital london) l'ont testé dans l'incontinence fécale secondaire à la sclérodémie (forme particulièrement résistante même à la neuromodulation) avec un groupe contrôle de « sham stimulation » donc une stimulation avec déconnexion de l'électrode cutanée, l'étude est randomisée, prospective, en simple aveugle. Le résultat est significatif, avec un wexner passant de 14,8 à 10,8 dans le groupe traité, alors qu'il reste à 13,5 dans le groupe contrôle.

A nous de se lancer dans l'acupuncture donc car la technique pour l'instant reste sous forme de séances chez le praticien !!

Anne-Laure TARRERIAS



La production de gaz d'hydrogène est diminuée chez les patients ayant des TFI ou une dyspepsie fonctionnelle, ce qui évoque un **changement du microbiote** (M-L. Ones, P0399).

Mais une étude multicentrique, randomisée en double aveugle avec 75 patients (Dr L Böhn ,OP007) n'a pas retrouvé de différence significative sur l'amélioration des symptômes de TFI avec un régime Low-FODMAPs versus le régime traditionnel prescrit.

Ces résultats ne sont pas en accord avec l'essai australien randomisé (6) réalisé chez 41 patients où l'ensemble des symptômes, notamment les ballonnements et les borborygmes, étaient significativement améliorés (68 versus 23 %) dans le groupe bénéficiant de conseils diététiques pour avoir une alimentation pauvre en glucides fermentescibles, avec diminution des aliments riches en fructanes, en galacto-oligosaccharides, en polyol, en lactose et en fructose. Une autre étude anglaise (7) a montré un bénéfice d'un régime pauvre en FODMAPs par rapport aux conseils diététiques habituels sur le score des symptômes (ballonnements, douleurs abdominales et les flatulences) de patients atteints de SII.

En conclusion, l'efficacité du régime FODMAPs reste controversée ... et l'adhérence au régime à long terme n'est pas simple car il faut une éducation pour reconnaître les FODMAPs dans les aliments.

Vianna COSTIL

1.Svedlund et al. ; J. Gastroenterol. 1985 2.Dainese et al. ; Am J Gastroenterol. 1999 3.Simren et al. ;Digestion 2001 4.Monsbakken et al. ; Eur J Clin Nutr. 2005 5.Böhn et al. ; Am J Gastroenterol. 2013 6. Staudacher et al. ; Nutrition 2012. 7. Staudacher et al. ; J Nutr 2012 ;142 : 1510-8. Stau87-95

Thérapies complémentaires et pratiques innovantes

Le premier constat à faire est que le nombre de communications présentées à ces congrès internationaux auxquels les participants sont pour la plupart invités par l'Industrie est en corrélation avec le marché dominant.

A l'ère des IPP, a succédé celle des MICI. Les **thérapies complémentaires** n'y ont qu'une représentation anecdotique alors que les patients les demandent et y recourent de plus en plus, ce qui justifie les nécessaires évaluations et encadrements de ces pratiques.

La **nutrition** a-t-elle un lien avec ces thérapies ? Si oui, relevons **l'intérêt de régimes hypocaloriques** et parfois même du jeûne en cas de chimiothérapie anti-cancéreuse... mais aussi comme pratiques anti-âge.

En dehors de la coeliaquie avérée, le **régime sans gluten** permet également d'améliorer les colopathes.

Si **l'intérêt du microbiote** n'est plus à démontrer, de nombreux travaux restent à faire pour en comprendre le fonctionnement et les déductions thérapeutiques qui pourraient en découler [1].

L'intérêt pour la **transplantation fécale**, de préférence par voie basse, a justifié un symposium [2]. L'indication retenue est surtout la colite à *Clostridium difficile* rebelle à tout traitement antibiotique.

Quant à la **phytothérapie**, elle se limitait à un poster [3]. Rien sur la médecine quantique, l'hypnose, l'homéopathie, le tai-chi, l'acupuncture etc.

La thérapie photodynamique (PDT)

Elle permet un remarquable taux de sauvetage (58,4 %) des échecs locaux du cancer épidermoïde de l'œsophage traité par radio chimiothérapie (RCT). Ce résultat est basé sur une étude prospective à long terme de 716 patients (1998 à 2008).

