

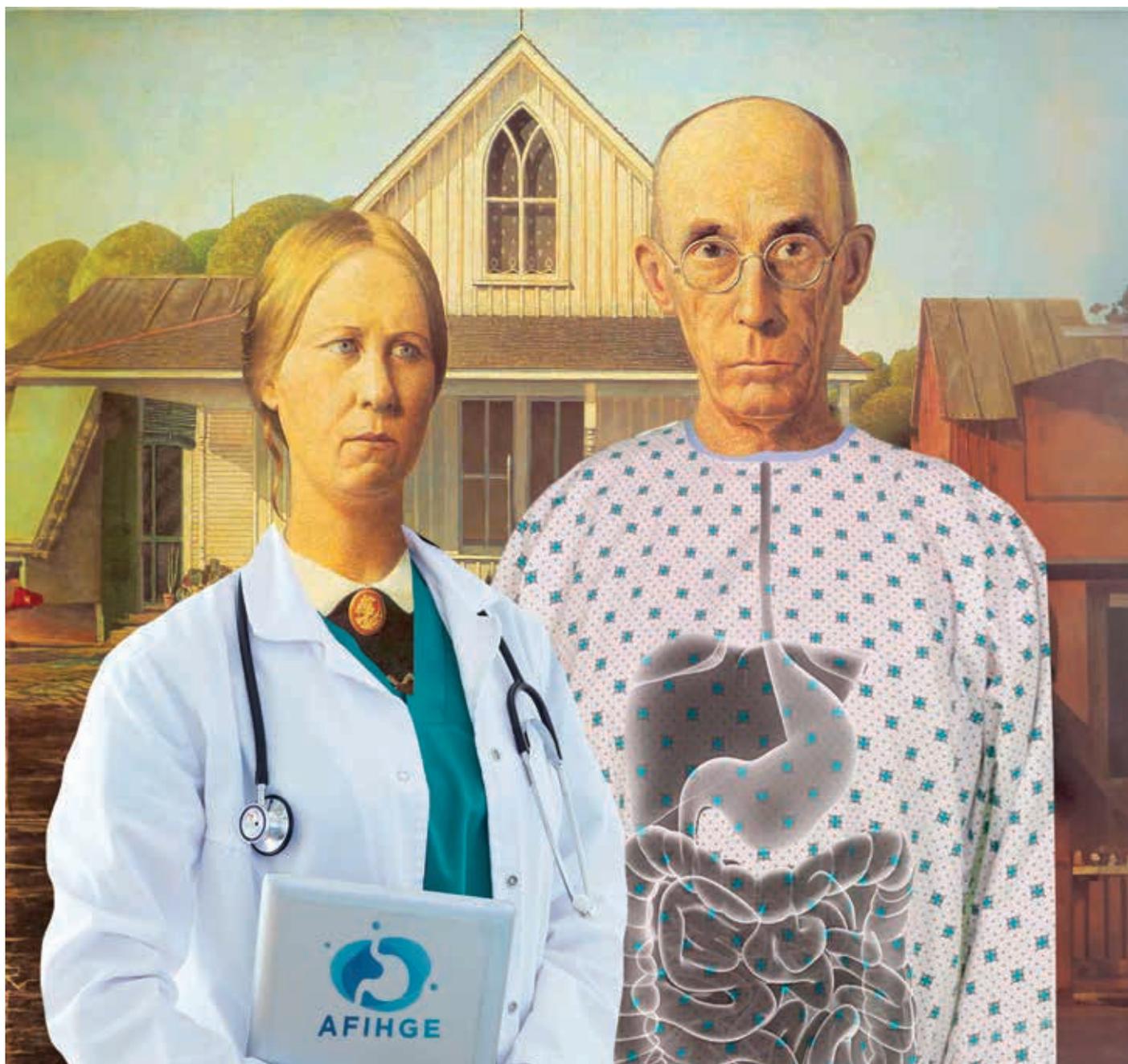


Association Française des Internes
d'Hépatogastro-entérologie

Journal des Jeunes Gastros

JJG

Numéro 03
Novembre 2023



Lumière sur un article marquant

Désescalade thérapeutique et maladie de Crohn

Le focus

Stratégies thérapeutiques dans l'achalasie

Le pense-bête

Marqueurs moléculaires en oncologie digestive

L'avenir de la maquette HGE

Et aussi : Trucs et astuces, cas clinique, QCM, ...

ÉDITO



Margaux DELHOMME
Présidente de l'AFIHGE

C'est avec grand plaisir et impatience que nous vous présentons ce nouveau numéro du Journal des Jeunes Gastro (JJG) !

Ces derniers mois ont été marqués par le changement de bureau de l'association lors des journées annuelles de l'AFIHGE. Nous souhaitons remercier infiniment le bureau sortant pour leur remarquable mandat, il a tenu ses engagements et accompli de beaux projets dont la création du Journal des Jeunes Gastro (JJG) que nous sommes fiers de poursuivre.

Pour ce troisième (déjà !) numéro du JJG, nous avons à nouveau choisi de développer un éventail de sujets qui reflète les multiples facettes de la gastro-entérologie.

Des dernières avancées dans les traitements de la maladie de Crohn aux marqueurs de biologie moléculaires en oncologie, en passant par l'exploration de perturbations du bilan hépatique qui n'en finissent plus, cette édition vise à vous faire naviguer entre toutes les différentes disciplines de la santé digestive.

Par ailleurs, nous sommes actuellement en pleins préparatifs du Vidéo-Digest organisé par la SFED les 23 et 24 novembre au Palais des Congrès de Paris où nous aurons l'occasion d'échanger notamment lors du symposium AFIHGE-SFED prévu le jeudi 23 novembre après-midi. Nous parlerons de formation en endoscopie et aborderons le sujet d'actualité qu'est l'écolo-endoscopie.

La rentrée sera également marquée par le mythique Gastro-Socle le 3 décembre à Paris. Au programme : un accueil chaleureux et des présentations variées pour bien débiter son internat !

Enfin, comme à chaque édition, nous attendons vos retours - qu'ils soient positifs ou non - pour améliorer le journal et le rendre toujours plus conforme à vos attentes, et si vous souhaitez participer à la rédaction de la revue, que vous ayez déjà un sujet en tête ou non, n'hésitez pas à nous contacter.

Bonne lecture !

BUREAU AFIHGE 2023 - 2024



Adèle PAYER
Secrétaire Générale



Margaux DELHOMME
Présidente



Steven CUISSY
Trésorier



Inès LEVEQUE
Vice-Présidente



Erika LEFEBVRE
Vice-Présidente



Léa SÉQUIER
Vice-Présidente



Clémentine ALITTI
Vice-Présidente

SOMMAIRE

N°03

Novembre 2023

06. AGENDA

Calendrier des événements du semestre

08. TRUCS ET ASTUCES

Comment bien débuter son internat d'HGE ?

10. INTERVIEW D'UN SENIOR

P^r Charlotte Costentin. Retour sur un parcours médical peu classique

13. LUMIÈRE SUR UN ARTICLE MARQUANT

Désescalade thérapeutique et maladie de Crohn

16. L'ORDONNANCE TYPE

Les ordonnances types en HDJ d'oncologie digestive

18. FOCUS

Achalasie : Quel arsenal thérapeutique ?

21. UN TABLEAU UTILE À AVOIR EN POCHE

Marqueurs de biologie moléculaire en oncologie

22. L'APPLI À CONNAÎTRE

DansMaBlouse

23. UN CAS CLINIQUE

Des perturbations du bilan hépatique qui n'en finissent plus...

28. À PROPOS DE LA MAQUETTE EN HGE

L'avenir de la maquette d'hépto-gastro-entérologie

30. PRÉSENTATION D'UN DIU

DIU de proctologie médico-instrumentale

32. LETTRE AUX INTERNES

Présentation de la FMC HGE

34. HISTOIRE DE LA MÉDECINE

L'histoire de Crohn

35. UNE IMAGE DANS L'ŒIL

Radiologie

38. LE COUP DE POUCE ADMINISTRATIF

Tout savoir sur la Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)

40. QUELQUES QCM

QCM d'endoscopie

48. J'Y ÉTAIS...

Retour sur un événement : Les journées de l'AFIHGE

50. RÉPERTOIRE

Coordonnées des référents par subdivision

Coordonnées des sociétés savantes

52. ANNONCES DE RECRUTEMENT



**Association Française
des Internes
d'Hépto-Gastro-Entérologie**

79 boulevard du Montparnasse
75006 Paris
afihge@gmail.com
www.afihge.org

  @afihge

ISSN

2969-9207

Editeur & Régie publicitaire

Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
contact@reseauprosante.fr
www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

Fabrication et impression en UE.
Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



Calendrier des événements

Novembre à Mai 2023-2024

Novembre 2023

- 13 novembre** • Cours zoom du CNU « Proctologie dans le cadre des maladies inflammatoires » - Laurent Siproudhis (Distanciel)
- 10-14 novembre** • AASLD The Liver Meeting, Boston (USA)
- 16 et 17 novembre 2023** • Congrès national annuel du GTE (Paris)
- 16-18 novembre** • Journées de Colo-Proctologie SNFCP (Marseille)
- 23-24 novembre** • Vidéo Digest - cours intensif, SFED – FMC HGE (Paris)
- 24 Novembre** • Journée retour post ASCO-ESMO – FFCD (Paris)

Décembre 2023

- 3 décembre** • GastroSocle - SNFGE et AFIHGE (Paris)
- 6-8 décembre** • Journées francophones de la nutrition (Marseille)
- 7 et 8 décembre** • Séminaire du GETAID (Paris)
- 14-16 décembre** • Journée de Réflexion et Formations - CREGG (Sèvres)

Janvier 2024

- 08 janvier** • Cours zoom du CNU (virtuel)
- 1, 18 et 25 janvier** • ENDOGASTROLIVE (virtuel)
- 25-26 Janvier** • 10^{ème} Congrès Européen d'Écho-Endoscopie (Lyon)
- 25-27 janvier** • Journées Francophones de Cancérologie Digestive - FFCD (Paris)

Février 2024

- 1^{er} février 2024** • ENDOGASTROLIVE (virtuel)
- 21-24 Février** • ECCO, 19^{ème} édition (Stockholm, Suède)

Mars 2024

- 14-17 mars** • Journées Francophones d'Hépatogastro-Entérologie et Oncologie Digestive (JFHOD) - SNFGE & FMC-HGE (Palais des Congrès, Paris)

Avril 2024

- 25-27 avril** • ESGE Days - ESGE (Berlin, Allemagne)

Mai 2024

- 18-21 mai** • Digestive Disease Week - AGA, AASLD, ASGE, SSAT (Washington DC, USA)
- 31 mai au 4 Juin** • ASCO Annual Meeting - (Chicago, USA)



Comment bien débiter son internat d'HGE ?



Adèle PAYER



Erika LEFEBVRE

1 Bien débiter son internat commence par choisir la bonne spécialité

Félicitations, si vous nous lisez, vous avez a priori réussi la première étape avec brio. L'hépatogastro-entérologie c'est un nom bien long qui montre bien l'étendue de notre spécialité. Impossible de vous ennuyer !!

2 S'intégrer au sein d'une équipe

Le début de l'internat est source de bouleversement, nouvelles responsabilités, nouvelle équipe, parfois nouvelle ville, nouveaux collègues... c'est tout un monde qui change. Le meilleur moyen de rendre ce début d'internat un peu plus facile est de se faire des amis : n'hésitez pas à proposer des activités, restaurants et autres soirées karaoké à vos co-internes (ou vos chefs s'ils ont gardé leur esprit djeuns...), votre cohésion n'en sera que meilleure après avoir chanté ensemble sur Céline Dion (enfin ça c'est selon les goûts...).

3 Être indulgent avec soi-même

La médecine, c'est des cycles. Vous sortez de 3 ans d'externat où vous connaissiez vos cours par cœur, et là PATATRA. 1^{ère} semaine d'internat, vous avez l'impression d'avoir tout oublié. Vous ne comprenez rien et pensez ne pas avoir votre place parmi les autres : c'est typiquement le syndrome de l'imposteur. Tout cela est normal. Il va vous falloir du temps pour intégrer toutes ces nouvelles informations, et c'est bien pour cela que l'internat dure 5 ans.

4 DÉCOMPRESSER

HYPER IMPORTANT : Vous allez avoir beaucoup de travail, et être épuisés, c'est certain. Alors prenez du temps pour vous, faites du sport, profitez de vos proches dès que vous pouvez, allez au cinéma ou au bar selon vos passe-temps favoris.

Comme dit précédemment, l'internat dure 5 ans, il ne s'agit pas de se cramer sur les 6 premiers mois. Votre corps et votre tête vous diront merci.

5 Participer au GastroSocle

C'est l'étape la plus facile de la liste :
**LE rendez vous à ne pas manquer :
 ça se passe à Paris, le dimanche
 3 décembre 2023.**

Avec la veille au soir une petite soirée afin de se rencontrer et d'échanger autour d'un verre !

Pour vous inscrire (c'est gratuit),
 écrivez à c.dahan@snfge.org

6 Les congrès

Rien ne remplace les communications orales, le compagnonnage et les rencontres en vie réelle. Pour cela, l'année est rythmée de congrès, qui sont l'occasion de refaire le point sur les bases et surtout de se tenir informé des actualités. Vous trouverez la liste des congrès dans l'agenda en début de chaque numéro.

(NB : les congrès et journées de formation étant nombreux et réguliers, n'hésitez pas à nous signaler par mail si nous en avons oublié un !).



GastroSocle : journée d'intégration de la SNFGE des internes "Phase Socle" 2023

Dimanche 3 décembre 2023 - 11h00 à 17h30

LE MERIDIEN ETOILE

81 boulevard Gouvion St Cyr – 75017 - Paris

- ♦ **11h00** - Présentation de la SNFGE : David Laharie
- ♦ **11h10** - Présentation de la maquette et e-learning : AFIHGE
- ♦ **11h20** - La recherche pendant l'internat et l'aide à la recherche par la SNFGE : Astrid Lièvre
- ♦ **11h30** - Hémorragies digestives (indications à l'endoscopie/radiologie interventionnelle et réflexes thérapeutiques) : Jean-Pierre Arpurt
- ♦ **11h50** - L'endoscopie en urgence : quand dois-je réveiller mon chef ? : André-Jean Remy
- ♦ **12h10** - Décompensation de cirrhose (orientations diagnostiques et réflexes thérapeutiques) : Isabelle Rosa

Pause déjeuner

- ♦ **14h00** - Insuffisance hépatique aiguë : Carine Chagneau
- ♦ **14h20** - Traitement en hôpital de jour : chimiothérapie, biothérapie : Jean-Marc Gornet
- ♦ **14h40** - Colites aiguës : Aurélien Amiot
- ♦ **15h00** - Urgences en proctologie : Agnès Senéjoux
- ♦ **15h20** - Pancréatite aiguë (réflexes thérapeutiques et diagnostiques) : Sarah Leblanc
- ♦ **15h40** - Les 10 "boulettes" à ne pas faire – Antoine Debourdeau – Sabrina Sidali

L'interview d'un senior

Pr Charlotte Costentin

Retour sur un parcours médical peu classique



Pr Charlotte COSTENTIN



Clémentine ALITTI

Bonjour Professeure Costentin, et merci d'avoir accepté cet entretien pour discuter de votre parcours professionnel et de votre vision de l'hépatogastro-entérologie.

Vous avez un parcours qui pourrait être considéré comme atypique, comment a-t-il commencé ?

J'ai fait mes études et mon internat en région parisienne et me suis orientée vers un clinicat d'Hépatologie au CHU Henri Mondor.

À ce stade, il était assez clair pour moi que je souhaitais un poste de PH dans un CHU d'hépatologie avec une activité de transplantation.

J'ai été pendant plusieurs années praticienne attachée à temps plein à Mondor avec une activité plutôt axée sur les hépatites virales et la transplantation mais faute de

poste disponible j'ai dû réfléchir aux autres possibilités de pratique.

À ce stade, je réfléchissais à deux options mais aucune d'elles ne me convenait vraiment.

La première était la possibilité d'une installation en libéral, mais après plusieurs expériences de remplacement (une fois en clinique puis dans deux cabinets différents), j'avais écarté cette voie qui me paraissait trop solitaire alors que je ressentais vraiment le besoin de travailler en équipe.

La deuxième était de prendre un poste d'hépatogastro-entérologue en CHG mais il était important pour moi d'avoir une pratique spécialisée d'hépatologue et je n'étais pas sûre d'être confortable dans l'activité polyvalente que requiert un poste en hôpital général.

C'est à ce moment que des collègues m'ont recommandé d'aller tenter ma chance dans l'industrie pharmaceutique et c'est ainsi que j'ai postulé à un poste de « médecin projet thérapeutique » dans le domaine des hépatites virales.

Ce type de pratique est assez peu connu au cours de nos études, en quoi consistait votre quotidien de médecin dans l'industrie pharmaceutique ?

Mon travail consistait à mettre en place en France les projets de recherche développés à l'international par le laboratoire, avec une partie administrative (de type dépôt du dossier aux autorités sanitaires, etc.) ainsi qu'une partie plus interactive avec les leaders du do-

main, à la fois sur les protocoles mais également sur les molécules qui étaient en développement et pas encore commercialisées.

Ce poste a eu plusieurs intérêts, notamment celui de conserver une casquette de spécialiste, de décou-

vrir la recherche clinique d'un point de vue dont on a pas l'habitude - celui du développement et de la stratégie pharmaceutique - tout en gardant un aspect médical notamment du fait du contact rapproché avec les hépatologues référents dans le domaine concerné.

Plusieurs aspects m'ont cependant déplu, notamment l'absence de créativité et de liberté dans ce poste, et je n'étais pas non plus à l'aise avec le rôle de « porte-parole » d'une molécule qui fonctionnait finalement moins bien que celles de

la concurrence. J'aurais peut-être mieux apprécié cette expérience dans un laboratoire concurrent qui proposait des molécules plus efficaces.

