



Centre hospitalier du Pays d'Aix - Centre hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHA-CHIAP) - Aix-en-Provence



Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service de gastroentérologie et hépatologie*

Hépatites virales, MICI et endoscopie interventionnelle, les 3 points forts du service

Le service du Pr Picon-Coste a développé, grâce à une dimension transversale importante, une prise en charge d'excellence dans 3 domaines principaux de la discipline, l'hépatologie et notamment les hépatites virales, les MICI⁽¹⁾ et l'endoscopie interventionnelle.

Notre service compte 28 lits d'hospitalisation complète, ainsi qu'un service d'HDJ⁽²⁾ que nous partageons avec la pneumologie et qui s'adresse aux patients recevant des thérapies pour la prise en charge de leur MICI, ainsi qu'aux ponctions d'ascite, aux transfusions et aux saignées. Nous avons également une importante activité de consultation portant sur tous les champs de la discipline.

Une activité 24h sur 24 en endoscopie

L'endoscopie est l'un de nos axes forts, avec un service ambulatoire qui fonctionne en autonomie et comprend une salle de réveil de 6 lits. Le bloc opératoire, dédié à l'endoscopie interventionnelle, dispose quant à lui d'un plateau technique permettant de faire de l'écho-endoscopie avec ponction et drainage, ou des cathétérismes rétrogrades biliaires et pancréatiques. Nous bénéficions également des techniques de vidéo-capsule colique pour le volet diagnostique. L'équipe des endoscopistes compte 7 médecins, dont 4 PH⁽³⁾ et 3 attachés.

Une grande expertise dans la prise en charge des hépatites virales

L'hépatologie est un autre domaine d'activité important du service. Le Dr Hommel a développé dans ce champ une grande expertise dans la prise en charge de l'hépatite C. Le service a mis en place une RCP⁽⁴⁾ mensuelle pour valider la mise en route des traitements chez ces patients. Nous avons la chance dans ce cadre de bénéficier à Aix d'un laboratoire de virologie d'excellence dans le domaine des hépatites virales ou du VIH. Toujours dans la volonté d'optimiser cette prise en charge, nous avons mis en place des consultations avancées dans les CSAPA⁽⁵⁾ et USMP⁽⁶⁾.

Une dimension transversale importante

Nous prenons également en charge beaucoup de NASH⁽⁷⁾ et nous sommes conscients que cette activité va augmenter avec les années, en termes de consultation et de prise en charge transversale avec l'équipe des nutritionnistes et celle des chirurgiens digestifs, notamment pour la chirurgie bariatrique. Nous prenons également en charge des patients atteints de cancer du foie, mais nous ne gérons pas les chimiothérapies qui sont mises en œuvre en service d'oncologie.

Des partenariats importants avec le CHU de Marseille

Nous travaillons en partenariat avec le CHU⁽⁸⁾ de Marseille pour tout ce qui concerne les chirurgies hépatiques lourdes. Le Pr Le Treut, chef de service de chirurgie générale et transplantation hépatique à l'hôpital de la Timone assure à ce titre une consultation mensuelle dans le service. Autre partenariat important avec le CHU, celui que nous avons mis en place avec le service de radiologie interventionnelle du Pr Bartoli, notamment pour la pose de TIPS⁽⁹⁾.

Un service référent pour le syndrome LPAC⁽¹⁰⁾

Nous sommes Centre de référence au niveau des hôpitaux généraux (HG) pour la prise en charge du syndrome LPAC, une maladie génétique biliaire rare mais probablement sous-diagnostiquée. Nous faisons partie de l'ANGH⁽¹¹⁾ et nous avons créé dans ce cadre l'observatoire national du syndrome LPAC, pour recruter le plus possible de patients afin de mieux comprendre cette maladie.

Une file active importante de patients atteints de MICI

3^{ème} point fort du service, les MICI qui bénéficient d'une prise

en charge de qualité et pour lesquelles nous sommes investis au sein du réseau AMID-PACA⁽¹²⁾, présidé par le Pr Grimaud à l'hôpital Nord de Marseille, qui permet de discuter de façon collégiale les prises en charge de cas complexes. Nous sommes en train d'élaborer un programme d'ETP⁽¹³⁾ très complet dédié à la prise en charge de ces pathologies. Nous prenons enfin en charge beaucoup de malades en fin de vie dans l'unité d'hospitalisation, avec le passage quotidien d'une équipe mobile spécialisée en soins palliatifs et en prise en charge de la douleur.