Les échecs locaux après RCT concernent plus de 40 % des patients. *Herskovic A et al. N England J Med, 1992.*

La chirurgie est le recours habituel, hélas associée à de très fréquentes complications et une mortalité élevée ; *Swisher SG et al. J Thorac Cardiovas Surg. 2002.*

La PDT, dans cette indication des échecs locaux après RCT, est un traitement salvateur local beaucoup moins agressif comme en témoignent les prometteurs des 3 publications suivantes de l'équipe japonaise de Yano résultats T. *Gastrointes Endosc 2005. Endoscopy 2011. Int J Cancer 2012.*

Titre de l'étude :

Salvage photodynamic therapy for patients with local failure after chemoradiotherapy CRT for esophageal squamous cell carcinoma ESCC.

Tomonori YANO, Ken HATOGAI, Takasshi Kojima et al. Dept of Gastroenterology, Endoscopy division and Oncology division, National Cancer Hospital East, Kashiwa, Japan

But de l'étude :

Clarifier les résultats à long terme et les facteurs pronostics de sauvetage de la PDT sur les échecs locaux après RCT du cancer épidermoïde de l'oesophage.

Méthode :

Critères d'inclusion de sauvetage par la PDT :

- 1 Pas de ganglion et pas de métastase à distance ;
- 2 Classification T1 – T2 avant PDT ;
- 3 Patients refusant la chirurgie ;
- 4 mucoséctomie non indiquée si difficultés ou non curabilité ;
- 5 Consentement du patient signé.

Quant aux pratiques innovantes et malgré un certain nombre d'infirmières présentes à ce congrès, il n'en a pas été fait mention.

Dans un an à Barcelone... peut-être ?

Fernand VICARI

Références

1. *Tung Hiuli et al. H pylori infection alters human gastric microbiota and bacterial diversity.*
2. *Gabarrini A, Malfertheiner P. (Chairs) Fecal microbiota transplantation: an old therapy comes of age.*
3. *Karen Nieber et al. Interaction of herbal constituents influences the effects of STW5 on inflammatory processes and disturbed motility.*



Traitement :

- Jour 1 : Photofrin 2mg/kg IV ;
- Jour 3 : LASER Excimer 75 J/cm2.

Schéma de l'étude prospective et répartition des patients :

716 patients ont été inclus et traités par RCT de 1998 à 2008

Réponse complète (n= 402) et réponse incomplète (n=314)
Récidive locale (n=90)

Résultats :

- 113 patients ont été traités consécutivement par PDT :
- Réponse complète : 58,4 % (66/113) ;
- Survie sans progression à 5 ans 22,1 % ;
- Survie globale à 5 ans 35,9 % ;
- Médiane de survie 61 mois.

Conclusion :

Cette étude à long terme, évaluée sur 113 échecs locaux après RCT, démontre l'intérêt majeur de la PDT sur la survie et la qualité de vie de ces patients.

Commentaires :

Après une enquête en RCP auprès de collègues gastro-entérologues, chirurgiens et oncologues, j'ai eu la confirmation que ces échecs locaux étaient orientés, pour la majorité des cas, vers la chirurgie, ignorant en fait dans cette indication les avantages de la PDT, thérapeutique efficace, validée et peu agressive que j'ai personnellement utilisée dans quelques cas à titre de dernier recours.

Jacques ETIENNE

EFFICACITE de l'ADA sur les sténoses Crohniennes

L'étude CREOLE du GETAID prospective, multicentrique, observationnelle, sur l'efficacité de l'ADA dans les sténoses Crohniennes du grêle, symptomatiques, et les facteurs prédictifs de succès a suscité beaucoup d'intérêt, le sujet étant controversé.

98 patients, avec un score clinique d'obstruction ≥ 3 dans les 8 semaines précédant l'inclusion et une IRM initiale, ont été traités par ADA (induction puis entretien), avec une évaluation à S24 incluant une IRM.

Le succès défini comme **l'absence d'échec à S24** (chirurgie, dilatation endoscopique, traitement de secours, effet indésirable grave) concerne 61 % des patients, l'échec 39 % dont environ 1/4 opérés. Ce succès se maintient chez 60 % de ces patients après un suivi médian supplémentaire de 2 ans.

Les effets secondaires sévères concernaient 11 % des patients (8 résections, 1 abcès, 1 occlusion).