Finalement, le manque de clinique m'a aussi poussée vers un retour

à la pratique hospitalière et c'est dans ce cadre que je suis revenue à une pratique d'abord de médecin attaché de recherche clinique puis plus tard en tant qu'hépatogastro-entérologue général à l'hôpital militaire de Bégin.

Quel a été le processus pour intégrer un hôpital militaire en tant que civil ?

Le processus de recrutement est classique avec pour seule particularité une enquête assez approfondie sur ma vie antérieure recoupant par exemple les pays visités et habités sur les 10 dernières années, la profession des proches, etc.

Le recrutement se fait par annonces et entretiens comme dans

d'autres structures, et d'ailleurs beaucoup de médecins dans les hôpitaux militaires ont une formation civile.

Les hôpitaux militaires sont en fait divisés en une partie véritablement dédiée à la médecine militaire et une autre dédiée à la médecine de proximité au même titre qu'un CHG.

En réalité sur mon poste je n'étais pas militaire à part entière, par exemple je n'avais pas d'obligation de partir en mission avec l'armée, mais les deux statuts sont possibles et le choix nous est laissé.

Avez-vous ressenti un impact important de la hiérarchie militaire lors de votre pratique de la médecine ?

Non, honnêtement, la seule différence notable était la présence de grades, pour ma part celui de « commandant », et cette culture du grade pouvait se traduire par une hiérarchisation un peu plus présente au quotidien bien que pas si différente de ce que j'avais pu connaître en CHU.

Y a-t-il des différences de moyens notables entre les hôpitaux militaires et l'hôpital public ?

Non, à part que l'on est mieux payé qu'à l'hôpital public car le salaire dépend du Ministère des Armées et non de celui de la Santé et les grilles de salaires sont d'emblée plus hautes. De plus le salaire est indexé au nombre d'enfants et on

est d'autant mieux payé que l'on a d'enfants.

Deux contraintes y sont en revanche liées, la première c'est la possibilité d'être sollicité pour des missions extérieures (que l'on peut potentiellement refuser si présence

de volontaires) et la deuxième c'est d'être inscrit en tant que réserviste pendant quelques années après la fin du contrat. Pour ma part je n'ai jamais été appelée, c'est vraiment uniquement réservé à des cas de force majeure.

Quelles ont été les principales difficultés que vous avez rencontrées lors de la reprise de l'hépatogastro-entérologie plus générale après avoir été hépatologue spécialiste puis dans l'industrie et en recherche clinique pendant plusieurs années ?

Ça a été vraiment difficile et j'ai beaucoup travaillé pour me remettre à niveau, en endoscopie j'ai doublé mes collègues pendant quelques semaines et pour le reste j'étais une grande consommatrice de la FMC HGE !

Il est clair que l'on a un métier très pratique dans lequel on se forme constamment et où l'on acquiert des automatismes et si on lâche prise trop longtemps on finit par les perdre, mais c'est aussi ce que j'aime dans notre métier. Rien n'est

impossible, d'autant qu'on a plein de ressources de très bonne qualité disponibles.

D'un poste de CCA à Mondor plutôt axé hépatites virales, en passant par l'industrie pharmaceutique, la recherche clinique puis l'HGE générale en hôpital militaire, comment en êtes-vous arrivée à l'universitaire avec une sur-spécialisation en CHC au CHU de Grenoble ?

Je suis d'abord retournée au CHU Henri Mondor sur un poste de PH contractuelle car à l'époque le

Dr Thomas Decaens partait en mobilité et ils cherchaient quelqu'un pour reprendre son activité.

Thomas faisait essentiellement du CHC, ce que je n'avais jamais fait.

J'ai donc repris mes "cours du soir" et petit à petit j'ai pris ma place dans la communauté CHC.

C'est à ce moment là que j'ai eu un déclic, moi qui m'étais promis de ne pas faire d'oncologie pendant mon internat car j'avais trouvé cette activité difficile sur le plan émotionnelle, j'ai en fait découvert que j'aimais accompagner les patients dans ce contexte. C'est également à ce moment que m'est venue l'envie de faire de la recherche, en constatant que le CHC conservait un pronostic effrayable alors même qu'on connaissait déjà tous les facteurs de risques, pour la plupart évitables et qu'il y avait pleins de questions non résolues.

Puis, en 2016, mon mari a eu une opportunité professionnelle à Boston, difficile à refuser pour lui et après beaucoup de réflexion je me suis dis que ça pourrait être l'occasion pour moi de me former aux outils de recherche clinique, quitte à prendre le risque de perdre mon poste de PH à Henri Mondor.

J'ai donc postulé et été admise à un master de santé publique à Harvard, au cours duquel j'ai découvert l'épidémiologie sociale. À partir de là a commencé à germer l'idée de m'orienter vers un poste universitaire pour avoir plus de temps à consacrer à la recherche. Le "petit" problème cependant était que je n'avais ni master ni thèse de science.

Après avoir fait reconnaître mon master en France, discuté avec le président du CNU à l'époque pour évaluer la pertinence d'un tel projet compte tenu de mon parcours et avoir trouvé une équipe où je pourrais mener à bien mon projet (CHU de Grenoble où je retrouvais Thomas Decaens), j'ai pu m'inscrire en thèse de sciences en épidémiologie en 2018 dans un laboratoire de Grenoble tout en étant toujours aux États-Unis.

Suite à ça, j'ai passé entre 2019 et 2020 toutes les étapes du parcours universitaire pour être finalement nommée professeure en Septembre 2021.

À quoi ressemble le quotidien d'un PUPH en CHU à Grenoble ?

C'est encore un autre métier par rapport à tout ce que j'avais connu.

Concernant mon activité clinique, il est certain qu'elle est moindre que celle que j'avais en tant que PH à Henri Mondor : j'ai toujours une activité de consultation et une visite dans l'unité d'hépatologie environ une fois par semaine avec la PH responsable (qui a une formation

de médecine interne et réanimation), les internes et les étudiants.

J'ai ensuite une activité de recherche, qui concerne principalement l'épidémiologie sociale et l'étude des trajectoires des patients.

Enfin il y a toute la partie d'enseignement facultaire qui est assez conséquente et que je n'avais jamais pratiquée jusque-là.

Sans oublier une activité de management, ce qui fait finalement une activité à 4 facettes, assez intense, mais passionnante. Je dois dire que chaque changement dans ma pratique m'a redonné beaucoup d'énergie et j'ai beaucoup de chance d'avoir connu toutes ces positions qui m'offrent du recul et une vision plus globale dans ma pratique actuelle.

Au vu de votre parcours et de la multitude de facettes de l'HGE que vous avez pu explorer, quels conseils donneriez-vous à des jeunes internes qui cherchent encore leur voie ?

Je pense que l'idéal est de s'être confronté à la plupart des types d'exercices, que ce soit au CHU, au CHG mais également de faire des remplacements pour déterminer quel type de pratique nous attire le plus.

Chaque activité à ses spécificités, par exemple le côté plus spécialisé du CHU ou celui plus polyvalent du CHG et cet attrait est propre à chacun. L'idéal est d'identifier les grandes lignes de la pratique que l'on souhaite mener sans non plus

se voiler la face sur les contraintes associées à chaque pratique.

C'est aussi en discutant avec les collègues que l'on peut véritablement identifier les avantages et inconvénients qui ne sont pas toujours évidents à première vue en tant qu'interne.

Enfin, il faut garder en tête que notre activité est adaptable en fonction des différents moments de sa vie, on a la chance d'avoir un métier dans lequel on n'est pas obligé de prendre des décisions définitives.

Du moment qu'on est prêt à y mettre l'énergie nécessaire il y a des ponts possibles dans tous les sens, l'important étant de savoir s'ouvrir, d'être capable de sortir de sa zone de confort voire parfois d'oser prendre des risques et faire un saut dans le vide. On finit toujours par retomber sur ses pieds. Les aspirations peuvent changer avec le temps et l'important est de savoir les écouter pour conserver l'enthousiasme au quotidien

Désescalade thérapeutique et maladie de Crohn



Clémentine ALITTI



Relecteur

Dr Mathias VIDON
(PH CHI Creteil)

Arrêt de l'Infliximab ou de l'immunosuppresseur concomitant chez des patients atteints de maladie de Crohn sous combothérapie efficace : Étude SPARE

Article original : Withdrawal of infliximab or concomitant immunosuppressant therapy in patients with Crohn's disease on combination therapy (SPARE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial - The Lancet

L'association d'infliximab (IFX) et d'un traitement immunosuppresseur (IS) (thiopurine ou méthotrexate) est une stratégie thérapeutique devenue classique dans la maladie de Crohn, cependant, cette combothérapie a des répercussions en termes de coût et de morbidité justifiant l'évaluation de stratégies de désescalade.

L'essai SPARE a ainsi comparé le taux de rechute ainsi que le temps passé en rémission sur 2 ans, entre les patients poursuivant le traitement combiné et ceux ayant suivi deux stratégies différentes de désescalade : arrêt de l'infliximab et poursuite de l'immunosuppresseur seul ou bien arrêt du traitement immunosuppresseur et poursuite de l'infliximab seul.

Cet essai contrôlé multicentrique, ouvert et randomisé a été conduit dans 64 hôpitaux de sept pays en Europe et en Australie en randomisant 211 patients atteints de maladie de Crohn en rémission sans corticoïdes depuis au moins 6 mois, et sous traitement asso-

ciant IFX et IS pendant au moins 8 mois avec une dose stable d'immunosuppresseurs depuis au moins 3 mois.

L'inclusion ne concernait pas les patients traités par IFX en raison de LAP ou d'une fistule intra-abdominale.

Deux critères de jugements principaux étaient évalués : le taux de récurrence à 2 ans ainsi que le temps passé en rémission.

207 patients ont été inclus dans l'analyse finale (n=67 dans le groupe poursuite de combothérapie, n=71 dans le groupe arrêt de l'IFX, et n=69 dans le groupe arrêt de l'IS).

La rechute était définie par l'un de ces critères :

- CDAI > 250 ou CDAI entre 150 et 250 avec augmentation d'au moins 70 points lors de 2 visites à 1 semaine d'écart ET une CRP > 5 mg/l ou une calprotectine fécale > 250 µg/g.

- Une apparition ou ré-ouverture de fistule péri-anales ou entéro-cutanée.
- Un abcès péri-anal > 2 cm ou intra-abdominal > 3 cm.
- Un épisode d'occlusion intestinale confirmée par une imagerie.

Au total, 39 rechutes ont été identifiées. Leur répartition et le taux de rechute à 2 ans est résumé dans le tableau ci-dessous.

	IFX + IS	Arrêt IFX	Arrêt IS
Rechutes	8/67 (12%)	25/71 (35%)	6/69 (9%)
Taux de rechute à 2 ans	14% [IC 95 : 4-23%]	36% [IC 95 : 24-47%]	10% [IC 95 : 2-18%]

NB : hazard ratio (HR) 3.45 [1.56-7.69] p=0.003 pour l'arrêt de l'IFX vs IFX + IS ; HR 4.76 [1.92-11.11], p=0.0004, pour l'arrêt de l'IFX vs arrêt de l'IS.

Dès lors qu'une rechute était identifiée, une optimisation et/ou une reprise du traitement arrêté était débutée si possible, jusqu'à la rémission, avec une intensification maximale du traitement identique dans tous les groupes par IFX

optimisé à 10mg/kg toutes les 8 semaines et IS à doses efficaces. Sur les 39 patients ayant présenté une rechute, 28 patients ont été retraités ou optimisés, et une rémission a été obtenue chez 25 (64 %) de ces patients (1 sur 2 dans

le groupe combothérapie ; 22 sur 23 dans le groupe arrêt IFX et 2 sur 3 dans le groupe arrêt de l'IS). Parmi les 11 patients non retraités, 7 ont été classés d'emblée comme « échec thérapeutique » et 4 ont été traités hors protocole.

L'arrêt du traitement IS après 2 ans de traitement par combothérapie efficace ne majore pas le taux de rechute à 2 ans, ce qui est un point majeur en pratique clinique.

Il existe un risque accru de rechute sur 2 ans lors de l'arrêt du traitement par IFX en comparaison à sa poursuite aussi bien en mono qu'en combothérapie.

Le second objectif évalué concernait le temps moyen passé en rémission sur 2 ans et relevait d'une analyse de non infériorité. Il peut être résumé comme suit :

	IFX + IS	Arrêt IFX	Arrêt IS
Temps moyen en rémission (jours)	698 [668 ; 727]	684 [651 ; 717]	706 [682 ; 730]
Différence moyenne de rémission pour le groupe "arrêt IFX" (jours)	-14 [-56 ; +27]	X	-22 [-62 ; +16]

Les IC à 95 % de la différence moyenne de rémission entre le groupe "arrêt de l'IFX" et les autres contenaient tous deux le seuil de non-infériorité fixé à -35 jours rejetant donc l'hypothèse de non infériorité.

Les facteurs associés à un temps moyen en rémission plus court étaient :

- L'arrêt de l'IFX (HR 6.67 [2.17-20] vs combothérapie et HR 6.25 [2.20-20] vs arrêt IS).

- Âge < 17 ans au diagnostic (HR 3.34 [1.43-7.82]).
- CRP initiale élevée (relation continue avec incrément de 0.1 de l'HR pour chaque 1.0 mg/ml de CRP).
- Calprotectine fécale > 300 µg/g à baseline (HR 2.62 [1.11-6.18]).
- CDEIS initiale élevée (chaque point du CDEIS incrémentant l'HR de 0.1).

Un taux de 6TGN > 300 pmol était protecteur de rechute dans le

groupe "arrêt de l'IFX", soulignant la nécessité d'une bonne optimisation du traitement IS lors d'une stratégie de sevrage de l'IFX.

Le taux d'infliximab et d'anticorps anti-infliximab chez les patients re-traités étaient superposables à ceux objectivés à baseline confirmant la faible immunogénicité chez des patients en rémission sur le long terme et poursuivant un traitement IS bien équilibré.

Le re-traitement par IFX permet une rémission rapide puis son maintien chez une grande majorité de patients rechutant après son arrêt, et ce sans effet immunogène néfaste.

Cette stratégie ne peut cependant pas être considérée comme non inférieure à la poursuite de l'IFX (en combo- ou monothérapie), décourageant une stratégie de traitement par cycles d'IFX qui pourrait avoir des conséquences négatives sur le maintien global de la rémission.

Les facteurs de risque de rechute à l'arrêt de l'IFX sont ceux déjà connus, et comprennent : un jeune âge au diagnostic et des signes biologiques ou endoscopiques d'activité à l'inclusion.

Enfin, l'échec du traitement était défini par au moins l'un parmi ces critères :

- L'absence de rémission après protocole standardisé d'optimisation bien suivi ;
- Tout effet indésirable majeur motivant l'arrêt du traitement ;
- L'apparition d'un abcès intra-abdominal (> 3 cm) ou péri-anal (> 2 cm) ;

- Une occlusion intestinale nécessitant une prise en charge chirurgicale ou endoscopique.

L'échec de traitement a concerné 7/67 (10 %) des patients dans le groupe combothérapie ; 6/71 (8 %) dans le groupe arrêt de l'IFX et 12/69 (17 %) dans le groupe arrêt de l'IS.

Les facteurs de risque d'échec de traitement identifiés diffèrent des

facteurs associés à un temps de rémission plus court et l'échec concernait principalement les patients ayant une sténose cliniquement significative à l'induction et/ou sous traitement par IFX et une CRP initiale élevée dans les 3 bras étudiés. Dans le groupe "arrêt de l'IFX", le seul facteur de risque d'échec était le tabagisme actif.

Le statut sténosant, le taux de CRP et le tabagisme doivent être pris en compte dans les stratégies de désescalade, et notamment ce dernier si une tentative de sevrage en IFX est envisagée.

Conclusion



En conclusion, la stratégie de désescalade par arrêt de l'IFX ou de l'IS est possible chez les patients atteints d'une maladie de Crohn en rémission sous combothérapie et est à discuter au cas par cas en fonction des facteurs de risques de rechute, d'échec de traitement et des enjeux en cas de rechute, en décision conjointe avec les patients. L'arrêt de l'immunosuppresseur semble être l'option à privilégier dans cette stratégie.

Les ordonnances types en HDJ d'oncologie digestive



Margaux DELHOMME



Léa SEQUIER



Un grand merci au Dr Ludovic CAILLO pour sa relecture

Tout hépato-gastro-entérologue est amené dans sa pratique courante à prescrire et surveiller des traitements immunosuppresseurs, que ce soit en hépatologie, ou dans le cadre des MICI notamment. Parmi l'arsenal thérapeutique mis à notre disposition, certains présentent des règles de surveillance ainsi qu'un bilan pré-thérapeutique particuliers.

Bilan pré-biothérapie (anti TNF-alpha, intégrines, interleukines...) et petites molécules (anti-JAK)

À réaliser systématiquement

- NFS, CRP, bilan hépatique complet
- Electrophorèse des protéines sériques
- Créatinémie et ionogramme sanguin
- AAN et anti-DNA natifs
- Sérologies VHB, VHC et VIH
- Radiographie du thorax
- Quantiféron ou IDR à la tuberculine
- Béta-HCG si femme en âge de procréer
- Sérologie EBV
- Exploration d'une anomalie du bilan lipidique (pour les petites molécules)

Et ne pas oublier :

- Sérologies VZV en l'absence de varicelle documentée
- Mise à jour des vaccinations et réalisation des vaccins recommandés (VHB, pneumocoque, grippe, COVID-19)
- Examen gynécologique et mise à jour du frottis
- Recherche de facteurs de risques cardio-vasculaires
- Mise à jour des autres dépistages



MÉTHOTREXATE

- NFS, bilan hépatique complet
- Créatinémie et ionogramme sanguin
- Electrophorèse des protéines sériques
- Radiographie du thorax
- Sérologies VHB, VHC et VIH
- Béta-HCG

Surveillance

- NFS, créatinémie, bilan hépatique complet
- 1 fois par semaine pendant le premier mois
- 1 fois par mois pendant 2 mois
- Tous les 3 mois pendant la durée du traitement



AZATHIOPRINE

- NFS, bilan hépatique complet
- Créatinémie et ionogramme sanguin
- Sérologies VHB, VHC et VIH
- Sérologie EBV
- Génotypage TPMT

Surveillance

- NFS, plaquettes
- Bilan hépatique complet
 - 1 fois par semaine pendant le premier mois
 - 1 fois par mois pendant 3 mois
 - Tous les 3 mois pendant la durée du traitement



Rappel : Sérologie EBV et traitement par AZATHIOPRINE dans les MICI

Il existe un risque de développement de lymphome chez les patients traités par AZATHIOPRINE, que ce soit dans le cadre d'une maladie de Crohn ou d'une rectocolite hémorragique. Les populations les plus à risque sont les patient âgés > 65 ans et de sexe masculin. Les 2 types de lymphomes le plus fréquemment retrouvés sont le lymphome induit par une primo-infection à EBV (risque de 3/1000 patients-années) et le lymphome T hépatosplénique (0.1/1000 patients-années). Ainsi, une sérologie négative pour l'EBV doit faire discuter de la balance bénéfice-risque à l'introduction du traitement.