(1) MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

(2) HDJ : Hôpital De Jour

(3) PH : Praticien Hospitalier

(4) RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

(5) CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

(6) USMP : Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

(7) NASH : Stéato-hépatite non alcoolique

(8) CHU : Centre Hospitalier Universitaire

(9) TIPS : Shunt intra-hépatique par voie transjugulaire

(10) LPAC : Low phospholipid-associated cholelithiasis

(11) ANGH : Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux généraux

(12) AMID-PACA : Association des Maladies Inflammatoires Digestives - Provence-Alpes-Côte d'Azur

(13) ETP : Education Thérapeutique du Patient

Le service en chiffres

- 28 lits d'hospitalisation temps plein
- 8 places de HDJ
- 1377 séjours en hospitalisation complète (2015)
- 1225 séjours en HDJ (2015)
- 3500 consultations (2015)
- 15 Fibroscan/semaine (2015)

Equipe médicale :

- 5PH, 5 praticiens attachés, 2 à 3 internes dont 1 de spécialité.

Equipe soignante :

- 1 cadre de santé, 14 infirmières, 15 aides-soignantes



Dr Séverine Hommel, PH en hépatologie
Dr Monique Sordage, Praticien attaché en hépatologie

Des consultations avancées d'hépatologie pour optimiser la prise en charge des hépatites virales

« Nous suivons conjointement les patients du CSAPA⁽¹⁾, ce qui leur permet d'être suivis sur place d'un bout à l'autre de leur prise en charge... »

Le Dr Sordage intervient au sein du CSAPA Villa Floréal, situé en face de l'hôpital psychiatrique Montperrin, afin de prendre en charge les patients atteints d'hépatite C. « Les usagers sont difficiles à amener à l'hôpital et beaucoup identifient le CSAPA comme lieu de soin courant », explique-t-elle. D'où l'idée de mettre en place une consultation avancée sur place. « Cette prise en charge s'est organisée depuis une dizaine d'années, grâce à l'impulsion d'un médecin à présent retraité – le Dr Béatrice Stambul – qui était visionnaire et très investie dans la réduction des risques », poursuit le Dr Sordage. « Quand les patients arrivent,

le dépistage leur est proposé et si le test revient positif, je les vois en consultation pour un 1^{er} bilan. Un Fibroscan sur place permet d'évaluer la fibrose hépatique. Si l'hépatite s'avère active, le dossier passe en RCP⁽²⁾ et je leur propose une prise en charge et un traitement, en collaboration avec le Dr Hommel. Je m'appuie beaucoup sur les infirmières qui sont essentielles pour optimiser l'observance. »

Des détenus traités pour leur hépatite ou leur MICI

Le Dr Hommel tient quant à elle une consultation avancée hebdomadaire à l'USMP⁽³⁾ de la Maison d'arrêt d'Aix-Luynes. « Je m'occupe essentiellement d'hépatites virales, mais aussi de MICI⁽⁴⁾ », note l'hépatologue. « J'ai une file active de 35 patients atteints d'hépatite C et je vois aussi pas mal de patients atteints d'hépatite B, notamment en provenance d'Europe de l'est.

Un dépistage systématique est proposé par les infirmières à l'entrée en détention. Nous organisons régulièrement des staffs pour sensibiliser les équipes sur place à la prise en charge des hépatites. Je suis en train de reprendre les données de sérologie effectuées depuis 3 ans, pour faire un état des lieux de la prévalence et identifier les freins au dépistage, afin de l'améliorer et mettre en place un protocole standardisé qui permettrait d'éviter les perdus de vue. Une fois les patients dépistés, ils sont extraits pour faire évaluer leur fibrose par échographie et Fibroscan au sein de l'hôpital. Je passe ensuite les dossiers en RCP et le traitement leur est délivré ensuite à la pharmacie de manière mensuelle. Je les vois en consultation une fois par semaine pendant leur traitement. »

(1) CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

(2) RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

(3) USMP : Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

(4) MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin



Dr Nadine Maptue-Tedom, PH en médecine générale au CH psychiatrique Montperrin

Lever les freins au dépistage de l'hépatite C en milieu psychiatrique

Le Dr Maptue-Tedom est l'un des deux médecins somaticiens qui interviennent auprès des patients hospitalisés en psychiatrie à l'hôpital Montperrin. Elle revient sur son projet visant à démontrer l'intérêt d'un dépistage systématique de l'hépatite C chez ces patients.