L'analyse multivariée montre **6 facteurs pronostiques** de succès indépendants à l'inclusion, 5 items cliniques et IRM



scorés 1 point (prise d'IS concomitante, durée de la symptomatologie obstructive de moins de 5 semaines, score d'obstruction > 4 , rehaussement tardif intense en T1, absence de fistule), et un item IRM scoré 2 points (rétrodilatation entre 18 et 29 mm).

Ce **score prédictif simple**, clinique et IRM, permet de stratifier le succès prévisionnel à S24 de ce traitement chez ces patients (score < 3 : succès < 15 % ; score > 3 : succès > 88 % ; score = 3 : succès = 54 %) et donc de sélectionner ceux qui en tireront bénéfice.

Aucune information n'a été donnée sur l'évolution de l'IRM à S24.

Denis CONSTANTINI

MICI et environnement : Il faut y croire !!

Un excellent symposium d'ouverture sur les facteurs environnementaux et le risque favorisant ou de développement et ou de poussées sur les MICI permet de faire **le point sur notre environnement et son impact sur les MICI** en altérant le microbiote intestinal :

- **la chaîne du froid** modifie la constitution du microbiote ;

- **l'antibiothérapie** avant 17 ans modifie profondément la constitution du microbiote, ainsi sans doute que les vaccins ;

- **la carence en vitamine D** (en dehors de toute corticothérapie) semble être un facteur favorisant des poussées ;

- **l'altitude** au-delà de 2 000 m perturbe également les bactéries intestinales par anoxie (attention au « dream liner 777 ») ainsi que les épisodes de canicule ;

- **la pollution** par le SO₂ et le NO₂ pourrait aussi jouer un rôle.

Bien sûr les auteurs rappellent que ces facteurs agissent sur un terrain et une prédisposition génétique.... *N'empêche !!!???*



Philippe HOUCKE

Les MICI à Vienne 2014 : le védolizumab en vedette

Le védolizumab (VDZ) commercialisé en Europe sous le nom d'Entyvio® est un anticorps monoclonal proposé dans le traitement de la maladie de Crohn (MC) et de la rectocolite hémorragique (RCH). **L'immunosuppression qu'il induit est sélective, limitée au tractus intestinal.** Le VDZ bloque l'interaction entre l'intégrine $\alpha 4\beta 7$ et la molécule d'adhérence MadCam-1 empêchant la domiciliation des lymphocytes dans l'intestin et limitant ainsi l'inflammation. Il se positionne aujourd'hui dans les situations d'échec ou d'intolérance des anti-TNF. Le VDZ ne s'administre que par voie intraveineuse en perfusion d'une à deux heures, à la dose de 300 mg. Après un schéma d'induction S0-S2-S6, les perfusions sont réalisées toutes les 8 semaines.

L'efficacité du VDZ avait été établie par les études GEMINI I II et III présentées lors de l'UEGW 2012. L'édition 2014 permet de dévoiler les résultats du VDZ sur le long terme (1,2). L'étude GEMINI LTS déclinée en 2 présentations respectivement pour la RCH et la MC s'attachait au suivi à 2 ans des résultats du traitement d'entretien des patients inclus dans GEMINI I et II. ;avec une efficacité remarquablement stable à 2 ans.

Pour la RCH, 65% des patients étaient en réponse clinique à l'inclusion, après un an de traitement par VDZ. Ils étaient 72% à l'issue des 2 ans. **Pour la MC**, la proportion de réponse clinique était de 57% à 1 an, de 61% à 2 ans. L'exposition préalable aux anti-TNF n'altérait pas la stabilité de l'efficacité du traitement.

Dans une étude ouverte, les patients mauvais répondeurs semblaient tirer bénéfice d'une intensification du traitement à 300 mg toutes les 4 semaines, sans augmentation de la fréquence des effets indésirables (3).

Le médicament étant spécifique des mécanismes inflammatoires intestinaux, l'immunosuppression générale induite par le VDZ est faible ou plus probablement nulle. C'est ce que semble confirmer l'étude de tolérance présentée à Vienne par JF Colombel (4). Le risque d'effet indésirable sévère n'était pas supérieur pour les patients traités que pour les patients ayant reçu le placebo : 4% d'infections sévères en un an.