CICLOSPORINE

- Surveillance de la tension artérielle
- NFS, plaquettes, bilan hépatique complet
- CRP, créatinémie, ionogramme sanguin
- Sérologies VHB, VHC et VIH
- Magnésium
- Uricémie
- Bilan lipidique

Surveillance

- Tension artérielle : tous les 15 jours pendant 1 mois puis 1 fois par mois
- Créatinémie : tous les 15 jours pendant 1 mois puis 1 fois par mois
- /!\ Pas de recommandation concernant l'hypomagnésémie mais à rechercher régulièrement !



Achalasie : Quel arsenal thérapeutique ?



Marouane JELIDI

Relecteur

Dr Haithem SOLIMAN
MCU au CHU de Louis Mourier



Traitement médicamenteux

Les inhibiteurs calciques et les dérivés nitrés peuvent être utilisés en traitement de l'achalasia dans de rares situations. Ils réduisent la pression du SIO et sont donc administrés avant les repas à visée symptomatique. Cependant, aucune étude n'a démontré leur efficacité, leur durée d'action est courte et expose à des effets indésirables à type de céphalée et de vertiges.

✓ Avantages

Peu coûteux
Non invasif

✗ Inconvénients

Efficacité discutable
Effets indésirables

Indication limitée à un traitement compassionnel chez un patient avec contre-indication anesthésique ou non répondeur à l'injection de toxine botulique.

Injection de toxine botulique

La toxine botulique, en inhibant la libération pré-synaptique d'acétylcholine, permet lorsqu'elle est injectée au niveau de la jonction œso-gastrique d'obtenir une relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage.

100UI sont alors répartis en 4 quadrants au niveau de la jonction œso-gastrique.

On observe une amélioration clinique importante à 1 mois (90 %) mais l'effet reste transitoire, le patient est alors tributaire d'injection répétées pour obtenir une efficacité durable (50 % de rechute à 6 mois, 95 % à 2 ans).

Les injections répétées pourraient provoquer une fibrose locale compliquant alors une éventuelle myotomie mais les données sont discordantes.

Plusieurs études ont démontré l'infériorité de cette thérapeutique versus la dilatation pneumatique et la myotomie (endoscopique et chirurgicale).

L'indication est ainsi limitée à un traitement compassionnel chez un patient avec contre-indication anesthésique ou non répondeur à l'injection de toxine botulique.

✓ Avantages

Amélioration clinique rapide
Peu invasif
Pas d'effet indésirable

✗ Inconvénients

Effet transitoire avec endoscopies répétées
Efficacité inférieure

Traitement symptomatique de patients à haut risque chirurgical, non éligibles à des thérapeutiques plus invasives.

Dilatation pneumatique

La dilatation progressive du sphincter inférieur de l'œsophage par voie endoscopique à l'aide d'un ballonnet pneumatique de 30 à 40 mm permet de dilacerer les fibres musculaires du sphincter. Il n'existe pas de protocole standardisé mais la plupart des centres s'accordent à effectuer une première dilatation à 30mm en augmentant progressivement la pression durant 3 à 5 minutes.

En cas de récurrence symptomatique, une à deux nouvelles dilatations « sur demande » sont alors effectuées avec un ballon de taille supérieure (35 puis 40mm).

Cette méthode présente une efficacité comparable à la myotomie chirurgicale et au POEM pour les achalasia de classe I et II (60 à 85 % de réponse à deux ans). En revanche, l'achalasia de classe III répond nettement moins bien à la dilatation. À noter que les patients de moins de 40 ans répondent également moins bien à ce traitement.

Il existe un risque de perforation œsophagienne de 0.5 à 2 % des interventions, survenant quasi-systématiquement lors de la première séance.

✓ Avantages

Efficacité clinique importante et durable pour les classes I et II
Geste endoscopique rapide

✗ Inconvénients

Non efficace dans l'achalasia de type III
Risque de perforation (2 %)

Traitement de première intention de l'achalasia de type I et II symptomatique en l'absence de contre-indication endoscopique.

Myotomie chirurgicale avec montage anti-reflux

C'est une intervention chirurgicale en deux temps. Le premier temps consiste en la myotomie extra-muqueuse de Heller, soit une incision des deux couches musculaires œsophagiennes (sur 8 cm) et du cardia (sur 3 cm) avec respect de la muqueuse digestive.

Elle est complétée par une fundoplicature (Dor ou Toupet) à visée anti-reflux, permettant de réduire l'incidence de RGO post-opératoire à 15-30 %.

L'efficacité de cette méthode (90 % de réponse clinique en post-opératoire) est comparable à celle de la dilatation pneumatique (protocole « à la demande ») et du POEM pour les type I et II. Plusieurs études ont prouvé la supériorité de la myotomie chirurgicale versus la dilatation pneumatique dans le sous-groupe achalasia de type III.

C'est une méthode répandue avec plusieurs décennies de recul. Le taux de mortalité est très faible (0.1 %) et la complication la plus fréquente est la perforation œsophagienne ou gastrique per procédure, ayant pour conséquence un allongement du temps opératoire et un risque de conversion en laparotomie.

Il existe également un risque de lésion du nerf vague, imposant un repérage des branches péri-cardiales du nerf vague antérieur.

✓ Avantages

Efficace pour tous les sous-groupes d'achalasia
Montage anti-reflux

✗ Inconvénients

Chirurgie invasive
Hospitalisation conventionnelle

Traitement de choix en cas d'échec de la dilatation pneumatique.
Première intention dans l'achalasia de type III en l'absence d'accès au POEM.

POEM (per oral endoscopie myotomy)

Technique récente (développée au Japon il y a une dizaine d'années) nécessitant une maîtrise de l'endoscopie interventionnelle.

Elle consiste en la création d'un tunnel sous-muqueux par voie endoscopique, à 15 à 20 cm en amont de la jonction œso-gastrique permettant une incision de la couche musculaire circulaire de l'œsophage jusqu'à la musculature cardiaque.

L'efficacité de cette technique est prouvée : le taux de rémission clinique est systématiquement supérieur à 90 %.

Elle semble supérieure à la myotomie de Heller dans l'achalasia de type III selon plusieurs études rétrospectives, possiblement au bénéfice d'une myotomie plus longue (16 cm versus 8 cm) mais il n'existe pas d'étude contrôlée randomisée sur le sujet.

On dénombre 7 % de complications per et post procédure, dont la grande majorité sont sans conséquence à condition d'insuffler du CO₂.

La perforation muqueuse est la complication la plus fréquente, traitée endoscopiquement dans 99 % des cas. Le pneumothorax, pneumopéritoine, pneumomédiastin et l'emphysème sous-cutané sont d'amélioration spontanément favorable après résorption du gaz carbonique et ne nécessitent aucune prise en charge spécifique.

Du fait de l'absence de valve anti-reflux, il existe un risque de RGO plus élevée qu'après une myotomie de Heller (OR : 4.2). Cependant, il est soit asymptomatique (majorité des cas) soit soulagé par la prise d'IPP.

Les risques à long terme restent à déterminer.

✔ **Avantages**

- Voie d'abord endoscopique
- Efficace pour tous les sous-groupes d'achalasia
- Supérieur dans l'achalasia de type III

✘ **Inconvénients**

- Absence de montage anti-reflux
- Nécessité d'accès à l'endoscopie interventionnelle

Traitement de choix en cas d'échec de la dilatation pneumatique. Première intention dans l'achalasia de type III (Recommandations ACG : niveau de preuve faible).

Après échec d'un traitement de première ligne ?

Après échec d'une dilatation pneumatique

La **myotomie chirurgicale** et la **myotomie endoscopique** sont deux solutions viables et efficaces, le taux de complications lié au geste n'est pas augmenté.

Après échec d'une myotomie de Heller

Le **POEM** s'est montré supérieur à la dilatation pneumatique et conserve une efficacité de 60 % en post-interventionnel (moins que chez les patients naïfs) en gardant le même profil de sécurité.

Après échec d'un POEM

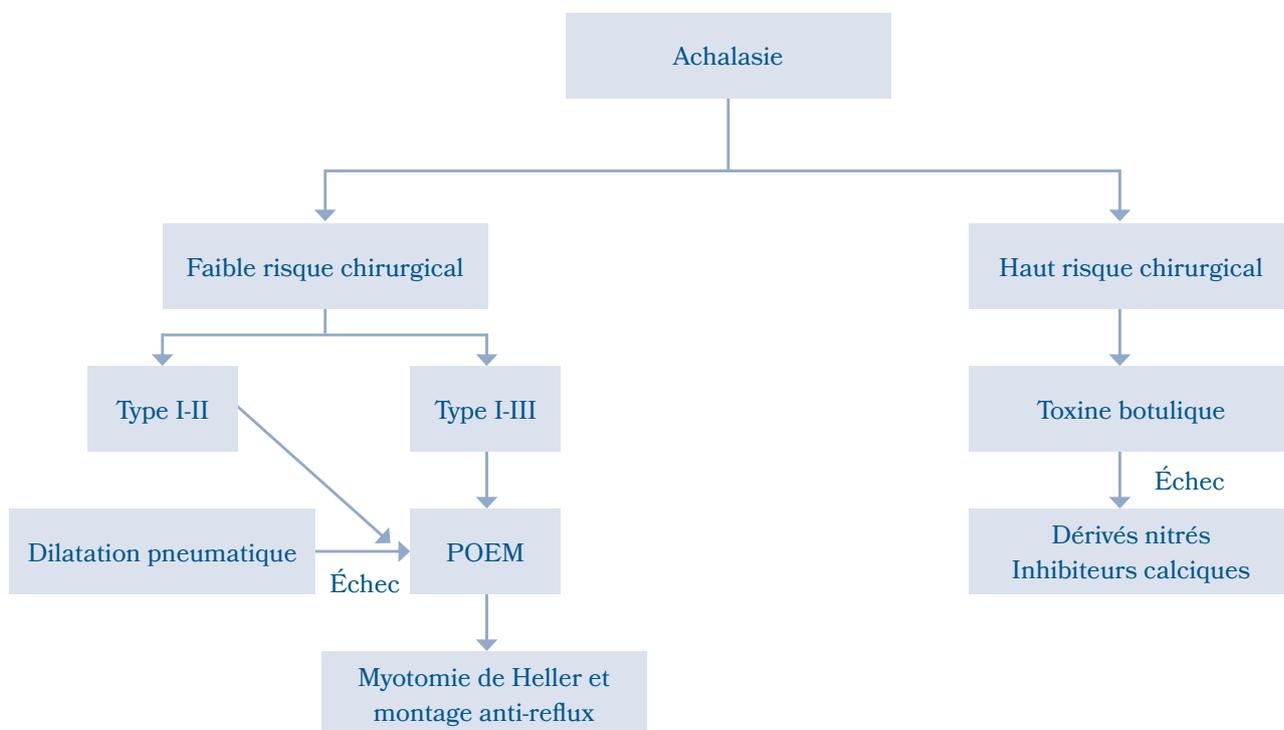
La **myotomie chirurgicale** est envisageable s'il existe des arguments indirects en faveur d'une myotomie incomplète.

La **manométrie haute résolution** et l'**endoscopie oeso-gastro-duodénale** avec analyse macroscopique et mesure de la distensibilité de la jonction oeso-gastrique par **EndoFlip** permettent alors d'évaluer le bénéfice d'une nouvelle intervention chirurgicale.

En 3^{ème} intention

Chez des patients extrêmement symptomatiques, l'**œsophagectomie** peut être envisagée au prix d'une mortalité considérable et d'une qualité de vie fortement altérée.

Une **gastrostomie d'alimentation** peut également être envisagée, impliquant l'impossibilité d'alimentation orale au long cours.





Sara SAOULI

Remerciements au
Dr RANDRIAN Violaine
pour la relecture de cet article

Marqueurs de biologie moléculaire en oncologie

QUE DEMANDER	QUEL LABORATOIRE	COMMENTAIRES
COLON MÉTASTATIQUE		
MMR/ MSI KRAS, BRAF	Anatomopathologie Biologie moléculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Si mutation KRAS, les antiEGR sont inefficaces (50 % de mutations RAS) • Si BRAF muté, RAS est sauvage mais les anti-EGR sont également inefficaces = Facteur de mauvais pronostic
ESTOMAC MÉTASTATIQUE		
MMR/MSI HER 2 Claudine 18 (15%) + PD-L1 avec calcul CPS/TPS	Anatomopathologie	<p>À demander dès la suspicion diagnostique endoscopique au moment des biopsies</p> <p>Statut HER2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HER 0/+ = pas d'amplification • HER2++ = Ambiguïté → Demander FISH • HER2 +++ = amplification
CHOLANGIOMÉTASTATIQUE		
HER 2, MMR	Anatomopathologie	
IDH1 (10-28 %)	Biologie Moléculaire :	
KRAS, BRAF V600E (3-7 %)	Panel NGS - INCA	
Fusion NTRK/FGFR2 (10 %)	Biologie moléculaire : Panel Fusion	
MSI	Biologie Moléculaire : PCR	

POUR ALLER PLUS LOIN

TECHNIQUE	À DEMANDER	THÉRAPIES CIBLÉES
HISTOLOGIE	HER2 Amplification	ZANIDATAMAB TRASTUZUMAB TRASTUZUMAB-DERUXTECAN
HISTOLOGIE / PCR	Instabilité microstatellitaire (MSI)	PEMBROLIZUMAB
DNA (NGS)	IDH 1	IVOSIDENIB
DNA (NGS)	KRAS	G12C : ADAGRASIB
DNA (NGS)	BRAF V600E	DABRAFENIB+TAMETINIB
RNASeq : gène de fusion	FGFR Fusion	PEMIGATINIB, RLY-4008
RNASeq: gène de fusion	NTRK fusion	LAROTRECTINIB

DansMaBlouse



Margaux DELHOMME



Léa SEQUIER



Il y a deux types d'internes : ceux qui se lestent de 3kg de documents dans chaque poche de blouse afin de ne jamais manquer de rien, et ceux qui arpentent légers les couloirs de l'hôpital au risque de voyager sans antisèche.

Pour chacun d'entre eux, il existe une solution : **DansMaBlouse**.

Cette application gratuite, à destination des professionnels de santé, permet de créer une base de connaissances théoriques et pratiques en ligne.

La promesse : dire adieu aux carnets manuscrits bourrés de protocoles qui ne sont plus à jour, aux recommandations HAS recopiées sur un bout de papier ECG et accéder à la sérénité depuis son téléphone.

Alors comment ça marche ? L'application vous permet de créer un carnet de fiches organisées en catégories que vous définissez. Vous pouvez en ajouter autant que vous le souhaitez et les modifier au fur et à mesure au gré de vos connaissances ou des nouvelles recommandations. La mise en page est intuitive et facile à utiliser et vous permet d'y ajouter des images.

Vous avez accès à un mémo de thérapeutique pour y rentrer par exemple vos protocoles de service, des rappels sur les posologies ou les contre-indications à ne pas manquer.

DansMaBlouse propose également un espace annuaire afin d'y collecter tous les numéros de services, fax, avis que vous passez votre temps à chercher !

Cerise sur le gâteau : Vous pouvez partager vos fiches dans des "groupes de partages". Vous pourrez donc les échanger avec vos collègues de votre subdivision, ou les hépato-gastro-entérologues d'autres villes... Qui vous voulez en fait !

Sachez que l'application est également disponible en version web et que vous pouvez donc agrémenter tout cela depuis votre ordinateur.

DansMaBlouse est faite pour que vous puissiez créer votre encyclopédie du parfait petit hépato-gastro-entérologue sur-mesure, afin qu'elle vous suive partout (et cela même hors-ligne).



Des perturbations du bilan hépatique qui n'en finissent plus...



Pauline RIVIERE



Relectrice
Dr Lucy MEUNIER
CHU de Montpellier

Il s'agit d'une patiente de 40 ans, ayant comme principal antécédent un bypass en 2006 et un IMC actuel à 23 kg/m². Elle ne consomme pas d'alcool, pas de toxique ni de tabac et n'a aucun traitement.

En Avril 2022, Mme Y consulte son médecin traitant pour des œdèmes des membres inférieurs d'apparition récente.

Celui-ci fait réaliser un bilan biologique en ville qui retrouve, entre autres :

- Une **hypoalbuminémie à 17 g/L** ;
- Une **bilirubine totale à 38 μmol/L** ;
- Un **TP à 57 %**.

Un bilan immun est réalisé dans un second temps et met en évidence des anticorps anti-nucléaires à 1/100 et des ANCA à 1/320.

Le reste du bilan est négatif et la patiente retourne à domicile sans prise en charge particulière.

En Juillet 2022, Mme Y se présente aux urgences pour majoration des œdèmes des membres inférieurs avec asthénie associée. Elle ne présente pas d'encéphalopathie hépatique.