« A mon arrivée en janvier 2015, je me suis aperçue que le dépistage de l'hépatite C n'était pas systématisé ni ciblé pour les patients hospitalisés. Nos malades sont particuliers : ils souffrent de gros troubles psychiatriques – schizophrénie et bipolarité majoritairement – en phase de décompensation, avec des troubles cognitifs associés. Nous sommes parfois le seul somaticien que ces personnes, souvent désocialisées, rencontrent. Les psychiatres s'occupent très peu de l'hépatite C et l'on observe de nombreux freins à la mise en place des traitements qui sont durs à lever. J'ai donc mené dans un premier temps auprès des soignants et des psychiatres un travail de sensibilisation et d'information sur les nouveaux modes de contamination, la typologie des patients et les avancées thérapeutiques dans le domaine de l'hépatite C. J'ai ensuite obtenu l'accord pour mettre en place un dépistage systématique du VHC chez les patients hospitalisés. Nous sommes passés en 6 mois, d'un taux de dépistage de 17% à 45%. Les résultats ont montré une prévalence du VHC de 0,9%, soit plus de 9 fois le taux observé dans la population générale, avec des profils de patients très variables. Grâce à notre travail, 2 d'entre eux sont maintenant traités pour leur hépatite C. »

Dr Nathalie Brieu, PH en virologie
Dr Magali Picon-Coste, Chef de service d'hépatogastroentérologie
Dr Séverine Hommel, PH en hépatogastroentérologie

Focus sur les porteurs inactifs du virus de l'hépatite B

« L'observatoire PIBAC montre qu'un certain nombre de patients porteurs inactifs ont une quantification de l'antigène HBs assez élevée, ce qui n'est pas forcément attendu... »

« Les porteurs inactifs du virus de l'hépatite B sont des patients qui ont un antigène HBs positif, des anticorps anti-HBe positifs, mais un bilan hépatique normal et une charge virale comprise entre 2000 et 20 000 unités sans fibrose », résume le Dr Hommel. « Leur foie est donc considéré comme normal et nous les suivons de façon bisannuelle avec une prise de sang tous les

6 mois et un bilan échographique par an. » Le service fait partie de l'observatoire national PIBAC (Permanent International Bureau of Analytical Chemistry of Human and Animal food), qui vise à mieux définir le statut des porteurs inactifs du virus VHB. « PIBAC prévoit un suivi annuel sur 5 ans, comprenant notamment l'évolution de la quantification de l'antigène HBs, afin de voir si cela a un impact sur la guérison ou la survenue d'événement », poursuit l'hépatologue.

La quantification de l'antigénémie HBs pour mesurer le stock hépatique du virus

« La quantification de l'antigénémie HBs est un dosage réalisé par le laboratoire Biomnis, que nous demandons pour tous

les patients qui n'évoluent pas avec un antigène HBs positif », précise le Dr Brieu. « Il peut également être utile dans le cadre de suivis de traitements un peu complexes. Le marqueur de suivi HBs est plus prédictif que la charge virale : quand le taux de base est élevé, on sait que la réponse va être moins bonne que lorsqu'il est plus faible et s'il descend rapidement, on sait que c'est un meilleur marqueur de bon pronostic que la charge. Il semble que l'antigène HBs quantitatif soit plutôt un marqueur de l'ADN intra-hépatique, plutôt que de l'ADN circulant et de la charge virale. Ce dosage permet donc de mesurer de façon non invasive le stock hépatique du virus. »



Dr Séverine Hommel, PH en hépatologie - Dr Thierry Allègre, Chef de service d'hépatogastroentérologie
Dr Nathalie Brieu, PH en virologie
Dr Marie-Laure de Severac, Praticien attaché en médecine interne

Une équipe de pointe pour la prise en charge de l'hépatite C

« La file active des patients porteurs du VHC est prise en charge pour moitié en service d'hépatogastroentérologie et pour moitié dans celui d'hépatogastroentérologie... »

Le Dr Allègre pilote la RCP⁽¹⁾ mensuelle sur la prise en charge des hépatites C, qui réunit également les CH⁽²⁾ de Salon-de-Provence et Manosque. « Les nouvelles infections par le VHC sont plutôt dues à des contaminations par voie sexuelle dans la population HSH⁽³⁾, notamment dans le cadre de pratiques de slam qui sont en constante augmentation », souligne le spécialiste. « Lors de la RCP, nous discutons tous les dossiers, y compris ceux qui ne sont pas encore éligibles au traitement. Certains sont simples, mais d'autres plus complexes, en raison d'un contexte psychologique ou virologique particulier. Si nécessaire, nous prenons avis auprès des services du Dr Bourlière ou du Pr Botta-Fridlund à Marseille. »

Un laboratoire de pointe en virologie « Dans le cadre de notre laboratoire, nous faisons des recherches de mutations de résistances pour les molécules qui touchent la région NS5A, NS5B et NS3 du virus », explique le Dr Brieu. Au départ effectuées chez tous les patients avant traitement, ces recherches ne sont désormais menées qu'en cas de rechute ou sur les cas complexes : co-infections VHC/VIH ou génotypes 3. « Avec le Dr Hommel, nous avons décidé, lorsqu'on reçoit le prélèvement de départ pour le calcul de la charge virale, de garder du plasma, afin de constituer une plasmathèque permettant ultérieurement de mener cette recherche, en cas d'évolution défavorable », précise la virologue.