Un autre anti-intégrine avait été proposé dans les MICI : le natalizumab. Cette molécule n'avait pas été autorisée en Europe en raison de la survenue de plusieurs cas de leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP), pathologie neurologique d'origine infectieuse, irréversible et le plus souvent mortelle. Contrairement au natalizumab, le VDZ

ne passe pas la barrière hémato-encéphalique et à ce jour aucun cas de LEMP n'a été décrit sous VDZ.

Après des années d'attente, nous disposons maintenant d'une arme supplémentaire dans notre arsenal thérapeutique des MICI. Sûr, efficace dans la durée, ce traitement a aujourd'hui une place naturelle chez les patients en échec des anti-TNF.

La communauté des gastroentérologues libéraux, leurs instances représentatives et les sociétés savantes paritaires doivent rester vigilantes pour que ces traitements soient disponibles en ville, dans l'intérêt de nos patients et pour que vive la gastroentérologie libérale.

Philippe BULOIS

1 : Hanauer S et al. Long term efficacy of vedolizumab therapy for Crohn's disease. UEG Journal 2014 2 (5S) A66

2 : Feagan B et al. Long term efficacy of vedolizumab therapy for ulcerative colitis. UEG Journal 2014 2 (5S) A66

3 : Sands BE et al. Effects of increased vedolizumab dosing frequency on disease activity in ulcerative colitis and Crohn's disease. UEG Journal 2014 2 (5S) A67

4 : Colombel JF et al. Safety of vedolizumab alone or with concomitant corticosteroids and/or immunosuppressants in patients with ulcerative colitis or Crohn's disease. UEG Journal 2014 2 (5S) A82

Quel système de santé européen à l'avenir 2040 ?

En termes de morbidité, de mortalité et de coût, les affections digestives représentent un lourd fardeau dans l'ensemble des systèmes de santé européens.

La dépendance de ces systèmes par rapport aux changements politiques, aux variations climatiques, aux migrations de populations, à l'influence des religions, aux développements des technologies, au financement de la recherche, à l'auto-médicamentation et aux résistances aux médicaments, aux inégalités sociales, au vieillissement des populations, à la consommation d'alcool et de tabac, à l'industrialisation de l'aliment, à la tendance à la standardisation des systèmes de santé et aux évolutions des diagnostics et des traitements, à ce que seront les futurs médecins ..., a fait imaginer **3 types de scénarii** :

- **L'âge de glace** : dans lequel la faillite économique et les changements climatiques entraînent un appauvrissement européen, limitant les financements publics et finalement l'émergence de 2 systèmes de santé, l'un privé basé sur le profit des assurances privées, l'autre public sans ressources : Cette situation aboutirait à une faillite du système de santé avec une fuite des médecins vers des

conditions d'exercice plus valorisantes.

- **L'âge de silicone** : dans lequel l'Union Européenne influence la modernisation de la législation sur la santé et/ou la croissance économique liée aux avancées technologiques permettant un partenariat public-privé grandissant, une automatisation des diagnostics et des traitements, une priorité pour la **e-santé** et/ou le médecin devient un conseiller au milieu d'un supermarché de la e-médecine.

- **L'âge d'or** : dans lequel les changements climatiques, les flux migratoires, les changements démographiques imposent une *gouvernance européenne économique* qui permet un financement des exercices privés et publics, une généralisation de la e-santé et surtout une homogénéisation des systèmes éducatifs.

Ce monde idéal permettrait des soins de qualité pour tous les européens dans un système de santé commun obéissant à des règles communes aboutissant à la création d'États Unis d'Europe.

Ces réflexions sur l'avenir de la santé en général et de la gastro-entérologie en particu-

lier débouchent sur des solutions qui bousculeront les modes de pensées partisans :

Homogénéisation des formations médicales avec un échange des savoirs et du savoir faire à l'intérieur des nations européennes ou entre les nations.

Programmes communs de prévention et de dépistage à tous les pays de la communauté européenne.

Lobbying auprès des représentants politiques en terme de politique de santé, de financement des actions d'éducation, de prévention, de recherche et d'organisation.

Beaucoup de chemin reste à faire y compris et surtout en France où la balkanisation des modes d'exercices n'est pas morte, où le système de santé n'arrive pas à se réformer car il obéit à des modes de gestion archaïques, dogmatiques ou politiques, où la formation reste trop théorique.