Au bilan biologique, elle présente une cytolyse hépatique à 10N, prédominant sur les ASAT, avec cholestase ictérique (bilirubine totale à 97 μmol/L dont 78 μmol/L de conjuguée), un TP à 27 %, un facteur V à 44 % et un INR à 2,61.

Elle est hospitalisée en service d'hépto-gastro-entérologie pour bilan étiologique :

- Biologiquement, les sérologies virales (VIH, VHB, VHC, VHA, VHE, HSV, CMV, EBV) négatives et le bilan du cuivre négatif.

Au dosage pondéral des immunoglobulines on met en évidence une **hypergammaglobulinémie avec IgG à 21g/l**.

Le bilan auto-immun retrouve : AAN 1/160, ANCA 1/800, Ac anti muscle-lisse négatif, Ac anti LKM1 négatif, Ac anti cytosol négatif, Ac anti mitochondries négatif, Ac anti DNA et ENA négatifs.

Le TP passe ensuite à 24 % avec un facteur V à 40 %.

- Un scanner thoraco-abdomino-pelvien retrouve un foie de petite taille sans lésion focale suspecte ainsi qu'une ascite de moyenne abondance sans thrombose porte associée.

Le bilan est complété par une IRM hépatique qui montre l'absence de lésion focale.

Une biopsie hépatique par voie transjugulaire est réalisée et montre des lésions **d'hépatite active riche en plasmocytes** avec nécrose en pont extensive, sans cirrhose sous-jacente. L'aspect histologique est comparable à une hépatite auto-immune.

Quelle est votre prise en charge initiale ?

- A. Vous débutez un traitement par corticothérapie pour 28 jours au total avec score de Lille à J7.
- B. Vous débutez un bilan pré-greffe au plus vite.
- C. Vous débutez un traitement par corticothérapie seule à 0,8-1 mg/kg.
- D. Vous débutez un traitement par corticothérapie et TACROLIMUS.
- E. Vous inscrivez la patiente sur liste de transplantation en super-urgence.

Réponses B et C.

Toute hépatite auto-immune doit être traitée, sauf si elle est inactive sur le plan biologique, clinique et histologique.

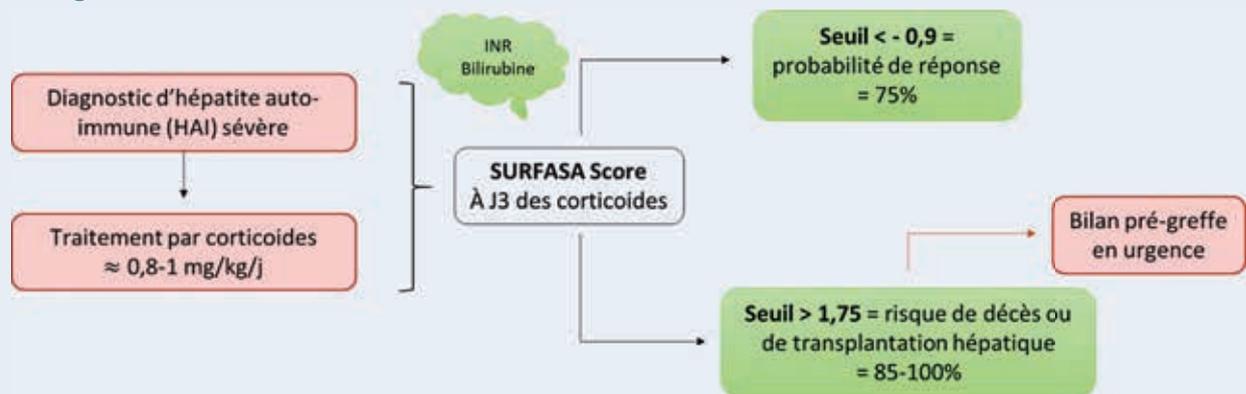
Corticothérapie (0,8 à 1 mg/kg/jour) et réévaluation entre 3 et 7 jours.

Si une réponse est objectivée : décroissance de la corticothérapie et début d'un traitement par AZATHIOPRINE.

Si aucune réponse n'est objectivée il faut alors débiter un bilan pré-greffe et considérer un traitement de 2^{ème} ligne.

Nous sommes ici dans le cas d'une **hépatite aiguë auto-immune sévère**.

Dans ce cas, un score a été conçu pour établir la probabilité de réponse aux corticoïdes. Il s'agit du **score SURFASA**, réalisé à J3 du début de la corticothérapie, prenant en compte l'INR et la bilirubine. Si le seuil est $< -0,9$, la probabilité de réponse au traitement est d'environ 75 %. Si il est $> 1,75$, il existe un risque de 85 à 100 % de décès ou de transplantation hépatique devant faire réaliser un bilan pré-greffe en urgence.



L'inscription sur liste de transplantation hépatique en super-urgence est réservée pour les formes fulminantes et sub-fulminantes.

Devant l'absence d'amélioration clinico-biologique (baisse du TP, augmentation de la bilirubine), un bilan pré-greffe est réalisé chez Mme Y.

Dans les suites, la patiente se dégrade cliniquement avec apparition de troubles de la conscience (Glasgow 3). Elle est transplantée hépatique en super-urgence devant ce tableau d'hépatite auto-immune sub-fulminante. L'anatomopathologie du greffon retrouve une hépatite active riche en plasmocytes avec nécrose multi-lobulaire et foyers résorptifs riches en néo-ductules compatibles avec une hépatite sub-aiguë nécrosante.

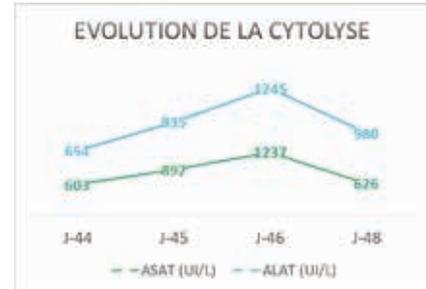
L'hépatite auto-immune (HAI) sévère ou fulminante correspond à **20-25 % des hépatites auto-immunes**. Le diagnostic est difficile avec des IgG normales dans 20 à 30 % des cas et une absence d'anticorps dans 25 à 40 % des cas. **L'histologie est la clé du diagnostic** avec des signes révélateurs tels qu'une hépatite lobulaire, un infiltrat lympho-plasmocytaire, une hépatite d'interface et de la nécrose massive. La **forme fulminante** est retrouvée dans **3 à 6 % des HAI**, et dans ce cas, la transplantation hépatique est le traitement de choix.

L'hépatite auto-immune correspond à environ 2 % des transplantations hépatiques et la récurrence sur greffon peut atteindre jusqu'à 60 % à 5 ans.

À J-36 post-transplantation hépatique, Mme Y rentre à domicile.

Elle est revue en consultation à J44 et le bilan biologique retrouve une cytolysse à 15-20N, une cholestase à 1,5N avec bilirubine totale à 23 μ mol/L. Elle est donc re-hospitalisée en hépato-gastro-entérologie.

Un scanner abdomino-pelvien est réalisé et montre une stabilité des voies biliaires ainsi qu'une absence d'anomalie au niveau des anastomoses cave, porte et artérielle.



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- Sténose de l'anastomose biliaire.
- Sténose de l'anastomose porte.
- Hépatite aiguë virale.
- Infection à CMV.
- Évolution naturelle en post transplantation hépatique.

Réponses A, B, C, D

Lors d'une perturbation du bilan hépatique en post-transplantation hépatique, **plusieurs hypothèses diagnostiques sont à évoquer** :

- Une sténose ou thrombose de l'artère hépatique ;
- Une sténose ou thrombose porte ;
- Une sténose de l'anastomose biliaire (avec prédominance d'une cholestase le plus souvent) ;
- Une infection à Cytomégalovirus ;
- Une hépatite virale ;
- Une hépatite médicamenteuse ;
- Un rejet aigu cellulaire.

Un bilan exhaustif doit donc être réalisé avec notamment les **sérologies virales** (VHA, VHE et PCR VHE car patient immunodéprimé, PCR CMV, EBV, HSV, VIH, VHB, VHC) et une **imagerie** (échographie-doppler hépatique, TDM AP voire cholango-IRM).

Chez Mme Y, après avoir réalisé une échographie-doppler hépatique, une cholango-IRM et un bilan biologique exhaustif, la sérologie virale VHE revient positive avec une charge virale à 11958800 copies/mL.

Le diagnostic d'hépatite E aiguë à J45 de la transplantation hépatique est posé.

Quel mode de contamination pouvez-vous évoquer chez Mme Y ?

- Transmission féco-orale.
- Transmission materno-foetale dans l'enfance.
- Transmission parentérale.
- Transmission par contact direct avec un animal.
- Transmission par contamination du greffon hépatique.

Réponses A, C, D, E.

Le virus de l'hépatite E est un virus à **ARN simple brin**, du genre *Herpevirus*, de la famille *hepeviridae*. Il existe 4 génotypes (1 et 2 chez l'homme et 3 et 4 zoonotiques).

Il s'agit de la 1^{ère} cause d'hépatite virale dans le monde. Les principaux modes de transmission sont **féco-oral**, par **contact direct avec le réservoir animal**, alimentaire par **ingestion de viande** crue/peu cuite, et, **transfusionnel**.

L'Asie, l'Afrique et l'Amérique Latine sont de fortes zones d'endémie par contamination oro-fécale.

Le **diagnostic chez les patients immunodéprimés** se fait par recherche d'**ARN viral via PCR** car il existe une suppression du système immunitaire et donc des risques de faux négatifs sur les Ac anti-VHE.

L'hépatite E aiguë se chronicise dans 60 % des cas chez les immunodéprimés et une **cirrhose sur greffon est d'évolution très rapide** (environ 2 ans).

Mme Y n'a pas consommé de viande crue/peu cuite ou n'a pas eu de contact direct avec le réservoir animal (type porc). La transmission féco-orale est très peu probable dans le contexte.

Ici, les deux modes de contamination les plus probables sont la continuation post-transfusionnelle (transfusion de 10 culots globulaires lors de la transplantation hépatique) ou un greffon contaminé.

La transfusion reste un mode de contamination fréquent dans les pays occidentaux. En effet, chez les donneurs de sang, environ 20 % de la population française a une séroprévalence positive (IgG), jusqu'à 50 % dans la région Sud-Ouest. **1 % des donneurs de sang ont une sérologie virale IgM positive.**

Quelle est votre prise en charge pour cette hépatite E aiguë et comment gérez-vous le traitement immunosuppresseur chez Mme Y ?

- A. On ne traite pas l'hépatite E chez Mme Y.
- B. On traite l'hépatite E par un anti-viral tel que le SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR.
- C. On traite l'hépatite E par un anti-viral tel que l'ENTECAVIR.
- D. On arrête le traitement immunosuppresseur de Mme Y.
- E. On majore le traitement immunosuppresseur de Mme Y.

Aucune réponse vraie.

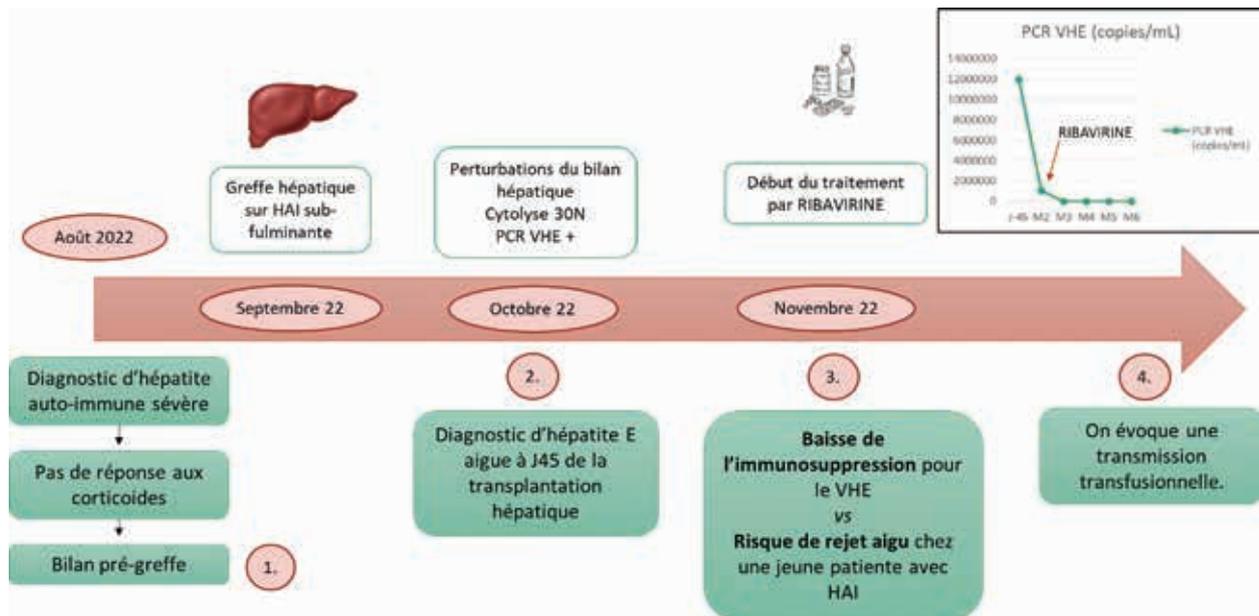
La prise en charge chez les immunodéprimés consiste en :

1. Traiter l'hépatite E. Le traitement est la **RIBAVIRINE 10-12 mg/kg/j** pendant au moins **3 mois**. Il agit de manière indirecte sur la réplication virale et permet l'élimination du virus dans 80 % des cas.

2. Diminuer le traitement immuno-suppresseur. En effet, la suppression de la réponse immunitaire peut permettre de mieux contrôler l'infection virale et certains immunosuppresseurs (tels que les anti-calcineurines ou inhibiteurs de m-TOR) stimulent la réplication du VHE in vitro. Ceci peut permettre l'élimination du VHE chez 30 % des transplantés.

*Le SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR est un des traitements contre l'hépatite C.
L'ENTECAVIR est un des traitements contre l'hépatite B.*

Chez Mme Y, toute la complexité réside dans la baisse du traitement immunosuppresseur pour contrôler la virémie VHE chez une jeune patiente atteinte d'hépatite auto-immune, à fort risque de rejet aigu.



Références

1. *Recommandations EASL 2019, Mack CL et al, Diagnostic and Management of Autoimmune Hepatitis in Adults and Children: 2019 Practice Guidance and Guidelines From the American Association for the Study of Liver Diseases*
2. *De Martin E., Coilly A. Chazouillères O. et al. , «Early liver transplantation for corticosteroid non-responders with acute severe autoimmune hepatitis: The SURFASA score.» J Hepatol, vol. 74, pp. 1325-1334, 2021.*
3. *Su Lin, Validation of the SURFASA score to define steroid responsiveness in patients with acute autoimmune hepatitis, Journal of Hepatology 2021, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.08.013>*
4. *Mansuy JM et al. A nationwide survey of hepatitis E viral infection in French blood donors. Hepatology. 2016;63(4):1145-54*
5. *Kamar N Factors Associated With Chronic Hepatitis in Patients With Hepatitis E Virus Infection Who Have Received Solid Organ Transplants, Gastroenterology 2011*

L'avenir de la maquette d'hépatogastro-entérologie



Clémence DESCOURVIÈRES

Avec nos remerciements au
Pr Laure ELKRIEF,
Pr Guillaume CADIOT,
Pr Nathalie GANNE-CARRIÉ
pour la relecture.

Actuellement, la maquette c'est 5 ans :

- 1 an de phase socle (Un stage en périphérie et un stage en CHU) ;
- 3 ans de phase d'approfondissement où on doit valider 6 mois d'endoscopie et pendant laquelle on peut réaliser une FST (Formation Spécialisée Transversale : Cancérologie, Addictologie, Nutrition ou Soins Palliatifs) ;
- 1 an de phase de consolidation 'docteur junior'.

La maquette officielle est publiée au journal officiel et la dernière version date de 2022 après révision de la réforme du 3^e cycle. Des adaptations ont été proposées en 2023 aux chargés de missions ministériels pour modifier cette réforme... en voici les principales nouveautés proposées, bonne lecture !

Allègement de la maquette officielle pour les impératifs de validation des actes

Théoriquement, nous devions 'officiellement' avoir fait avant la fin de notre internat : 200 endoscopies digestives hautes, 200 coloscopies, 50 gestes d'hémostase, 50 polypectomies, 10 dilatations au ballonnet, 15 poses de gastrostomie per endoscopique, 50 examens proctologiques, 30 interventions de proctologie (type ligature élastique hémorroïdaire/sclérose/excision de thrombose/électrocoagulation de condylome), 20 ponctions biopsies hépatiques transpariétales, 20 ponctions d'ascite, 10 vidéocapsules du grêle, 10 pHmétries, 5 manométries, 10 instaurations de nutrition entérale à domicile, 50 échographies abdominales, validation de la participation à au moins 2 poses de TIPS, participation à un protocole de recherche clinique.

Désormais, il persiste officiellement dans la maquette :

- Tous les actes endoscopiques : 200 endoscopies digestives hautes, 200 coloscopies, 50 gestes d'hémostase, 50 polypectomies, 10 dilatations au ballonnet, 10 poses de gastrostomie per endoscopique afin de garan-

tir la qualité de notre formation endoscopique initiale actuelle, (*a fortiori au vu des démarches actuelles entreprises par les chirurgiens pour se former à l'endoscopie*).

- La *maîtrise technique* des autres gestes importants de la discipline sans seuil quantitatif : biopsie hépatique, ponction d'ascite, échographie abdominale, examen proctologique avec anoscopie, traitement des hémorroïdes, et capsule du grêle.

Création d'une option soins intensifs d'HGE

(Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022)

Un décret a été publié, cette option devrait devenir un prérequis réglementaire pour avoir la responsabilité d'une USI d'HGE (pas pour faire des gardes).

Objectif : exercer en unité de soins intensifs d'Hépatogastro-Entérologie.

Durée de l'option : 2 semestres.