Un parcours bien fléché

« Je vois mes patients le vendredi matin lors de consultation dédiées aux débuts de traitement et nous mettons en place un calendrier de suivi, explique le Dr Hommel. Je les accompagne moi-même à la pharmacie en ayant téléphoné une semaine avant pour m'assurer de la disponibilité du

traitement. Nous essayons de mettre en place les consultations de suivi le jour de la prise du médicament à la pharmacie. »

« Dans le cadre de notre laboratoire, nous faisons des recherches de mutations de résistances pour les molécules qui touchent la région NS5A, NS5B et NS3 du virus »

Une ETP⁽⁴⁾ axée sur les facteurs de risque associés

« En termes d'ETP, nous sommes en train d'élaborer un projet sur les hépatopathies chroniques au sens large, note le Dr Hommel. Nous savons que le véritable enjeu dans la prise en charge de l'hépatite concerne la sensibilisation du patient aux facteurs de risque associés : alcool, NASH⁽⁵⁾ et/ou cirrhose qui peuvent évoluer vers un CHC⁽⁶⁾. Tous ces facteurs de risque d'aggravation de

leur hépatopathie doivent donc être surveillés. »

Les patients co-infectés plus fragiles

« Sur notre file active d'environ 650 patients infectés par le VIH, une centaine sont co-infectés par le VHC, mais une grosse partie d'entre eux ont déjà été traités pour leur hépatite », souligne le Dr Allègre. « La situation d'un patient porteur du VIH reste difficile, avec une exclusion sociale énorme et de nombreuses contraintes dans la vie quotidienne, professionnelle et sociale », rappelle le Dr de Severac. « La prise en charge des co-infections implique de la rigueur car ces patients sont plus fragiles et demandent un accompagnement et une attention particuliers. Ce sont des patients pour lesquels je fais la médecine qui m'intéresse, à savoir une médecine lente, personnalisée et un peu globale. »

(1) RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

(2) CH : Centre Hospitalier

(3) HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

(4) ETP : Education Thérapeutique du Patient

(5) NASH : Stéato-hépatite non alcoolique

(6) CHC : Carcinome Hépatocellulaire



« **L'ELSA⁽¹⁾ compte une file active d'environ 500 patients, avec dans 90% des cas, une problématique liée à l'alcool...** »

« Nous sommes en relation avec le CSAPA⁽²⁾ d'Aix pour le suivi ambulatoire des patients avec addictions », explique le Dr Lemeunier. « Il arrive aussi que le CSAPA nous adresse des personnes pour des sevrages, lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire. Nous pouvons également recevoir des patients en provenance des urgences ou adressés par leur médecin

traitant. » Lors du séjour en hospitalisation pour sevrage alcoolique, le patient bénéficie d'un bilan médical, notamment hépatique, pour rechercher d'éventuelles complications liées à sa consommation d'alcool.

« Cela permet de dépister tôt des cancers associés chez ces patients qui consultent rarement », souligne le Dr Picon-Coste. « Si le malade a une cirrhose, je le vois tous les 6 mois pour une échographie et une prise de sang », poursuit le Dr Lemeunier. « S'il est sevré, il est en général compliant et vient aux rendez-vous. » « Nous prenons en charge en moyenne un sevrage alcoolique par semaine dans le service », précise le Dr Hommel.

Dr Violaine Lemeunier, *PH en médecine générale et addictologie*
Dr Elisabeth Baldo, *Chef de service de psychiatrie*
Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service en hépato-gastroentérologie*
Emilie Camia, *Infirmière au sein de l'ELSA*
Dr Séverine Hommel, *PH en hépato-gastroentérologie*

Une complémentarité forte avec les équipes d'addictologie

Des liens étroits avec l'hépatogastroentérologie

« L'ELSA intervient aux urgences et dans tous les services », note le Dr Baldo. « Nous sommes particulièrement en lien avec l'hépatogastroentérologie, avec une coordination directe et quotidienne. Nos missions comprennent le repérage des troubles, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation, mais aussi la consultation au lit du malade, le travail avec les équipes et la sensibilisation vis à vis de l'accueil du patient alcoolique qui est parfois difficiles dans certains services. Pour cela, nous partons du principe qu'il faut parler du patient et de son histoire et

pas se focaliser sur son symptôme. C'est un travail quotidien à renouveler tous les jours. »