Un grand chantier est devant nous qui ne pourra se conduire qu'avec la participation de chacun quelque-soit son origine. Dans ce sens les modèles européens peuvent aider à notre réflexion.

Pierre COULOM

L'UEGW et le Cancer colo-rectal

L'an passé, nous vous avons relaté l'expérience allemande dans la lutte contre le cancer colo-rectal (CCR) laquelle associe **dépistage et prévention dans une approche multimodale** pour la population standard. Et depuis, de nombreux travaux ont montré l'efficacité d'une politique nationale associant dépistage et prévention selon les programmes choisis, cela en terme d'incidence ou de coût de la maladie.

En 2014, dans le monde, le nombre de CCR est passé de 1 million à 1,3 millions, la mortalité de 500 000 à 700 000 par an. Parallèlement, l'incidence du CCR a diminué en Europe de l'Ouest et du Nord, et augmente en Europe de l'Est et du Sud.

Depuis peu, il est possible de détecter dans le sang les bio-marqueurs tumoraux témoignant d'anomalies de méthylation de l'ADN (abnormal methylated SEPT9DNA) ou de la présence de microsARN circulants en cas de CCR et peut être d'adénomes ? Comme le rapportent Verma AM et al. en **Angleterre** : **PLASMA MICRO-RNAs AS SCREENING BIOMARKERS FOR COLORECTAL ADÉNOMAS**.

Cette possibilité de détecter par un test sanguin des CCR ou un état pré-CCR dans une population standard est très séduisante car les tests fécaux sont peu attractifs pour certaines populations comme la France par exemple.

L'expérience Française, peut-on mieux faire ? **OUTCOMES OF THE FRENCH COLORECTAL CANCER POPULATION-BASED SCREENING PROGRAMME USING GUAIAEC FAECAL OCCULT BLOOD TEST** (f.assogba@invs.sante.fr) :

More than 18 million people were invited for this third-round and 5.1 million people performed a g-FOBT. Participation rate was 3.1% (-3.4% since the previous-round). It increased with age and was higher in women than in men (33% vs 29%). Positive rate was consistent with the expected (2.2%, men 2.5% vs women 1.9%), and varied widely with age and across the districts. Compared to the previous-round, the positive rate decreased from 2.6% to 2.2%, a decrease of 15.4%. During the period 2010-2011, follow-up colonoscopy compliance rate was 87%, and varied across the districts from 17% to 98%. Advanced adenoma detection rate was 4% (men: 5.9% vs women 2.5%), that of colorectal cancer was 1.5% (men: 2.1% vs women 1%). A total of 3 949 colorectal adenocarcinomas were detected (in situ: 27% vs invasive: 73%). Stage I was 39.5%, stage II 26.2%, stage III 22.1% and stage IV 12.2%. As expected cancers detected at subsequent screening are more often diagnosed at earlier stages (stage I and II) than those diagnosed during a first screening (68% vs 63%).

Cinq ans après la généralisation du dépistage du CCR en France, le taux de participation reste inférieur au minimum requis pour être efficace (45%), par ailleurs l'étude de F Assogba et al. ne rapporte pas le nombre de CCR d'intervalles.

Qu'elles nouvelles d'outre-manche ?

- **En Ecosse** : on s'inquiète des cancers d'intervalles outre atlantique !! : **INTERVAL CANCERS USING A FAECAL IM-**

MUNOCHEMICAL TEST FOR HAEMOGLOBIN WHEN COLONOSCOPY CAPACITY IS LIMITED (Digby J)

A single estimate of fHb was obtained for 30894 participants aged 50-75 who took part in a six-month evaluation of FIT as a first-line test within the Scottish Bowel Screening Programme. 754 participants with fHb ≥ 80 mg Hb/g were referred for colonoscopy. IC, defined as CRC diagnosed within two years of a negative screening test result, or the time to next invitation, were identified from the Cancer Registry. We identified 31 IC and 30 screen-detected CRC, giving an IC rate of 50.8%. IC rate was 46.9% for men and 55.2% for women. CRC site distribution did not differ between IC and screen-detected CRC, but IC were later stage (Dukes' C or D): 46.7% and 37%, respectively.



Cela confirme les résultats du registre du Finistère qui note une cinquantaine de CCR d'intervalles par an, en revanche dans l'étude de Digby et al. on note un stade plus avancé des CCR d'intervalles ce qui est franchement très inquiétant.