Enseignement pratique

- 1 stage dans une USI-HGE agréée pour l'option soins intensifs.
- 1 stage de réanimation dans un service agréé en médecine intensive et réanimation ou en anesthésie-réanimation et à titre complémentaire en HGE

Validation

- Validation des 2 stages.
- Portfolio validé par le maître de stage.
- *Mise en place de voies veineuses centrales, maîtrise de toutes les techniques d'hémostase endoscopiques d'urgence, participation à des décisions de limitations et d'arrêts des traitements.*

Enseignement théorique (e-learning + 1 ou 2 session annuelle en présentiel + enseignement pratique en simulation)

- **Module 1** : Connaissances de base de soins intensifs
- **Module 2** : Complications de la cirrhose en soins intensifs
- **Module 3** : Insuffisance hépatique aiguë en soins intensifs
- **Module 4** : Greffe hépatique et soins intensifs
- **Module 5** : Pancréatite aiguë
- **Module 6** : Ischémie intestinale veineuse et artérielle
- **Module 7** : Colite aiguës sévères

Validation : Examen théorique national + travail de mémoire à rendre à l'issue de l'option.

La FST cancérologie

Nous avons participé le 5 mai 2023 au comité national de suivi de l'enseignement du 3^e cycle des études

médicales, avec notamment les coordinateurs nationaux de la FST cancérologie, et les présidents des collèges nationaux des enseignants d'Hépatogastroentérologie (CDU-HGE) et d'oncologie (CNEC).

Les internes d'HGE représentent 1/3 des internes - toutes spécialités confondues - inscrits en FST cancérologie adulte. Cependant, on observe une diminution de 20 à 30 % du nombre d'inscriptions des internes d'HGE, principalement du fait des rigidités de la maquette à réaliser en 1 an et du stage de radiothérapie de 6 mois jugé comme trop long.

Nous avons réalisé en enquête en mars dernier : vous étiez plus de 70 % à souhaiter une adaptation du stage de radiothérapie à 3 mois couplé à 3 mois d'oncologie digestive ou d'HGE (comme les uro/dermato/endocrino).

Malheureusement, malgré nos demandes itératives et argumentées avec vos remarques, **aucune possibilité d'adaptation du stage de radiothérapie à 3 mois radiothérapie / 3 mois oncologie digestive n'est jugée envisageable par le CNEC.**

En revanche, **plus de souplesse devrait pouvoir être accordée quant aux modalités de la validation des 2 stages sur > 1 an**, au cours de la phase d'approfondissement.

Par ailleurs, l'INCA pourra, à partir de cette année, financer la formation des internes de gastro-entérologie pour les 2 jours de cours commun avec les internes de phase socle d'oncologie.

On en profite donc pour vous rappeler les impératifs de la FST onco :

Formation pratique

- 1 stage de 6 mois en oncologie médicale
- 1 stage de 6 mois en oncologie radiothérapie

Formation théorique obligatoire

- Cours théoriques FST – HGE : 4 demi-journées en *distanciel*, l'année de la FST
- Cours National du DES d'Oncologie (phase socle) et des FST *habituellement fin janvier*
- Participation (gratuite) à au moins 1 cours intensif de la FFCD (qui ont lieu 2 fois par an pendant 2 jours : <https://www.ffcd.fr/formation/cours-intensifs>)

Validation

Évaluation orale et/ou mémoire selon le pilote local de FST.



Pour la première fois, Le CNU organise cette année une série de cours interactifs en distanciel à destination de tous les internes. Les cours aborderont des thèmes focalisés faisant l'objet de compétences très spécifiques au niveau national et seront présentés par les meilleurs spécialistes sur la thématique.



La fréquence sera faible pour ne pas interférer avec les cours des DES régionaux : 1 cours de 1h30 tous les 2 mois, le second lundi du mois, à 18h (5 par an, liste à suivre).



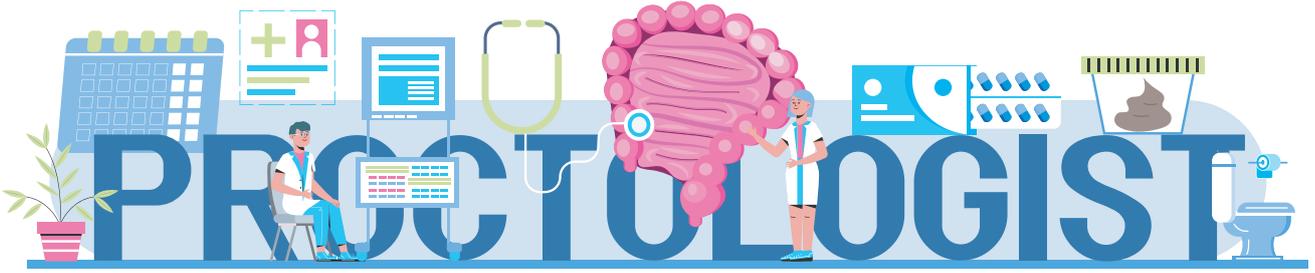
Le premier cours sera fait le lundi 13 novembre par Laurent Siproudhis, dans son domaine favori : « Proctologie dans le cadre des maladies inflammatoires » (lien zoom).



L'objectif de ces sessions organisées par le CNU sur un « point focal » est de nous permettre de voir et d'échanger avec des personnalités reconnues sur les riches et diverses compétences de l'Hépatogastro-entérologie.

Information communiquée par le Pr Jean Christophe Saurin, CHU Lyon, pour le CNU





Diplôme inter-universitaire Proctologie médico-instrumentale



Margaux DELHOMME

Un grand merci aux professeurs
L. Abramowitz et L. Siproudhis pour
leur aide et leur attentive relecture.

La proctologie représente 20 % des consultations en hépato-gastro-entérologie. Pourtant, il s'agit encore bien trop souvent d'une discipline obscure pour les internes.

Le DIU de proctologie permet d'acquérir les compétences nécessaires pour assurer le diagnostic et la stratégie thérapeutique des maladies proctologiques tout cela selon les dernières recommandations de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP).

Il s'agit d'un diplôme universitaire reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, à destination des jeunes gastro-entérologues, actuellement en place dans les universités de Paris et Rennes et coordonné respectivement par :

- ♦ **Pr Laurent Siproudhis**, PU-PH CHU de Rennes, Gastro-entérologue et hépatologue, au Service

Maladies de l'appareil digestives, Vice-Président du groupe de recherche en proctologie le GREP de la Société Nationale Française de Colo Proctologie (SNFCP).

- ♦ **Pr Laurent Abramowitz**, Professeur associé des universités - Hôpital Bichat, Gastro-entérologue et hépatologue, Responsable de la proctologie au Service d'Hépato-Gastroentérologie et Cancérologie Digestive, Président du groupe de recherche en proctologie le GREP de la Société Nationale Française de Colo Proctologie (SNFCP).

La formation a été revue cette année suite aux remarques des années passées et s'inscrit autour de 3 axes :

- 1. Formation théorique** en e-learning comprenant une cinquantaine de cours de 30 minutes dynamiques et interactifs comprenant des QCM.
- 2. Formation pratique** sous forme de compagnonnage auprès d'un maître de stage à raison d'une demi-journée par semaine pendant 6 mois ou 3 semaines de stage à temps plein dans un service de proctologie dédié. La SNFCP propose un annuaire de maîtres de stages agréés sur son site, afin d'identifier un tuteur.

3. La **participation à un séminaire** d'une journée et demie dans un autre centre, avec un autre maître de stage afin d'enrichir sa pratique et élargir ses horizons.

À l'issue du DIU l'apprenant sera capable de :

- Diagnostiquer les principales lésions et pathologies proctologiques ;
- Réaliser les techniques instrumentales de consultation (photocoagulation, ligature élastique, incision ou excision de thrombose hémorroïdaire, électrocoagulation de condylomes, incision d'abcès, anesthésie sphinctérienne) ;
- Lire, interpréter, réaliser une échographie endo-anale, une manométrie anorectale et IRM pelvienne, une colpocystodéfécographie avec opacification du grêle conventionnelle et une IRM dynamique ;
- Discuter de l'indication des différentes thérapeutiques des pathologies proctologiques ;
- Mener un entretien de consultation et un examen clinique de proctologie dans de bonnes conditions ;
- Réaliser un examen clinique, anoscopique et rectoscopique dans de bonnes conditions ;
- Réaliser les gestes instrumentaux ou chirurgicaux (ligatures élastiques hémorroïdaires, sclérose ou photocoagulation infra rouge, incisions ou excisions de thrombose, incisions d'abcès, gestes d'électrocoagulation de condylomes acuminés de l'anus).

Les modalités de contrôles de connaissances et compétences passent par le contrôle continu au cours du e-learning, et la tenue d'un carnet de stage validé par le tuteur, incluant l'avis du maître de stage.



Les +

- ♦ Formation passionnante dans un domaine souvent moins bien connu des internes car éloigné de ce que nous voyons d'habitude en stage.
- ♦ Pratique et concret.
- ♦ La formation a un rayonnement international dans le monde francophone.
- ♦ Diplôme élaboré en partenariat avec la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP).
- ♦ Diplôme reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Les -

- ♦ Prix : 1 200 € (tarif 2023-24, droits annexes inclus).

À savoir que par la suite, ce DIU peut ouvrir l'accès à la pratique de la proctologie médico-chirurgicale sous réserve de poursuivre sa formation, et de justifier de la maîtrise des gestes chirurgicaux.

i

Infos pratiques

- ♦ Dates d'inscription : Avril - Décembre
- ♦ Modalités d'inscriptions
 - Inscription à Rennes pour la rentrée 2024
 - Les inscriptions se font de manière alternée avec Paris un an sur deux
 - Validation préalable indispensable du DES de proctologie
 - CV + Lettre de motivation
 - Accord d'un maître de stage validé par la commission pédagogique
- ♦ Début de la formation : janvier 2024



Présentation de la FMC HGE

Chères consœurs, chers confrères,

Nous remercions les rédacteurs en chefs de la revue de l'AFIHGE de nous donner l'opportunité de vous présenter le travail de la FMC-HGE et les partenariats existants entre nos 2 associations.

La FMC-HGE a été créée en 1982 lors des Journées Francophones de Pathologie Digestive qui sont devenues depuis 2009 les Journées Francophones d'Hépatogastro-entérologie et d'Oncologie Digestive (JFHOD), que vous connaissez toutes et tous.

Les missions de notre Association sont de favoriser et assurer la formation médicale continue et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins spécialistes de l'appareil digestif et plus généralement le développement professionnel continu (DPC).

À ce titre, le Conseil d'Administration de la FMC-HGE élabore chaque année le programme des sessions de FMC des JFHOD, qui comportera en 2024, 8 sessions thématiques et 9 ateliers.

La diffusion du contenu de nos sessions est ensuite assurée par la publication du Post'U en ligne et sous format papier que vous êtes nombreux à venir chercher sur notre stand. Les diaporamas et vidéos des présentations restent par ailleurs accessibles pendant plusieurs années permettant un accès intégral à ces mises à jour des connaissances indispensables à notre pratique quotidienne avec plus de 3,7 millions de visites annuelles sur notre site internet, qui permettent de consulter plus de 3000 pages d'archives et plus de 600 textes en ligne.

Le travail pour la préparation de cet événement majeur dans l'activité de notre association a été récompensé cette année par plus de 3200 participants présents sur le site des JFHOD auxquels s'ajoutaient plus de 300 inscrits qui ont pu assister au congrès en distanciel.

Votre participation est essentielle puisque parmi les presque 2000 personnes ayant répondu à l'enquête réalisée lors du congrès plus de la moitié avait moins de 35 ans. Vous étiez donc largement représentés !

Depuis quelques années nous développons également une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en ligne avec, chaque mois, l'envoi d'une invitation par mail à répondre à des QCM présentées au cours des dernières JFHOD et donnant la possibilité de consulter le texte en rapport avec les QCM proposées.

Enfin, la FMC-HGE participe à la programmation d'ateliers de FMC lors des JFHOD permettant de valider son DPC, qui sera prochainement intégré aux parcours de tous les médecins de France. Ces derniers devront justifier d'un parcours de recertification tous les 6 ans pour tous les jeunes ayant débuté leur exercice après le premier janvier 2023 et tous les 9 ans pour les médecins ayant débuté cette activité avant cette date.

C'est également à ce titre que nous avons sollicité l'AFIHGE pour participer à l'élaboration d'un programme d'EPP qui pourrait permettre d'évaluer régulièrement nos pratiques dans les indications de surveillance post-polypectomie. Il vous appartient maintenant de développer les outils de demain !

Enfin, depuis quelques années, nous avons l'opportunité de proposer à certains d'entre vous d'être invités lors des JFHOD. Les invitations, proposées dans le cadre de la rédaction des "brèves" (résumés de certaines des présentations clés au cours du congrès), sont réservées aux internes, docteurs juniors et aux jeunes chefs.

La sélection des candidats est faite au sein d'une liste proposée par l'AFIHGE. Pour des raisons d'organisation et afin d'assurer la qualité de l'encadrement, le nombre de candidats sera dorénavant limité à 10 internes ou docteurs juniors. À partir de la liste proposée, notre choix tiendra compte de l'ancienneté des candidats dans le cursus et de ceux non retenus les années précédentes (les places étant limitées, nous ne pourrions inviter plusieurs fois le même interne).

Un groupe de médecins issus du Conseil d'Administration de la FMC-HGE encadre chaque année nos jeunes collègues afin d'affiner avec vous les messages importants des brèves sélectionnées. Les modalités de sélection des brèves seront précisées avec le groupe de référents en amont du congrès afin de faciliter le travail des rédacteurs (vous) et celui des référents (nous).

Nous apprécions particulièrement ces échanges avec vous et nous espérons qu'il en est de même pour vous.

Le travail au sein de la FMC-HGE est, vous l'aurez compris, exigeant mais surtout gratifiant et l'ambiance y est très conviviale et nous espérons créer parmi vous des vocations pour rejoindre dans les années à venir, à votre tour, le Conseil d'Administration de notre Association !



Association Française
de Formation Médicale Continue
en Hépatogastro-Entérologie



www.fmcgastro.org/

L'histoire de Crohn

Une iléite régionale d'origine indéterminée



Nathan GRELLIER

Relecteur

Pr Philippe SEKSIK
Hôpital Saint-Antoine
AP-HP

En 1932 paraissait dans le Journal of the American Medical Association, quatorze cas « d'iléites régionales ». Les auteurs faisaient le constat de formes tout à fait particulières d'une maladie de l'intestin grêle mimant une appendicite aiguë.

Il s'agissait d'une maladie bénigne touchant principalement les hommes jeunes de 17 à 50 ans. Pour certains patients, les symptômes ressemblaient fortement à ceux de la « colite ulcéreuse » déjà bien connue à l'époque avec une diarrhée opiniâtre évoluant par poussées. Pour d'autres, il existait une masse en fosse iliaque droite se manifestant par des signes d'inflammation aiguë. La troisième forme clinique se traduisait par un syndrome occlusif intestinal. En ce temps, les gastroentérologues n'avaient dans leur arsenal que des examens imprécis et peu contributifs comme le lavement baryté pour rechercher un retard de transit, des anses dilatées ou une perte de continuité de la muqueuse colique.

Malheureusement, avant l'ère des antibiotiques, une suspicion d'infection intra-abdominale ne pouvait se traiter que par une chirurgie.

En per-opératoire, le chirurgien faisait état des lieux d'un appendice sain non inflammatoire juxtaposé près d'un intestin grêle épaissi et œdémateux. Le mésentère était lui aussi épaissi. Pour certains malades, d'autres lésions pouvaient être identifiées à distance de la masse inflammatoire iléale. Il s'agissait d'ulcérations de la muqueuse, ovales, d'environ un centimètre pouvant correspondre à des stades précoces de la maladie. Lorsque la maladie était plus avancée, les ulcérations laissaient place à un processus fibro-sténosant où la muqueuse apparaissait atrophique. Pour six malades, la chirurgie montrait également des fistules internes partant toutes de l'iléon terminal.

De façon surprenante, il n'y avait aucune caractéristique microscopique spécifique. Dans certains cas, la présence de cellules géantes était frappante. Aucun signe de tu-

berculose, de syphilis, de maladie de Hodgkin ou de carcinome n'avait été retrouvé.

Les traitements médicaux étaient palliatifs et sans effet. Sur les quatorze cas, seul un malade eut une résolution spontanée des symptômes. La chirurgie par résection iléo-caecale semblait être le traitement le plus efficace alors qu'une chirurgie de dérivation avec iléostomie avait des résultats plus mitigés. Ainsi, Burrill B. Crohn, Leon Ginzburg et Gordon D. Oppenheimer gastroentérologues du Mount Sinai Hospital, à New York, décrivaient pour la première fois une nouvelle entité clinique : « la maladie de Crohn ».

Près d'un siècle plus tard, la présentation clinique des malades n'a toujours pas changé et nous accueillons des patients souffrant des mêmes symptômes. La mobilisation de jeunes gastroentérologues apparaît primordiale afin de trouver de nouveaux traitements dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.