Créer du lien

« Lors de nos visites au lit du patient, nous créons des liens avec le malade et sa famille », explique Emilie Camia. « L'entourage doit être dans la même dynamique que nous, car l'étayage extérieur est essentiel. Nous préparons également la sortie, avec des rendez-vous dans les services d'addictologie pour le post-sevrage. »

(1) ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
(2) CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie



Christine Cellierier, *Sophrologue*
Christelle Breyse, *Infirmière coordinatrice d'ETP*
Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service en hépato-gastroentérologie*
Mireille Hally, *Assistante sociale*

Un programme d'ETP en cours d'élaboration dans les MICI

« **L'équipe multidisciplinaire d'ETP⁽¹⁾ comprend les médecins, mais aussi les infirmières, la sophrologue, l'assistante sociale, la diététicienne, la psychologue, ainsi qu'une infirmière anesthésiste spécialisée en sport et maladies chroniques...** »

« Nous travaillons depuis 3 ans sur l'élaboration d'un programme d'ETP destiné aux patients atteints de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique, regroupées sous le nom de MICI⁽²⁾ », explique le Dr Picon-Coste. « Nous avons prévu de prendre en charge 28 patients lors de la 1^{ère} année. »

Des ateliers collectifs

Christelle Breyse est l'infirmière responsable des diagnostics éducatifs. « Le programme s'adresse aux patients à tout moment de leur parcours de soin », précise-t-elle. « Il se déroule en ateliers collectifs d'environ 8 patients sur une période de deux mois. » Les thèmes ont été choisis en fonction des besoins spécifiques des malades. « Nous avons opté pour 6 thèmes, parmi lesquels diététique et sport, douleur, MICI au quotidien, ou encore connaissance de la maladie et de son traitement », cite le Dr Picon-Coste. « Nous proposons également un atelier axé sur la fatigue avec la sophrologue, ainsi qu'un autre sur l'image de soi avec la psychologue ». Des séances individuelles sont proposées selon les besoins spécifiques de certains. « Je reçois les patients à la demande dans le cadre d'un entretien et selon la situation, je les oriente et je les accompagne vers un accès aux droits et/ou aux soins », explique Mme Hally.

Approche sophrologique pour lutter contre la fatigue

« L'atelier fatigue consiste, par le biais de la sophrologie, à faire d'abord un accueil du ressenti de chacun », explique Mme Cellierier. « Il y a ensuite une détente corporelle complète avec des exercices dynamiques de respiration, qui permettent d'évacuer ou de retarder la fatigue. Les séances durent en moyenne une heure. » « L'ETP est une activité passionnante », insiste Christelle Breyse. « J'ai vu plus de 40 patients et j'ai nettement plus appris à travers leurs témoignages sur la maladie qu'à travers mes lectures sur le sujet. Nous échangeons aussi avec toute l'équipe et c'est enrichissant de croiser nos expériences en tant que professionnel de santé d'horizons différents. »

(1) ETP : Education Thérapeutique du Patient
(2) MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

Dr Séverine Hommel, *PH en hépato-gastroentérologie*
Dr Sophie Maurisot, *Pharmacien hospitalier*
Christelle Breyse, *Infirmière coordinatrice de l'ETP et à l'HDJ*

L'HDJ, un plateau polyvalent pour des prises en charge multidisciplinaires

60% de l'activité en hôpital de jour (HDJ) est consacrée aux patients atteints de MICI⁽¹⁾

« Le service compte un HDJ partagé avec la pneumologie », explique le Dr Hommel. « En pratique, nous disposons de deux journées dans la semaine et nous recevons en moyenne une dizaine de patients par jour. » L'activité concerne notamment les ponctions d'ascite, les perfusions de fer, les saignées et les initiations de traitements par biothérapies pour les MICI. « Nous recevons les patients entre 8h et 9h et nous commençons par un petit entretien pour savoir comment ils vont », poursuit l'hépatologue. « On fait ensuite la prescription qui part à la pharmacie ; les traitements sont délivrés, puis administrés par l'infirmière qui gère également la surveillance en post-traitement. Tout le suivi en HDJ est informatisé, pour garantir une traçabilité optimale. »

Pluridisciplinarité des prises en charge

La proximité avec la pneumologie et la dermatologie nous permet d'organiser la consultation de dermatologie annuelle prévue dans le cadre des traitements par biothérapies, ce qui évite aux patients de revenir. Un avantage pour les personnes atteintes de MICI qui sont souvent jeunes et actives. Nous faisons aussi intervenir si besoin la diététicienne, la psychologue ou l'équipe mobile douleur. L'HDJ offre donc un plateau polyvalent pour des prises en charge multidisciplinaires. »

Anticipation pour la gestion des stocks

« En amont du séjour en HDJ, je m'occupe de la commande des traitements pour gagner du temps et éviter les problèmes de rupture de stock », explique Mme Breyse. « Il y a une traçabilité à la pharmacie pour tout ce qui concerne les molécules onéreuses, grâce à un logiciel développé par un collègue de l'établissement », précise pour sa part Mme Maurisot.