- **En Angleterre**, il existe un déclin en 2013 des participants au programme de dépistage alors que 55% des invités répondaient favorablement entre 2009 et 2011, Pourquoi ? : **CAN WE EXPLAIN THE APPARENT DECLINE IN UPTAKE OF INVITATIONS FOR COLORECTAL CANCER SCREENING IN ENGLAND ?** (Snowball J).

Dans le nord, les norvégiens : semblent plus disciplinés ! **COMPARATIVE EFFECTIVENESS RESEARCH OF FLEXIBLE SIGMOIDOSCOPY (FS) AND FECAL TEST** (De Lange T)

A total of 51 500 women and men have been invited so far, 33 373 to FIT and 18 127 to FS. Participation rates have been 49% in the FS arm, and 57% in the FIT arm, with slightly higher rates among women than men. Positive FS was defined as advanced neoplasia or three or more adenomas. A total of 10.3% of the FS patients have been referred to colonoscopy. The cut-off value for positive FIT was set to 75 μ g/L, and 1 287 patients (6.9%) have so far tested positive and referred to colonoscopy. Forty-three cases of CRC have been detected in the FS group so far, at a rate of 5/1000 examined, somewhat higher in men (5.7/1000) than in women (4.3/1000). Forty-nine cancers have been found in the FIT group after first screening round (2.6/1000 examined), with 3.7/1000 in men and 1.7/1000 in women. Overall the adenoma detection rate at sigmoidoscopy is 14.4%. Adenoma detection rate in the population referred for colonoscopy is 59%.

Les taux de participation étaient de : 50 % pour la recto-sigmoïdoscopie et de 60 % pour le test Hemoccult , le double de chez nous !

La Hollande anticipe, fait des études médico-économiques, se méfie des cancers du côlon droit ! : TERM IMPACT OF THE DUTCH COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM ON CANCER INCIDENCE - EXPLORATION OF THE SERRATED PATHWAY (Greuter M).

The Netherlands has recently started with the stepwise implementation of a CRC screening program consisting of biennial faecal immunochemical test (FIT) screening in individuals aged 55 to 75 years with a participation rate of 62 % for FIT testing. We evaluated three screening scenarios differing in the contribution of the serrated pathway to the CRC incidence (0 %, 15 % and 30 %). Model-predicted outcomes were CRC incidence and the colonoscopy demand per year from 2014 until 2044. Due to ageing, the model-predicted CRC incidence in the no screening scenario increased from 77/100,000 in 2014 to 109/100,000 in 2044. In the screening scenarios, the predicted CRC incidence first increased compared to no screening due to the detection of asymptomatic, prevalent tumours. In 2014, the CRC incidence was predicted to peak between 105/100,000 (under the assumption that all CRCs arise from adenomas) and 109/100,000 (under the assumption that 30% of CRCs arise from serrated lesions). After this peak, the predicted incidence under screening gradually decreased. In 2044, the estimated CRC incidence under screening reached a new equilibrium between 65/100,000 and 71/100,000 under the assumption that 100% versus 70 % of CRCs originate via the adenoma-carcinoma pathway, respectively. Due to the stepwise implementation, the predicted number of colonoscopies required for the screening program increased gradually over time. In 2014, the expected number of colonoscopies under screening was estimated to be around 38,000 (752,199 invitees) whereas in 2044, the predicted colonoscopy demand was estimated to be around 117,000 (2,154,875 invitees).

Les auteurs de cette étude conseillent au système de santé hollandaise d'anticiper la demande de plus de coloscopies.

Les Tchèques envisagent-ils aussi un meilleur accès à la coloscopie de prévention ?

THE 10 YEARS EVALUATION OF THE CZECH COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM EFFICACY BASED ON THE LONG-TERM IMPACT INDICATORS (Suchanek S)

In the Czech Republic, there is 3.75 million inhabitants aged over 50. The Czech Colorectal Cancer (CRC) Screening Program was introduced in 2000 based on guaiac fecal occult blood testing (gFOBT). In the last decade, the program has continuously evolved. Currently the annual immunochemical FOBT (FIT) is offered at the age 50 – 54, followed by FOBT colonoscopy, if positive. In age of 55, there is a choice of either FIT biannually or screening colonoscopy in 10 years interval. The CRC incidence in years 2000 and 2010 reached the level of 42.23 and 39.19 (the world standard, ASR-W) and 7,553 and 8,265 (absolute numbers, b712, 9.4%). The CRC mortality recorded in the same years was 23.79 and 17.20 (ASR-W) and 4,508 and 3,991 (absolute numbers, -517, -11,5 %).