G. Oppenheimer
1900 - 1974

B. Crohn
1884 - 1983

L. Ginzburg
1898 - 1988

Radiologie



Clémentine ALITTI

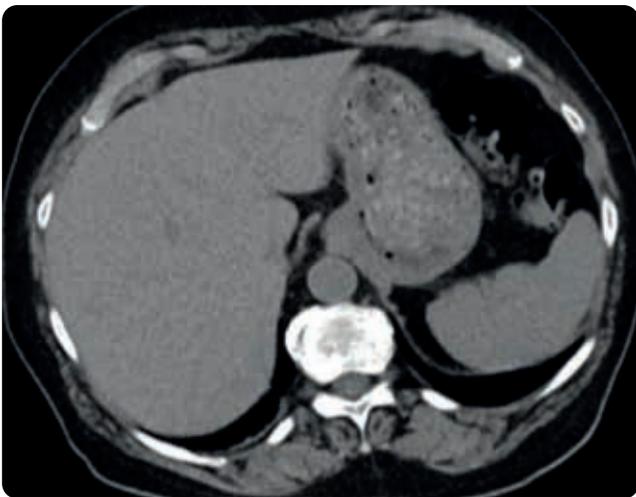
Remerciements au
Dr Ziyed SKOURI

(Radiologie Montfermeil)

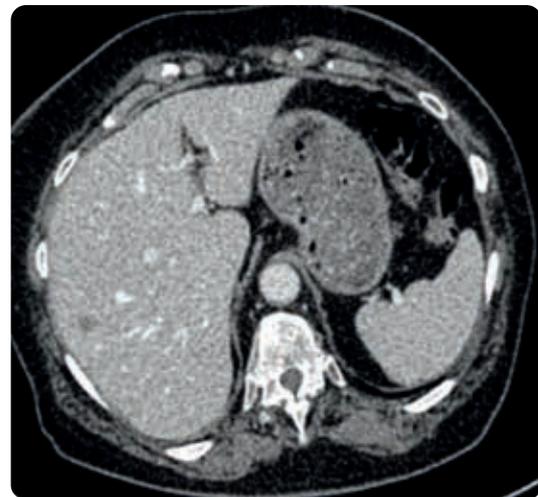
pour la relecture de cet article

Il n'est pas toujours aisé de savoir comment raisonner devant des anomalies radiologiques.

Nous détaillerons ici comment procéder devant cet exemple de lésion hépatique découverte fortuitement au cours d'un bilan d'extension d'un sarcome utérin :



Scanner sans injection



Scanner avec injection (temps portal)

Les points importants à identifier sur ce scanner

- Lésion spontanément isodense du segment VII, donc non différenciable du parenchyme sain sur un examen non injecté. Elle apparaît après injection, du fait de son caractère hypodense par rapport au parenchyme hépatique rehaussé.
- Le temps d'injection est artérioporte (opacification de l'aorte d'intensité similaire à l'opacification des veines intra-hépatiques).

1 Un scanner sans injection décrit comme "normal" n'élimine pas une lésion (spontanément isodense).

2 Il est important de bien repérer les temps d'injection, et ne pas juste se fier à l'intitulé "portal". Chaque temps d'injection apporte son lot d'information précis.

Quels diagnostics évoquer ?

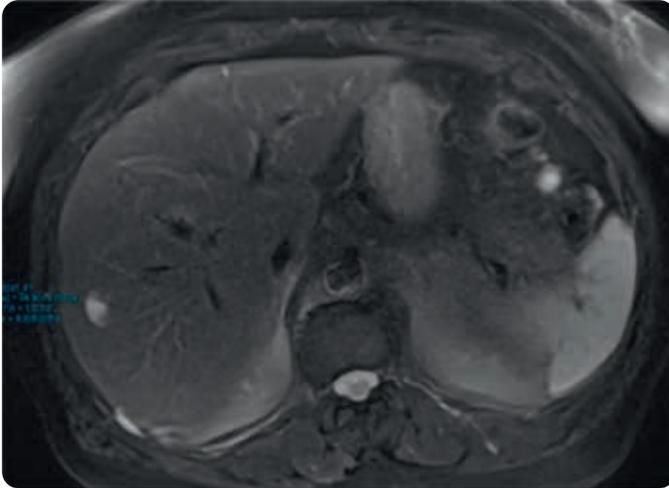
Kyste biliaire simple ? Hémangiome hépatique ? CHC ? Cholangiocarcinome ? Lésion secondaire ? Autre ?

Tous ces diagnostics peuvent être évoqués à ce stade, les quelques informations à notre disposition peuvent cependant moduler les probabilités et deux diagnostics apparaissent d'emblée moins probables (en se basant uniquement sur l'imagerie) :

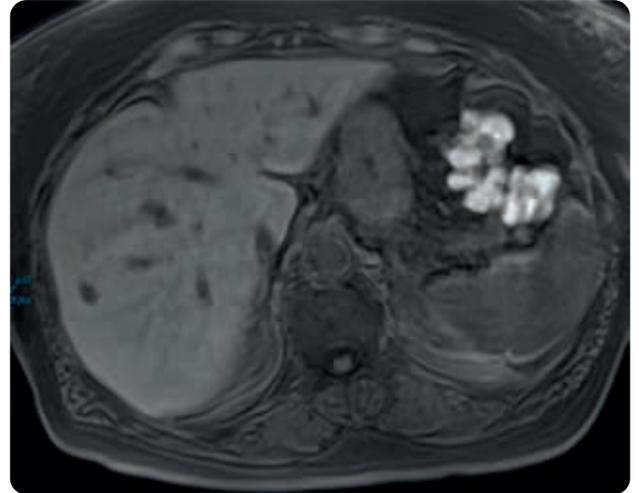
- Kyste biliaire simple : le caractère spontanément isodense est moins en faveur de ce diagnostic (généralement hypodense à tous les temps), sans pour autant l'exclure.
- CHC : l'hypodensité au temps artério-porte en défaveur, à ce temps le wash-out ne serait pas encore complet et le nodule apparaîtrait encore légèrement rehaussé. De plus sur cette coupe, pas d'argument pour un foie de cirrhose, rendant le diagnostic d'autant moins probable.

Concernant les autres étiologies possibles, la lésion est difficilement caractérisable sur ce scanner notamment en l'absence d'autres temps d'injection disponibles.

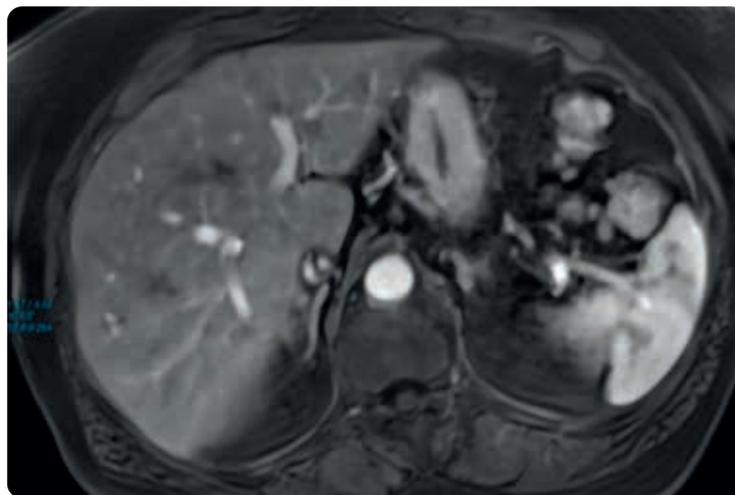
Indication à un complément d'exploration, de préférence par IRM hépatique.



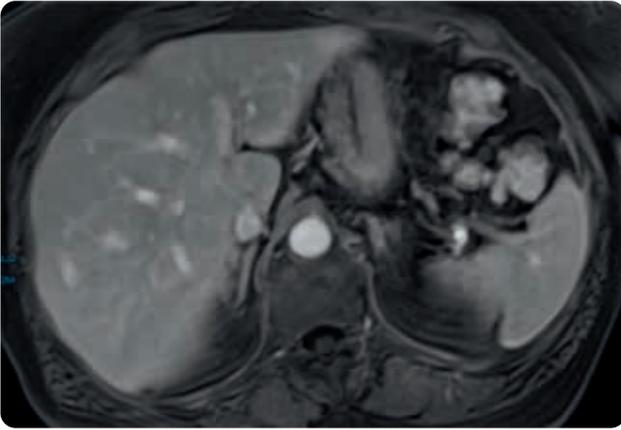
Séquence T2 IRM



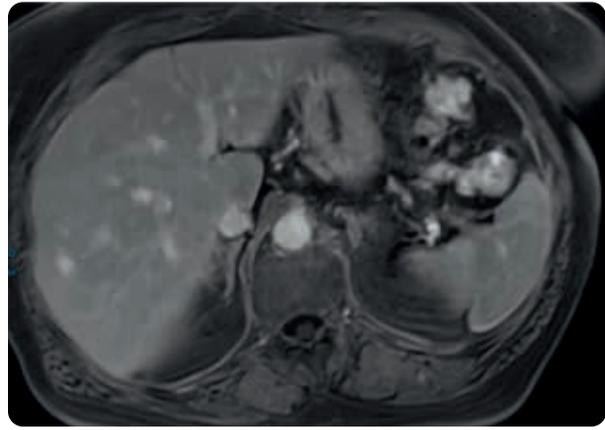
Séquence T1 sans injection de gadolinium



Séquence T1 gado : temps artériel



Séquence T1 gado : temps artériel



Séquence T1 gado : temps artériel

On identifie la lésion précédemment décrite au scanner.

Ses caractéristiques sont celles d'une lésion à composante liquidienne : elle apparaît en franc hypersignal T2 et hyposignal T1 sans injection de gadolinium.

C'est la cinétique de rehaussement après injection qui permettra de préciser le diagnostic parmi les différentes lésions à composante liquidienne.

Ici, après injection on visualise un rehaussement artériel périphérique "en mottes", puis une homogénéisation de la prise de contraste de la lésion au temps portal, qui persiste au temps tardif.

L'ensemble évoque donc un angiome hépatique du segment VII.

POINTS CLÉS

Sémiologie radiologique typique de l'angiome hépatique

TDM sans injection

- L'examen peut apparaître comme normal (lésion spontanément isodense) ou lésion spontanément hypodense.
- Possibles calcifications centrales et/ou périphériques.

IRM sans injection

- Hypo-intensité en T1.
- Franche hyper-intensité en T2.

L'injection aux 4 temps fait le diagnostic si typique (scanner ou IRM)

- Hypodense/hypointense avant injection.
- Artériel : rehaussement en mottes périphériques discontinues.
- Remplissage ± complet au temps portal et tardif avec aspect "d'homogénéisation" de la prise de contraste.
- Absence de lavage au temps tardif.



Tout savoir sur la Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)



Nicolas RICHARD

Avec l'aide de la MACSF,
partenaire de l'AFIHGE



Une assurance obligatoire ?

L'assurance responsabilité civile professionnelle est depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 obligatoire pour tous les professionnels de santé.

Particularité des internes et docteurs juniors qui n'effectuent pas de remplacements en libéral : l'assurance RCP bien que non obligatoire est indispensable pour bien se protéger ; par exemple pour un acte d'assistance à personne en péril en dehors de l'établissement.



À quoi sert la RCP ?

La responsabilité civile professionnelle vous permet d'être assuré en cas de réclamation d'un patient, dans le cadre de soins prodigués lors de vos stages et gardes à l'hôpital, également lors de remplacements en libéral, et enfin lors d'une assistance sur la voie publique.



C'est cher ?

Le contrat est généralement offert aux internes et docteurs juniors. En cas de remplacement en libéral, l'assurance devient obligatoire et le coût passera généralement à quelques dizaines d'euros par an.





Quels sont les points de différenciation des contrats ?

Vérifier les conditions de garanties des remplacements (actes, nombre de jours : illimité ou non, tarif !).

Certains assureurs proposent :

- Des garanties complémentaires comme la protection juridique qui vise non pas à indemniser une victime mais à aider l'interne à faire face aux conflits de la vie professionnelle (contrat de remplacement, congés, ...) et/ou de la vie privée (banque, voyage, téléphonie...).
- Des prestations d'assistance complémentaire comme l'assistance psychologique ou l'assistance e-réputation.

Ces options sont parfois offertes aux internes et docteurs juniors.

L'implication d'un gastroentérologue dans la stratégie de défense des dossiers mettant en cause votre responsabilité est un véritable plus.



En pratique, dans quel cas ma responsabilité civile professionnelle peut être engagée ?

Ce sont les complications des gestes ou des prescriptions réalisés par un(e) interne sans délégation de tâche et sans urgence qui engagent sa responsabilité mais aussi tous les actes réalisés en dehors d'un stage. Dans ce cas la faute est dite détachable et l'interne n'est pas couvert par son employeur. Par exemple, en cas de perforation au cours d'un acte endoscopique réalisé sans la supervision d'un praticien hospitalier.

En cas de complication suite à un acte effectué dans le cadre d'une délégation de tâche, les internes sont couverts par leur employeur.



Dans quel cas suis-je couvert par le centre hospitalier qui m'emploi ?

La jurisprudence définit les circonstances dans lesquelles les internes reçoivent une délégation et sont donc couverts par leur employeur.

Ces actes sont considérés comme délégués à l'interne s'ils remplissent les deux critères suivants :

1. Ils sont courants. Le praticien ne peut déléguer à l'interne qu'un acte ne présentant pas de difficulté sérieuse. Une intervention d'une gravité particulière ne peut faire l'objet d'une délégation.
2. Ils correspondent aux capacités de l'interne. Il s'agit de l'élément le plus problématique car il suppose une évaluation au préalable. Le praticien doit en effet s'être assuré que la délégation "n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre".

Il y a donc une marge d'interprétation possible sur le fait que l'acte médical mis en cause ait été fait dans le cadre d'une délégation de tâche. C'est précisément dans cette situation qu'avoir une défense indépendante de son employeur revêt toute son importance et notamment pour prendre en charge ces frais !

QCM d'endoscopie : VRAI OU FAUX ?



Erika LEFEBVRE



Adèle PAYER

Correction par Dr Nardon
Relecture par Dr Christmann

QCM 1

Patient de 40 ans, sous AINS depuis 10 jours pour une lombosciatique, admis aux urgences pour épigastralgies et asthénie. L'hémoglobininémie est à 7g/dl

- A. Ulcère gastrique classé Forrest IIa.
- B. La mobilisation du caillot n'est pas recommandée, trop à risque d'une possible récurrence hémorragique.
- C. Un traitement par la pose d'un clip hémostatique seul semble approprié.
- D. Une gastroscopie de contrôle est indiquée.



A) FAUX

Forrest IIb, caillot adhérent (IIa = vaisseau visible)

B) FAUX

Il est recommandé de tenter de mobiliser le caillot afin d'examiner précisément la lésion muqueuse sous-jacente et d'y cibler le traitement endoscopique⁽¹⁾. Dans ce cas-ci, après mobilisation du caillot, visualisation d'un vaisseau donc IIa.

En cas de caillot non mobilisable, l'attitude thérapeutique reste controversée mais il est recommandé de réaliser un geste hémostatique. La méta-analyse parue dans *Gastroenterology* en 2005 montre une diminution de la récurrence hémorragique par rapport au traitement médical seul⁽²⁾. Une étude coréenne récente confirme ce résultat et retrouve également une diminution du taux de mortalité globale⁽³⁾.



C) FAUX

Il est également admis que l'utilisation de 2 techniques endoscopiques dont une utilisant l'adrénaline diluée est plus performante que l'utilisation d'une seule technique⁽⁴⁾.

D) VRAI

Après traitement par IPP pleine dose pendant 8 semaines. Pour cicatrisation et biopsie HP + berges à la recherche d'une dysplasie.



DIFFÉRENTES MÉTHODES D'HÉMOSTASE

L'injection sous muqueuse d'adrénaline diluée	Clips métalliques hémostatiques	Poudres hémostatiques : Hemospray® (Cook Medical)
<p>La principale et la plus simple des techniques d'hémostase.</p> <p>Technique la plus étudiée dans le traitement hémostatique des ulcères gastroduodénaux hémorragiques.</p> <p>Injection sous muqueuse d'adrénaline diluée 1/10 000^e (1 mg d'adrénaline dans 10 cc de sérum physiologique) au niveau des 4 cadrans de l'ulcère.</p> <p>L'hémostase est obtenue par un effet mécanique dû au volume injecté associé à un effet vasoconstricteur propre à l'adrénaline.</p> <p>L'injection d'adrénaline va ainsi ralentir, voire arrêter, un saignement et permettre une meilleure visualisation de l'ulcère pour réaliser un second geste hémostatique.</p>	<p>Hémostase mécanique par fermeture de l'ulcère ou d'un vaisseau hémorragique.</p> <p>Nécessite cependant une coordination plus précise entre l'endoscopiste et son assistant(e).</p> <p>Le clip peut être difficile à poser en cas de lésions fibreuses, d'ulcère trop large, ou de localisation difficile d'accès (cardia, petite courbure gastrique, genu superius).</p> <p>Les clips sont fréquemment utilisés en complément de l'adrénaline diluée.</p>	<p>Poudre inerte aux propriétés absorbantes qui, lorsqu'elle est en contact avec le sang, entraîne la formation d'un coagulum permettant de créer un obstacle mécanique.</p> <p>Elle absorbe le sérum permettant une augmentation locale du taux de facteur coagulation et de plaquettes.</p> <p>L'indication repose sur les hémorragies digestives hautes non variqueuses et actives. Elle est utile lorsque la pose de clips est impossible (saignement diffus abondant) ou inefficace afin de réaliser une hémostase de « sauvetage ». Elle permet d'obtenir l'arrêt du saignement dans plus de 90 % des cas rapportés dans la littérature disponible.</p>

Ancienne technique - Coagulation thermique des ulcères hémorragiques : Utilisation d'un outil d'endothérapie branché à un bistouri électrique pour coaguler la lésion hémorragique. Le risque de complications propre à cette technique, notamment les perforations d'ulcères, n'est pas nul.

Le clip OTSC® (Ovesco) : Gros clip monté sur un capuchon au bout de l'endoscope. Développé et commercialisé pour le traitement endoscopique des fistules et des hémorragies digestives réfractaires. Son efficacité dans des saignements actifs gastroduodénaux sévères est rapportée dans la littérature. En pratique, son coût élevé, la relative technicité de mise en place de ce clip et l'existence d'alternatives accessibles en font un outil d'utilisation marginale dans cette indication.

QCM 2

Patiente de 64 ans avec test FIT positif. Au total, visualisation de 2 polypes comme ci-dessous, tous < 10mm.