(1) MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin



Dr Picon-Coste, qu'en est-il du risque de cancer colorectal dans les MICI⁽¹⁾ ? :

Ce risque existe aussi bien dans la maladie de Crohn que dans la RCH⁽²⁾ et il d'autant plus élevé que la maladie est ancienne, étendue sur le colon ou associée à une cholangite sclérosante primitive. L'antécédent familial de cancer du colon est un autre facteur de risque important. D'où l'intérêt de faire des examens de dépistage fréquents, tous les 3 ans, voire tous les ans si le risque est considéré comme très élevé. L'examen repose sur la coloscopie pour laquelle nous disposons d'endoscopes NBI⁽³⁾ qui permettent de magnifier la surface de la muqueuse afin de mieux repérer ses anomalies. Cela permet de cibler nos biopsies qui partent ensuite en anatomopathologie. Ces examens de dépistage nécessitent beaucoup de biopsies, en général une trentaine chez un même patient.

Quel est le rôle de l'infirmière durant la coloscopie ?

Alizée Pietri : Nous travaillons en

Alizée Pietri, *Infirmière* - Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service en hépato-gastroentérologie*
Dr Marie-Clotilde Charton-Bain, *Chef de service d'anatomopathologie*

A la pointe de l'endoscopie de dépistage des cancers colorectaux dans les MICI

« **Avec les nouveaux endoscopes, on ne fait plus de coloration car on utilise le procédé de luminescence bleue, mais l'examen dure encore entre 30 et 45 min ; cela demande une organisation rigoureuse avec le personnel infirmier qui ne doit pas se tromper de pots et d'étiquettes...** »

collaboration étroite avec le médecin et cela demande une bonne coordination, car nous prenons les prélèvements et nous les étiquetons selon un schéma précis. Nous apportons aussi un autre regard sur l'examen qui est long, grâce à l'écran qui permet un suivi en direct. Il nous arrive parfois de repérer des lésions avant le médecin.

Dr Charton-Bain, comment traitez-vous ces biopsies étagées ?

Nous recevons les biopsies avec une cartographie ultra précise, car connaître la localisation d'une lésion est essentielle pour pouvoir ensuite la traiter. Les prélèvements sont mis dans des cassettes que nous incluons dans la paraffine, ce qui nous permet de faire des coupes très fines à 4 microns. Une fois les tissus préparés, nous identifions les stades de dysplasie des lésions repérées. Nous travaillons en liens étroits avec nos collègues gastroentérologues. Grâce à l'informatique, nous disposons quasiment en temps réel des comptes rendus d'endoscopie qui nous

apportent des informations très importantes.

(1) MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
(2) RCH : Rectocolite Hémorragique
(3) NBI : Narrow Band Imaging

Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service en hépato-gastroentérologie*

AMID-PACA permet d'optimiser la prise en charge des patients atteints de MICI

« **AMID-PACA⁽¹⁾ est un réseau qui regroupe le CHU⁽²⁾, les hôpitaux généraux et les praticiens libéraux de la région autour de la prise en charge des MICI⁽³⁾. Nous nous réunissons tous les deux mois à l'hôpital Nord, afin de prendre une décision collégiale sur des cas complexes. Le réseau dont le référent est le Pr Grimaud, chef de service d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive à l'hôpital Nord, compte une trentaine d'inscrits.** »

(1) AMID-PACA : Association des Maladies Inflammatoires Chroniques de la région PACA
(2) CHU : Centre Hospitalier Universitaire
(3) MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin



Pr Serge Erlinger, *Professeur honoraire d'hépatologie*
Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service d'hépatogastroentérologie*

Un centre référent pour la prise en charge du syndrome LPAC⁽¹⁾

Le point sur cette maladie mal connue et probablement sous-diagnostiquée, qui bénéficie pourtant d'un traitement très efficace.

Pr Erlinger, en quoi consiste cette pathologie ?

Le LPAC est une maladie génétique liée à la mutation du gène ABCB4, qui code une protéine essentielle au transport des phospholipides dans la bile. Cela aboutit à leur diminution. Les phospholipides étant indispensables à la solubilisation du cholestérol, celui-ci précipite sous forme de cristaux, puis de calculs qui se mettent d'abord dans la vésicule, puis dans les voies biliaires. En termes de prévalence, on estime que cette maladie pourrait représenter 5 à 10% de l'ensemble des lithiases biliaires. Elle est probablement sous-diagnostiquée, d'où l'intérêt pour mieux connaître sa prévalence, de l'observatoire piloté par le Dr Picon-Coste qui compte actuellement

130 malades au niveau national.