Le programme Tchèque de dépistage mis en place depuis 10 ans semble efficace, depuis peu, il est cependant proposée une coloscopie de prévention tous les 10 ans à partir de 55 ans comme complément au dépistage, en population standard.

Ainsi que les Roumains qui augmentent la part de prévention dans leur programme national !

FOUND PATHOLOGY IN CLINICAL PRACTICE ? (Sporea I)

Sur 2 433 coloscopies en population standard colligées dans un registre Sporea I et al. ont noté : 32,1 % de polypes coliques, 7,2 % de polypes adénomateux avancés, 2 % de cancers : soit 9,2 % de lésions cancéreuses et pré-cancéreuses (10,9 % entre 60 et 69 ans).

Les Facteurs de risque du CCR : quels scores ont été rapportés ?

Japon : ECTOPIC COLORECTAL FAT ACCUMULATION ASSOCIATED WITH ABDOMINAL OBESITY AND INSULIN RESISTANCE IN JAPANESE COLORECTAL POLYP PATIENTS (Kawata S).

Triglycerides content of colorectal tissue was increased in colorectal polyp patients with insulin resistance. Ectopic colorectal fat accumulation was observed in the submucosal region, correlating with BMI, abdominal circumference and visceral fat accumulation.

Autriche : LIFESTYLE, ENVIRONMENT OR GENDER – WHAT HAS BIGGER IMPACT ON THE INCIDENCE OF COLO-RECTAL NEOPLASIA ? (Waldmann EE).

Waldmann et al. retrouvent chez l'homme l'obésité, le niveau élevé des Gamma GT, la présence d'un diabète et le manque d'activité physique comme facteurs de risque du CCR ou d'adénomes avancés.

Espagne : COLONPREDICT STUDY: DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A PREDICTIVE MODEL FOR COLORECTAL CANCER DETECTION IN SYMPTOMATIC PATIENTS (Cubiella J)

Predictive models for CRC detection in symptomatic patients are based on subjective clinical criteria and have low diagnostic accuracy. We compared its diagnostic accuracy : with the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) referral criteria for the detection of colorectal cancer in symptomatic patients ; and a structured protocol (COLONPREDICT : fecal calprotectin and hemoglobin concentrations, serum carcinoembryonic antigen (CEA), hemoglobin and in anorectal examination. 2013, 1 572 patients were included and were valid for analysis. We detected 215 (13,7 %) CRC.

Le score COLONPREDICT était plus sensible 0.92 (95 % CI 0.91 to 0.94) que les critères de NICE 0.59, 95 % (CI 0.55 to 0.63) et plus spécifique (79,3 %, 50,3 % ; p 0.001).

Jean-Christophe LÉTARD

Peut-on améliorer la qualité de la préparation colique pour coloscopie en utilisant une application Smartphone ?

Il est clairement établi que l'éducation du patient avant la coloscopie améliore la compliance de la prise de la préparation colique et son résultat en terme de qualité.

L'éducation est à ce jour centrée sur la qualité de l'information du patient fournie par l'HGE avec une explication orale et écrite ainsi que par la fourniture de brochures et de vidéos standardisées (SFED).

Les applications Smartphones aidant « le parcours patient », ont l'avantage d'inclure dans un seul outil les différents moyens d'éducation disponibles ; les brochures et les vidéos d'informations, les modalités du choix de la préparation personnalisée par le gastroentérologue avec notifications d'aide au parcours jusqu'à la coloscopie.

Elles améliorent la qualité de la préparation aux US et en UE comme en témoigne cette étude Espagnole de l'équipe de Barcelone, présentée à l'UEGW.