- A. Polype hyperplasique nécessitant une exérèse en monobloc.
- B. Classification PARIS 0-1p NICE 2 CONECCT IIA.
- C. Les lésions type adénome et leur nombre classent la patiente à haut risque de cancer, une coloscopie de contrôle est recommandée à 5 ans.
- D. Les lésions festonnées sessiles se caractérisent par les critères de la classification WASP : aspect de nuage, bords flous, irréguliers, crypte à fond noir et mucus jaunâtre.
- E. En cas de polype festonné > 1cm, une coloscopie à 3 ans est indiquée.

A) FAUX

Polype adénomateux, nécessite une exérèse en monobloc.

B) VRAI

C) FAUX

Patiente classée comme étant à bas risque. Attention aux dernières recommandations : ici consultation de prévention indiquée à 5 ans pour discuter avec le patient :

- d'un contrôle endoscopique entre 7 et 10 ans.

OU

- de réaliser un FIT à 5 ans et ce tous les 2 ans.

D) VRAI

E) VRAI

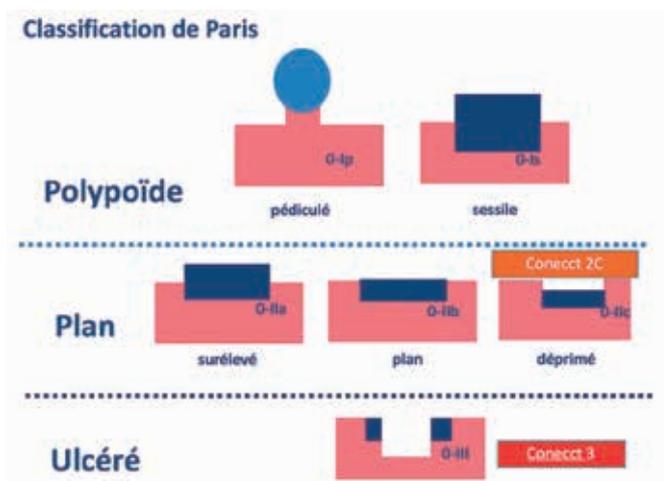
RÉCAPITULATIF DES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS

Classification de Paris : Décrit les polypes en fonction de leur aspect macroscopique et relie cet aspect macroscopique au risque de dégénérescence et d'invasion profonde.

Classification de Nice : À l'aide du NBI, analyse de la couleur du polype, de l'aspect des glandes et de celui des vaisseaux.

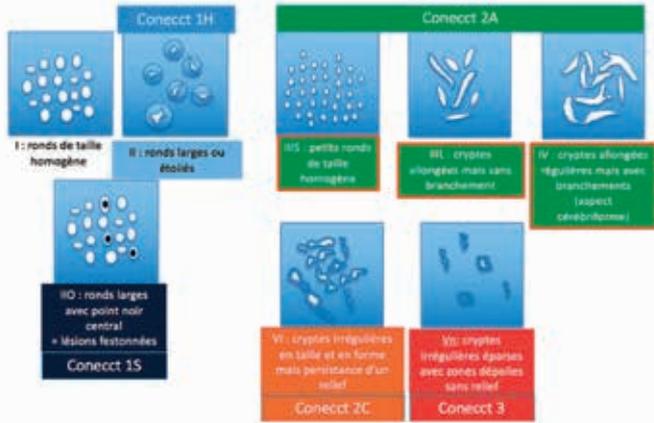
Classification de Sano : NBI et le zoom, caractérise précisément la microarchitecture vasculaire.

Classification de Kudo : Après application d'indigo Carmin ou de Crystal Violet, reflètent le relief muqueux de la lésion constituée des différents puits des glandes coliques.



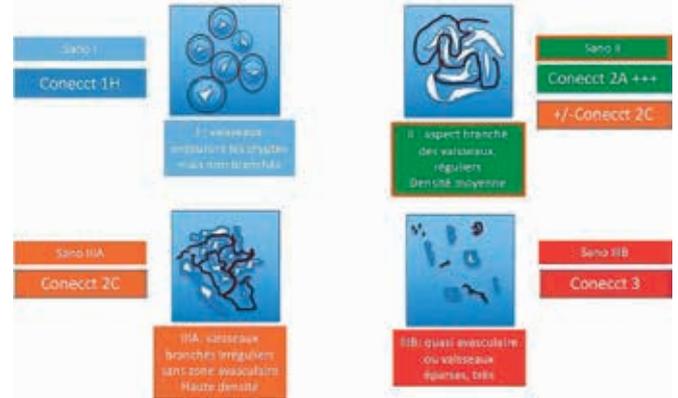
Classification de l'aspect macroscopique des lésions de Paris

Classification de Kudo (pit pattern en crystal violet ou éventuellement indigo carmin)



Classification du pattern muqueux de Kudo

Classification de Sano (vascular pattern en NBI)



Classification du pattern vasculaire de Sano

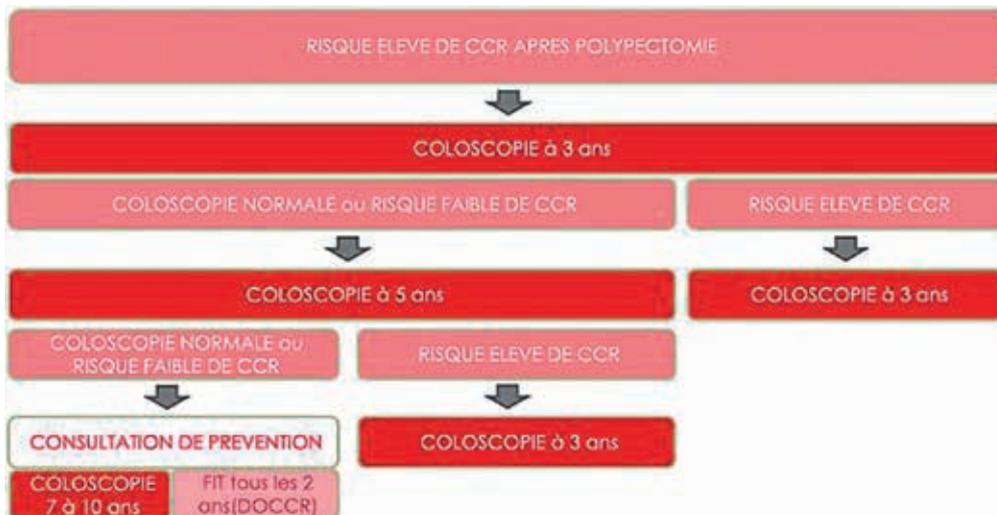
	Type 1	Type 2	Type 3
Couleur	Claire	Brune	Foncée ou noire
Vaisseaux	Absence (quelque fois lacis veineux à la surface)	Réguliers entourant les glandes	Irréguliers et quelquefois absents
Surface	Points sombre ou blancs, homogène	Structures tubulaires ou branchées	Zones de distorsion ou absence de motif
Histologie	Hyperplasique	Adénome DBG ou DHG	Adénocarcinome invasion sm

CONNECT v2.1	DE Neuro-endocrine tumor	IH Hyperplastic polyp	IS Sessile serrated lesion (without dysplasia)	IIA Low-risk adenoma	IIC High-risk adenoma or superficial adenocarcinoma	IIC+ Borderline invasive adenocarcinoma	III Deeply invasive adenocarcinoma
Location	Rectum	Rectum or sigmoid	Colorectal	Colorectal	Colorectal	Colorectal	Colorectal
Macroscopic aspect	Subepithelial lesion	Often < 10 mm Paris IIa	Paris IIa or IIb Cloud aspect Unclear margins	Paris Ip, Is or IIa or « Valley sign »	Often IIC or nongranular LST or macronodule (> 10 mm) on a granular LST	Demarcated or reddish depressed area (Red sign)	Often III or IIC with a nodule in the depressed area Spontaneous bleeding
Color (virtual staining)	Yellowish	Light color or equivalent to the background	Variable Yellow mucus (red in VCE)	Darker than the background	Often dark	Dark green area (Green sign)	Heterogeneous, lighter or darker in an amorphous area
Vessels (virtual staining)	Normal	None or thin vessels across the lesion, not following the pits	Sometimes absent Through vascular network	Regular Following the pits	Irregular but persistent No avascular region	Irregular, large interrupted vessels or avascular area < 10 mm	Irregular, large interrupted vessels or avascular area > 10 mm
Pits (virtual staining)	Normal (sometimes minimal mucosal lesion)	Round shape, whitish pits	Round shape Dark spots at the bottom of the pits	Elongated or branched crypts, cerebroform aspect	Irregular but persistent No amorphous area	Absent, amorphous, destroyed area < 10 mm (clear demarcation)	Absent, amorphous, destroyed area > 10 mm (clear demarcation)
Resection method	RO (ESD, EID, EFTR)	No resection if < 3 mm	EN BLOC RO if possible (Cold snare then discard if < 10 mm) PIECE MEAL if not	EN BLOC RO (EMR or ESD)	EN BLOC RO (EMR or ESD)	Diagnostic resection (ESD, EID, EFTR)	Staging SURGERY

Images tirées Post'U 2020 - E. Coron

ATTENTION AUX NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Haut risque



Bas risque

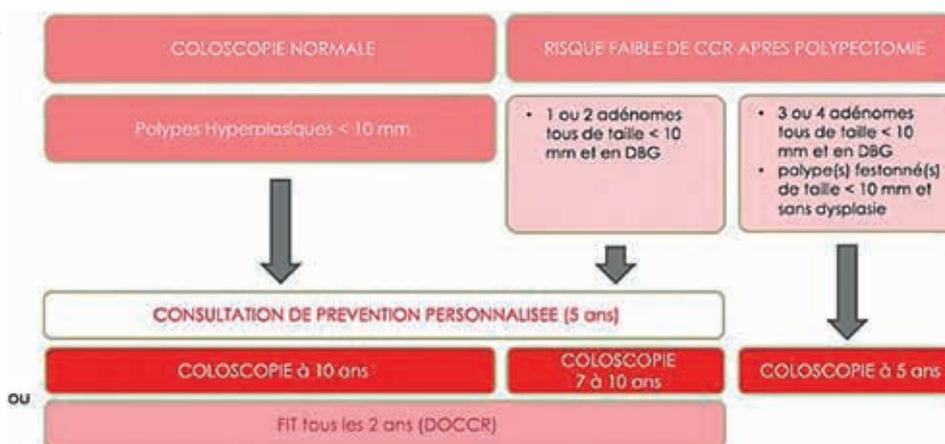
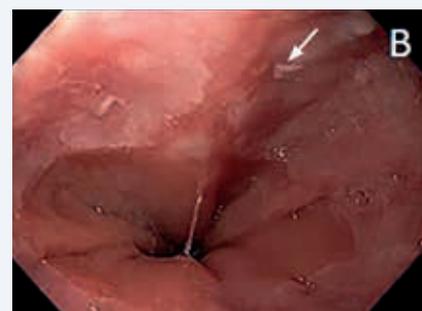


Image tirée Post'U 2022 - M. Robaszkieicz

QCM 3

Patient de 65 ans avec une symptomatologie à type de RGO.

- A. Le diagnostic à évoquer est un endobrachyoesophage.
- B. La classification à utiliser pour caractériser cette lésion est celle de Los Angeles.
- C. Les IPP sont le traitement de référence.
- D. Des biopsies selon le protocole de Seattle sont recommandées ainsi qu'une gastroscopie de contrôle à 1 an en absence de dysplasie.



A) FAUX

C'est une œsophagite peptique de grade B selon la classification de Los Angeles avec "une ou plusieurs lésions de plus de 5 mm, ne s'étendant pas entre les sommets de deux plis muqueux adjacents."

B) VRAI

Classification de référence pour les œsophagites peptiques.

C) VRAI

En cas d'œsophagite non sévère (grade A et B), le traitement de référence porte sur les inhibiteurs de la pompe à protons à demi-dose pour une durée de 4 semaines.

D) FAUX

Le protocole de Seattle concerne le diagnostic d'endobrachy-œsophage (cf. ci-dessous). Pour les œsophagites non sévères, aucun contrôle endoscopique n'est recommandé à la fin du traitement par IPP. À noter qu'en cas d'EBO sans dysplasie, une gastroscopie de contrôle est recommandée, mais à 3-5 ans.

RÉCAPITULATIF ŒSOPHAGITES

1^{er} grade ou œsophagite de grade A : Une ou plusieurs lésions de moins de 5 mm et limitées à la crête des plis.

2^e grade ou œsophagite de grade B : Une ou plusieurs lésions de plus de 5 mm, ne s'étendant pas entre les sommets de deux plis muqueux adjacents.

3^e grade ou œsophagite de grade C : Une ou plusieurs lésions se prolongeant en continuité entre les sommets de 2 ou plusieurs plis muqueux, mais qui occupent moins de 75 % de la circonférence.

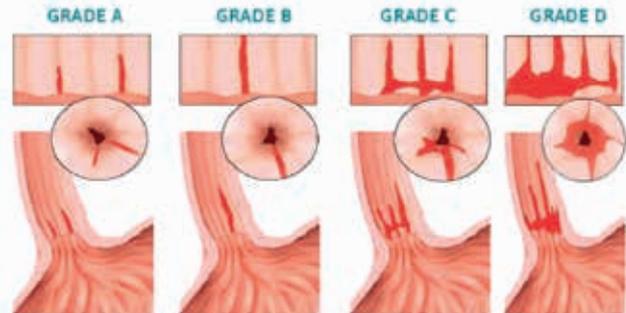


Image tirée de "lexipatho.fr"

4^e grade ou œsophagite de grade D : Une ou plusieurs lésions occupant plus de 75 % de la circonférence.

Traitement

- **Œsophagite non sévère (grade A ou B) :** IPP à demi-dose pendant 4 semaines. Si persistance alors pleine dose. Prévention des récurrences avec IPP au long cours si rechutes fréquentes.
- **Œsophagite sévère (grade C ou D) :** IPP pleine dose pendant 8 semaines et endoscopie de contrôle. Puis IPP au long cours demi-dose en prévention des récurrences.

RÉCAPITULATIF ŒSOPHAGE DE BARRETT

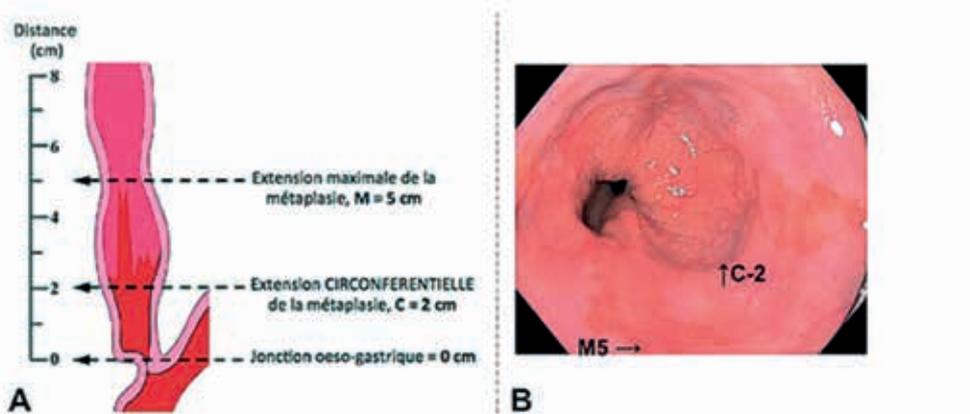
Définitions

- Endoscopique : ascension de la ligne Z à plus de 1 cm des plis gastriques.
- Histologique : présence d'une métaplasie intestinale (MI).

Terrain : <10 % des RGO, Homme > 50 ans, caucasien, obèse, symptômes > 5 ans, antécédent 1^{er} degré d'EBO ou ADK œsophagien.

Principal risque : Évolution vers l'adénocarcinome de l'œsophage ou de la jonction œso-gastrique.

Classification : Prague



Classification de Prague pour décrire la hauteur et le type d'EBO

Image tirée post U' 2018 - E. Coron

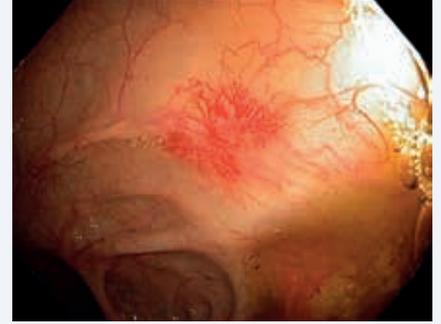
L'échantillonnage du tissu au sein de l'EBO doit s'effectuer selon le protocole de Seattle (4 biopsies tous les 1-2 cm et biopsies ciblées des lésions visibles) pour les EBO >1cm.

Le rythme de surveillance et le traitement dépendront de la taille de l'EBO et des résultats histologiques.

QCM 4

Patiente de 75 ans avec anémie microcytaire à 6.5g/dl.

- A.** Dans un contexte de saignement digestif (extériorisé ou non), sa présence permet de conclure à l'origine du saignement.
- B.** Le principal traitement est endoscopique, et les récurrences peu nombreuses.
- C.** En cas d'échec, un traitement médicamenteux par Sandostatine est indiqué.
- D.** Trois situations sont plus à risque d'angiodysplasies : rétrécissement aortique, maladie de Willebrand et insuffisance rénale chronique.
- E.** Si échec de traitement endoscopique, un traitement par radiologie interventionnelle de type embolisation doit être privilégié en 2^{ème} intention.

**A) FAUX**

Que lorsqu'il existe un saignement actif de celle-ci visualisé en endoscopie. Même si elles sont le plus souvent localisées dans la même portion du tube digestif, environ 20 % des lésions synchrones sont diagnostiquées à distance. Toujours rechercher une lésion synchrone.

B) FAUX

Oui le premier traitement est endoscopique par coagulation au plasma argon. Néanmoins récurrences fréquentes (ex : dans le côlon, le taux de récurrence hémorragique après traitement par CPA est compris entre 7 et 15 % avec un suivi médian de 6 à 20 mois).

C) VRAI

Physiopathologie :

- Inhibition de l'angiogenèse en limitant la synthèse du VEGF.
- Augmentation de la résistance vasculaire.
- Diminution du débit vasculaire splanchnique et stimulation de l'agrégation plaquettaire.