Comment se manifeste la maladie ?

Dr Picon-Coste : Les symptômes biliaires surviennent à un âge jeune, généralement avant 40 ans. On retrouve des antécédents familiaux de maladie biliaire chez des parents du 1er degré. Autre antécédent à rechercher, la cholestase gravidique chez la femme. La récurrence des symptômes biliaires après cholécystectomie est également caractéristique. Les chirurgiens de l'hôpital sont sensibilisés au LPAC et lorsqu'ils font des cholécystectomies chez des patients de moins de 30 ans, ils nous les adressent systématiquement. Notre file active s'élève actuellement à 28 patients.

Comment est fait le diagnostic ?

Pr Erlinger : L'examen principal est l'échographie, qui montre des images intra-hépatiques caractéristiques. Deux images sont plus difficiles à repérer et nécessitent que l'examen soit fait par un radiologue expert, en l'occurrence le Pr Mathieu à Aix. Il s'agit des images dites en « queue de comète », ainsi qu'un artefact de scintillement au doppler. Quand le diagnostic est certain avec réunion de critères cliniques et échographiques, on peut démarrer le traitement. En revanche, lorsque les éléments cliniques sont incomplets et l'imagerie difficile à interpréter, un test génétique s'impose pour faire le diagnostic. Ce test est réalisé dans des centres de référence, comme celui de

l'hôpital Saint-Antoine. Il est assez onéreux, mais l'hôpital le prend en charge dans ces situations très précises.

En quoi consiste la prise en charge ?

Pr Erlinger : Elle repose sur l'acide ursodésoxycolique qui permet la dissolution des calculs de cholestérol, avec un petit effet stimulant sur la synthèse de la protéine. Son action est très spectaculaire, car il agit rapidement sur les symptômes qui disparaissent en quelques semaines. Le traitement doit être maintenu à vie, moyennant quoi, dans l'immense majorité des cas, les complications sont évitées.

(1) LPAC : Low phospholipid-associated cholelithiasis



Dr Séverine Hommel, *PH en hépatogastroentérologie*
Dr Magali Picon-Coste, *Chef de service en hépatogastroentérologie*
Dr Sami Séjil, *PH en diabétologie, endocrinologie et nutrition*
Emmanuelle Bourgue, *Diététicienne*



Dr Eric Blancato, *PH en chirurgie digestive*

La perte de poids reste essentielle dans la NASH

« Lors de la consultation, j'insiste beaucoup sur l'importance de perdre du poids progressivement et surtout pas trop vite.... »

« La NASH⁽¹⁾ correspond à la stéatose hépatique d'origine non alcoolique, dont la prévalence est en constante augmentation », explique le Dr Hommel. « Le plus souvent, elle concerne des patients en surpoids avec des facteurs de risques métaboliques, mais dans 10 à 15% des cas, les patients n'ont pas de facteurs de risque associé. »

Un risque accru de CHC

Le risque principal de la NASH est l'évolution progressive vers la fibrose hépatique, puis la cirrhose qui fait le lit du cancer.

« Nous avons participé à l'observatoire CHANG porté par l'ANGH⁽²⁾ qui analysait les causes retrouvées dans les cancers du foie et il est apparu que la NASH était une des principales causes de CHC⁽³⁾ », souligne le Dr Picon-Coste. « Dans la grande majorité des cas, la chirurgie bariatrique améliore la NASH mais il peut arriver exceptionnellement qu'elle l'aggrave », note le Dr Séjil.

Un programme d'ETP

« Dans le traitement de la NASH, nous utilisons les antidiabétiques, mais globalement, aucun médicament hormis la vitamine E n'a montré d'impact sur la fibrose », précise le Dr Hommel. La prise en charge hygiéno-diététique et l'ETP⁽⁴⁾ sont essentielles, avec pour objectif central, la perte de poids. « Nos patients atteints de NASH peuvent notamment participer à un programme d'ETP que nous avons mis en

place depuis 3 ans pour les adultes souffrant d'obésité », poursuit le Dr Séjil.