Ils ont présenté une étude randomisée comportant 194 coloscopies consécutives réalisées l'après-midi avec une préparation par 2 l PEG avec acide ascorbique (MOVIPREP®) chez des femmes en ambulatoire ayant un Smartphone et jugées capables d'utiliser l'application*. Les résultats de la qualité de la préparation et de la tolérance étaient significativement meilleurs **dans le groupe utilisant l'application Smartphone (tableau 1).**

Il est intéressant de noter que dans ce groupe sélectionné, à priori sans facteur de risque, l'optimisation maximum de l'éducation avec cette application Smartphone permettrait, d'une part, **100 % de bonnes préparations** en utilisant cette préparation dans le cadre des recommandations actuelles de prise de la seconde dose 4 à 6 h avant l'heure de la coloscopie et d'autre part, de faciliter encore plus l'acceptabilité des contrôles ultérieurs. De plus, cet outil d'optimisation du partenariat gastroentérologue/patient ne rajoute pas pour

une fois de temps secrétariat ni médecin.

On peut regretter que cette application se limite à un seul produit, n'intègre pas les moyens d'optimisation et de personnalisation de la préparation nécessaires chez certains patients à risque de mauvaise préparation et enfin nécessite un bon niveau de compréhension de l'espagnol !

Nous attendons avec impatience l'arrivée et l'évaluation de la première application Smartphone d'aide à la préparation coloscopique en langue française nommée « **Ma colo** » en mars prochain, réalisée par la dynamique équipe développant déjà notre appréciée application « JFHOD ».

*Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using a smart phone application. Zuniga VL et al UEGWeek 2014 ; P1316.

Tableau 1 : Comparaison de la qualité de la préparation colique dans les groupes avec et sans application selon le score de Harefield

Score Harefield	Groupe contrôle avec instructions écrites (N=99)	Groupe appli smartphones (N=95)	P
(A ou B)	10 (10,1%)	95 (100%)	?



Guillaume BONNAUD

LE BUREAU

Président

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

Trésorier

Pierre-Adrien DALBIÈS
30 boulevard Kennedy
34500 BÉZIERS
Tél. : 04 67 31 79 89 - Fax. : 04 67 31 79 51
pierreadrien.dalbies@icloud.com

Secrétaire Général

Vianna COSTIL
28 parvis de la Défense
Centre Méd. des 4 Temps
92092 PARIS LA DEFENSE
Tél. : 01 47 74 72 72 - Fax. : 01 47 78 43 21
vianna@costil.fr

LES COMMISSIONS

Prévention des Cancers par Endoscopie

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

Internationale

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

Endoscopie et Echoendoscopie

Vincent LEPILLIEZ (Lyon)
lepilliezvincent@orange.fr

Arthur LAQUIÈRE (Marseille)
alaguere@gmail.com

Gestion – Fiscalité – Retraite

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

Hépatologie

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

Imagerie

Pierre-Adrien DALBIÈS (Béziers)
pierreadrien.dalbies@icloud.com

Informatique

Guillaume BONNAUD (Blagnac)
hepavie@free.fr

MICI

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

Motricité et Nutrition

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

Proctologie

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

Vidéocapsule

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

Thérapies complémentaires et pratiques innovantes

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Secrétariat du CREGG :

secretariat@cregg.org

Site internet : www.cregg.org

Directeur de la publication :
J-C. LÉTARD

Photos : Ph. HOUCKE

Directeur de la Rédaction :
Ph. HOUCKE

Conception et impression :
Imprimerie HANOCQ

Secrétaire de la Rédaction :
Céline HUGOT

Édition : Les éditions du CREGG

Ont participé à ce numéro :
Ph. BULOIS, G. BONNAUD,
D. CONSTANTINI, Vianna COSTIL,
P. COULOM, J. ETIENNE,
Ph. HOUCKE, J-C. LÉTARD,
P. PIENKOWSKI,
Anne-Laure TARRERIAS,
F. VICARI

Éditions du
CREGG

Comité de rédaction :
Vianna COSTIL, P-A, DALBIÈS,
Ph. HOUCKE, J-C. LÉTARD



AGENDA

12 et 13 Décembre 2014

Forums du CREGG
Cercle National des Armées (Paris)

19 au 22 mars 2015

Journée Francophones d'Hépatogastroentérologie
et d'Oncologie Digestive
Paris

24 mars 2015

7^{ème} journée de prévention du cancer du côlon
par coloscopie

16 AU 19 mai 2015

DDW (Washington)

27 au 29 mai 2016

Congrès Européen sur les thérapies
complémentaires et les pratiques innovantes
(Nancy)