La prise en charge est multidisciplinaire

Ce programme s'articule en ateliers diététiques visant à modifier les habitudes alimentaires des patients. Interviennent également un coach sportif ainsi qu'un psychologue qui participe à des ateliers axés sur l'estime de soi et l'amélioration de la qualité de vie au quotidien. « Parallèlement au programme, je reçois les patients en consultation lorsqu'ils en font la démarche », souligne Emmanuelle Bourgue. « Je les vois souvent une seule fois, mais cela nous permet de fixer des objectifs personnels vraiment adaptés. »

(1) NASH : Stéatose hépatique non alcoolique
(2) ANGH : Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux généraux
(3) CHC : Carcinome Hépatocellulaire
(4) ETP : Education Thérapeutique du Patient

Parcours de soins bien fléché et prise en charge multidisciplinaire pour la chirurgie bariatrique

Le Dr Blancato, seul chirurgien à pratiquer la chirurgie bariatrique sur l'hôpital revient sur le parcours de soins bien fléché des patients.

« Nous avons débuté la chirurgie bariatrique en 2013, avec une activité qui augmente de façon constante », explique le Dr Blancato. « En 2016, 37 patients ont ainsi été opérés. Leur parcours de soins commence par un bilan en HDJ⁽¹⁾ faisant intervenir le chirurgien, le nutritionniste, la diététicienne, le psychologue ou la psychiatre, le pneumologue et les gastroentérologues. Tout cela permet de faire le bilan de l'obésité, de rechercher des contre-indications et d'évaluer l'efficacité de la prise en charge médicale, qui peut inclure notamment la participation au programme d'ETP⁽²⁾ dédié aux patients obèses.



Nous avons débuté la chirurgie bariatrique en 2013, avec une activité qui augmente de façon constante

Au bout de 6 mois, le cas du patient est discuté lors d'une RCP⁽³⁾, qui permet de valider ou de récuser l'intervention. Je réalise généralement des sleeve gastrectomy (gastroplastie verticale calibrée avec résection gastrique) ou des bypass gastrique (court-circuit gastrique) en Y ou en Oméga, selon le profil alimentaire du patient et les résultats du bilan. Le suivi pluridisciplinaire est à vie et fait intervenir la diététicienne, le nutritionniste et moi-même. »

(1) HDJ : Hôpital De Jour
(2) ETP : Education Thérapeutique du Patient
(3) RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Sabine Martin, *Cadre de santé*
Claudine Brondino, *Infirmière*
Dr François Cessot, *PH en hépatogastroentérologie*
Agnès Berne, *Infirmière*
Dr Saïda Salmi, *PH en hépatogastroentérologie*



L'endoscopie interventionnelle est en plein essor

« L'équipe d'endoscopie compte 4 endoscopistes qui travaillent avec une astreinte 24h sur 24, ainsi que 4 infirmières et 3 aides-soignantes.... »

« Notre activité en endoscopie est en augmentation constante, puisque nous sommes passés de 2 818 actes en 2011 à 3 500 en 2015 », explique le Dr Cessot. « Nous faisons de l'endoscopie courante pour le dépistage et les polypectomies sous anesthésie. Nous réalisons également des ligatures de varices œsophagiennes et des mucosectomies en salles d'endoscopie. » Un créneau dédié au bloc opératoire permet de traiter les urgences plus lourdes, comme les cathétérismes des voies biliaires rétrogrades ou les mucosectomies plus importantes. « Nous traitons également les calculs ou les sténoses

bénignes du pancréas et nous posons des prothèses coliques, œsophagiennes et duodénales pour les sténoses tumorales en hospitalisation de courte durée », complète le Dr Salmi. Autres gestes réalisés par l'équipe des endoscopistes, des gastrotomies avec sonde de Duodopa pour le traitement palliatif de la maladie de Parkinson.

Une gestion optimale du matériel

« Nous assistons les médecins lors des examens », précise Agnès Berne. « Nous avons beaucoup travaillé sur la traçabilité et la gestion du matériel, afin qu'il soit disponible 24h sur 24, notamment lors des week-ends, quand les endoscopistes sont seuls. Nous avons aussi un rôle important dans l'accompagnement des patients, en particulier pour les actes pratiqués sous anesthésie locale. » « Les infirmières travaillent en autonomie, ce qui leur permet de gérer leur

planning », note Mme Martin.

Gestion des complications de la chirurgie bariatrique

« Nous intervenons en amont de la chirurgie bariatrique en faisant une fibroscopie, afin d'écartier des contre-indications comme une hernie hiatale volumineuse », explique le Dr Salmi. « Nous intervenons également dans le cadre des complications post-chirurgicales qui sont rares et qui consistent la plupart du temps en des fistules situées à la jonction œsogastrique. Pour les traiter, nous utilisons les drains « Double queue de cochon » que nous plaçons entre l'œsophage et la fistule. » « Une extrémité de chaque queue est placée dans la poche, ce qui permet de drainer l'abcès en créant un chenal », précise le Dr Cessot. « Nous réintervenons 3 semaines après en plaçant des clips Ovesco® qui permettent de refermer proprement la fistule. »