D) VRAI**D) FAUX**

Son taux de succès est élevé (environ 80 à 90 %) et le taux de récurrence bas mais grand nombre de complications (hématomes, dissections artérielles, thromboses, formation de pseudo-anévrysmes et exceptionnellement une nécrose intestinale).

Le traitement médical par Sandostatine est à proposer en 1^{ère} intention car moins de risque et bien toléré.

QCM 5

Patiente de 77 ans aux antécédents cardiovasculaires lourds, présentant des douleurs abdominales et diarrhées glairo-sanglantes depuis quelques jours. Absence d'hyperthermie, absence d'ingestion de viande crue ou périmée ou de prise d'antibiotiques. Cliniquement, pas de signes de gravité. À noter qu'elle est en plein déménagement.

- A.** Des prélèvements infectieux doivent être systématiquement réalisés.
- B.** Une des étiologies à évoquer est la colite ischémique, pour laquelle il existe 4 stades.
- C.** L'aspect endoscopique typique permet à lui seul de poser le diagnostic.
- D.** Le contexte de déménagement oriente vers une possible étiologie.



A) VRAI

Diagnostic différentiel d'une colite ischémique : colite infectieuse (germes typiques des diarrhées aiguës mais également *Escherichia coli* entéro-hémorragique O157H7, *Klebsiella oxytoca* et *Clostridium difficile*).

B) FAUX

3 stades (cf. ci dessous).

C) FAUX

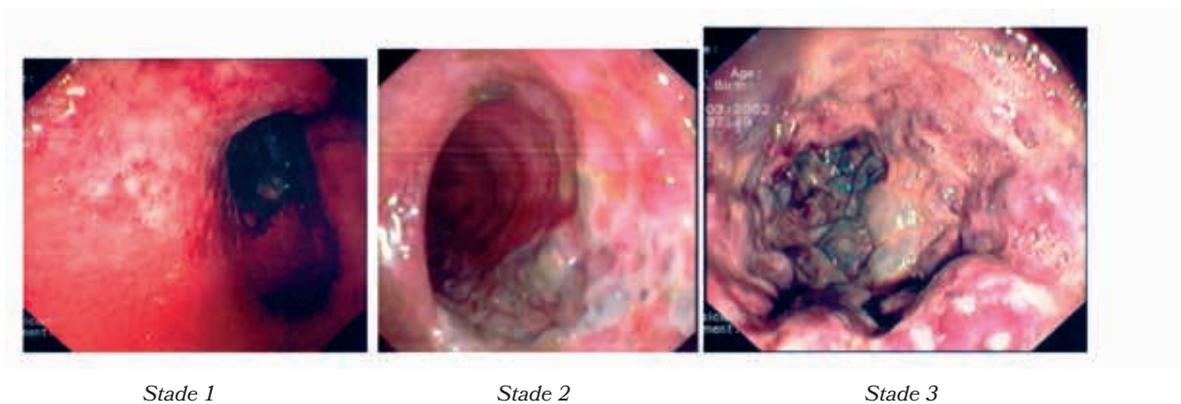
D) VRAI

Les deux principaux mécanismes lésionnels impliqués dans les colites ischémiques sont l'hypoxie et l'ischémie-reperfusion. Pour l'hypoxie, celle-ci peut être occlusive ou non occlusive (dans le contexte de déménagement, on pense à l'effort physique prolongé responsable d'une vasoconstriction).

RÉCAPITULATIF

Il n'existe pas de signe endoscopique pathognomonique de colite ischémique. Le diagnostic repose le plus souvent sur l'association d'un contexte clinique évocateur, de lésions muqueuses et d'une histologie compatible.

3 stades endoscopiques initiaux ont été décrits (Fig. 1) : a) stade 1 : œdème et érythème de la muqueuse ; b) stade 2 : ulcérations non nécrotiques, reposant sur une muqueuse œdématiée ; c) stade 3 : nécrose extensive avec aspect gris-noir du côlon. La constatation de lésions de stade 3 doit faire stopper l'examen.



Références

- Image Qcm 1 : Dr. Shannon Melissa Chan ; Prince of Wales Hospital, The Chinese University of Hong Kon. <https://www.endoscopy-campus.com/en/classifications/forrest-classification/>
 - Image Qcm 2 : Philippe Godeberge, Jean-Christophe Saurin. Traitement endoscopique des polypes coliques : critères de qualité. Hépatogastro- & Oncologie Digestive. 2015 ;22(2) :134-147. Doi :10.1684/hpg.2015.1118
 - Image Qcm 3 : Andrew Young, Mythri Aril Kumar, Prashanthri N.Thota ; « GERD : A practical approach » ; Cleveland Clinic Journal of Medicine ; avril 2020.
 - Image Qcm 4 : tirée de Immanuel Albertinen Diakonik ; Angiodysplasien des Kolons
 - Image Qcm 5 : Hofstra Northwell-Lenox Hill Hospital, New York ; Parswa Ansari , MD ; sept. 2021. Image fournie par Dr David M. Martin.
1. Gralnek IM, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015;47:a1-a46.
 2. Kahi CJ, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot : a meta-analysis. Gastroenterology 2005 ;129 :855-62.)
 3. Kim SH, et al. [Comparison between Endoscopic Therapy and Medical Therapy in Peptic Ulcer Patients with Adherent Clot: A Multicenter Prospective Observational Cohort Study]. Korean J Gastroenterol Taehan Sohwagi Hakhoe Chi 2015;66:98-105)
 4. Lau JYW, et al. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. Lancet Lond Engl 2013;381:2033-43. Gralnek IM, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015;47:a1-a46. Kim J., Park SM, Kim B-W. Endoscopic management of peptic ulcer bleeding. Clin Endosc 2015;48:106-11.

Retour sur un événement : Les journées de l'AFIHGE



Adèle PAYER



Erika LEFEBVRE

Qu'est-ce que l'AFIHGE ?

L'AFIHGE c'est l'acronyme pour Association Française des Internes d'Hépatogastro-Entérologie, créée en mars 2011 afin de fédérer les internes français en Hépatogastroentérologie. Elle s'adresse à l'ensemble des internes d'hépatogastro-entérologie en France et a pour but de rassembler, de structurer et d'améliorer la formation des internes.



L'adhésion à l'association permet, pour la modique somme de 10 euros par an :

- 2 jours de formation gratuite organisée spécifiquement pour les internes, au cours d'un superbe week-end.
- De recevoir par mail ou en papier ce journal : Le Journal des Jeunes Gastros, qui paraît tous les 6 mois. Il a pour objectif d'informer et d'aider les internes et docteurs juniors avant tout sur le plan pratique (aka ce qu'on n'apprend pas dans les bouquins...) ainsi que de se tenir au courant sur les principales avancées dans la spécialité.

Les journées de l'AFIHGE

Les dernières journées de l'AFIHGE ont eu lieu à Marseille. Pour nous, en tant que 1^{ers} semestres, c'était tout nouveau, et nous n'avons pas été déçus.

Après une brève visite de la cité Phocéenne, rendez-vous à l'université Aix-Marseille pour démarrer une après-midi de présentations par différents pontes de la gastro. Le format est très détendu, sans prise de tête et en même temps on apprend plein de choses.

À la fin de la journée, nous nous retrouvons tous dans un super bar privatisé pour nous. C'est très chouette de pouvoir rencontrer des internes de partout en France, ça ouvre l'esprit et puis ça permet de se rendre compte qu'on est pas tout seul, qu'on ap-



partient à un collectif, et ça, ça rend plus fort. La soirée finit sur le dance-floor et le lendemain le réveil est difficile mais nous enchaînons avec une autre demi-journée de cours suivi d'un petit buffet bien réconfortant.

Nous repartons de ce week-end des étoiles plein les yeux et la folle envie de rejoindre l'aventure en intégrant le nouveau bureau de l'AFIHGE.



Un aperçu du programme des journées de 2023

Samedi 3 juin

13h30 - 14h00 – Accueil des participants

14h00 - 16h00 – Session de coloproctologie et de nutrition

Iconographie des lésions proctologiques à ne pas rater – Dr Thierry Higuero, Nice

La constipation en pratique – Pr Véronique Vitton, Marseille

La nutrition parentérale : indication, modalités et complications – Dr Marine Barraud, Marseille

Impact thérapeutique de la biologie moléculaire : que rechercher ? – Dr Violaine Randrian, Poitiers

16h00 - 16h30 – Pause

16h30 - 18h00 – Session d'endoscopie

L'actualité de l'écho-endoscopie – Pr Jean-Michel Gonzalez, Marseille

Drainage endoscopique des ictères néoplasiques – Dr Marc Giovannini, Marseille

Prise en charge de l'endobrachyœsophage – Pr Philippe Grandval, Marseille

Dimanche 4 juin

9h30 – 10h00 – Accueil des participants

10h00 – 11h30 – Session de MICI

Endoscopie dans les MICI : les lésions à connaître et à reconnaître au diagnostic et lors du suivi – Dr Marion Schaefer, Nancy

La maladie de Crohn en 2023, quel traitement choisir selon la topographie – Dr Maeva Charkaoui, Dijon

Le microbiote intestinal pour les nuls – Dr Julien Scanzi, Thiers

11h30 – 13h00 – Déjeuner

13h00-13h30 – Assemblée générale de l'AFIHGE

13h30-15h00 – Session d'hépatologie

Pathologies hépatologiques de la femme enceinte – Dr Olivier Roux, Clichy

Sémiologie radiologique des cholangiopathies – Dr Marie-Pierre Vuillerme, Annecy

L'hépatologie virale est-elle morte ? – Dr Marc Bourlière,



SAVE THE DATE!



SCOOP

LES PROCHAINES JOURNÉES DE L'AFIHGE SE TIENDRONT À MONTPELLIER !

Date à venir très prochainement, pour ne rien manquer, abonnez vous à notre compte Facebook ou à notre page Instagram.

Contact des référents par ville

- **AMIENS** : lucien.grados@neuf.fr
- **ANGERS** : normadavid@orange.fr
- **ANTILLES-GUYANE** : camille.ausoleil@gmail.com
- **BESANCON** : internes.hge.besancon@gmail.com ; gaelle.tyrode@gmail.com
- **BORDEAUX** : referent.gastro@gmail.com
- **BREST** : jeanne-barto@hotmail.fr, marceven@orange.fr
- **CAEN** : internatgastroenterologie.caen@gmail.com
- **CLERMONT** : raux.b12@gmail.com ; eleclerc@chu-clermontferrand.fr
- **DIJON** : internes.hge.dijon@gmail.com
- **GRENOBLE** : MDesecures@chu-grenoble.fr
- **LILLE** : mathurine.leray@chu-lille.fr
- **LIMOGES** : alicia.anneraud@free.fr
- **LYON** : ajhgelyon@gmail.com, loic.cheminel@chu-lyon.fr
- **MARSEILLE** : asso.ajgodim@gmail.com ; referents.hge@gmail.com
- **MONTPELLIER** : lina.hountondji@outlook.fr ; mathilde.snv@gmail.com
- **NANCY** : internes.hge.nancy@gmail.com ; alice.burgevin@gmail.com
- **NANTES** : referenthge@gmail.com
- **NICE** : darnaude.a@chu-nice.fr
- **OCEAN INDIEN** : s.chouihab@gmail.com
- **PARIS** : associationihpop@gmail.com
- **POITIERS** : camille.labie31@gmail.com
- **REIMS** : internes.hge.reims@gmail.com lletrillart@chu-reims.fr
- **RENNES** : a.karrer@hotmail.fr
- **ROUEN** : ylang-spaes@hotmail.fr ; cleme.dales@hotmail.fr
- **SAINT ETIENNE** : int.hge.sainte@gmail.com
- **STRASBOURG** : interne.gastro.strasbg@gmail.com
- **TOULOUSE** : kdobigny@gmail.com
- **TOURS** : sophie.bruere@hotmail.fr

Contact des sociétés savantes

AFEF (Association Française pour l'Étude du Foie) : <https://afef.asso.fr/>

ANGH (Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France) : <https://angh.net/>

CFP (Club Français du Pancréas) : <https://clubfrançaispancreas.fr/>

CREGG (Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie) : <https://www.cregg.org/>

FFCD (Fédération Francophone de Cancérologie Digestive) : <https://www.ffcd.fr/>

GETAID (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif) : <https://www.getaid.org/>

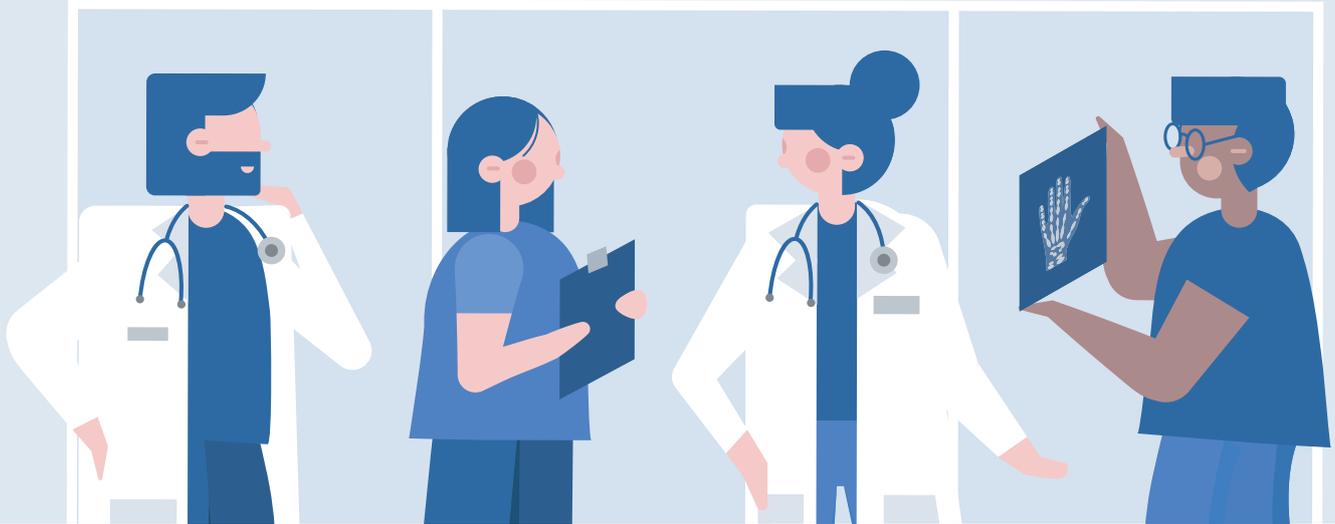
SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) : <https://www.sfed.org/>

SFNCM (Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme) : <https://www.sfncm.org/>

SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie) : <https://www.snfge.org/>

SNFCP (Société Nationale Française de Colo-Proctologie) : <https://www.snfcp.org/>

SYNMAD (Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de l'Appareil Digestif) : <https://www.synmad.com/>



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

ANNONCES DE



CENTRE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE RECHERCHE

GASTRO-ENTÉROLOGUE

Situé à Boulogne Auteuil (92). Adresse prestigieuse accessible par métro, bus, voiture. Centre d'endoscopie digestive reconnu depuis de nombreuses années, pratiquant plus de 10 000 endoscopies/an.

Circuit court spécifique très apprécié par les patients et les praticiens. 4 salles d'examens spécialisées avec un parc important d'endoscopes et de coloscopes.

Structure indépendante dirigée par 3 médecins. Ambiance agréable de travail.

Possibilité remplacements, consultation sur place, et vacations d'endoscopie.

Excellent accueil physique et téléphonique, gestion des rendez-vous et des compte-rendus d'examen.



Dr Sautfenne Ayadi
06 42 23 94 91
sautfenne@gmail.com

RECRUTEMENT



CHPM
Centre Hospitalier
des Pays de Morlaix

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) propose une offre de soins complète en MCO, SMR, USLD/EHPAD et psychiatrie (918 lits et 240 places).

- Un plateau technique récent.
- Un service de réanimation.
- Un service de chirurgie digestive (autorisation cancéro) et oncologie digestive.

PROPOSE

un Poste d'**HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUE H/F**

DESSCRIPTIF DU SERVICE ET DES ACTIVITÉS

Le service d'hépatogastro-entérologie dispose de :

- Une unité de 18 lits d'hospitalisation complète.
- Un plateau d'endoscopie situé au même étage (pour les endoscopies sans AG, échographies et élastométrie).
- Accès à l'unité de médecine ambulatoire.
- 6 plages de bloc (endoscopies, CPRE, projet d'écho-endoscopie).

Activités variées d'hépatogastro-entérologie (MIC) et maladies inflammatoires et virales du foie et maladies liées à l'alcool.

L'équipe médicale est composée de 4 praticiens temps plein, un assistant spécialiste à 50%, un médecin généraliste à 40%.

Le CHPM souhaite renforcer son équipe médicale avec un 5^{ème} praticien spécialiste, statut PH ou PHC. En complément de l'équipe du CHPM, 3 à 5 praticiens extérieurs participent à l'astreinte le week-end.

Date de prise de fonction : Dès à présent.

ENVIRONNEMENT : La ville de Morlaix et sa région offrent un cadre de vie agréable, en bord de mer avec tous les services de proximité, et un patrimoine et une vie culturelle riches.



CONTACTS

Dr Eric WOHLSCHIES

Chef de service
ewohlschies@ch-morlaix.fr

Mme Sylvia THOMAS

Directrice des Affaires Médicales
stthomas@ch-morlaix.fr

www.ch-morlaix.fr



LE GROUPE HOSPITALIER DE LA HAUTE-SAÔNE

Hôpital départemental, se déploie sur 4 sites géographiques avec des activités sanitaires dont le site principal est Vesoul

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

- Service dimensionné pour 6 ETP PH + 2 internes de DES.
- Actuellement 4.2 ETP, 2 internes de DES HGE, 2 FFI.
- 20 lits d'HC d'Hépatogastro-entérologie.



CONTACT

Madame Hélène GAULT
Directrice Affaires Médicales
dam@gh70.fr - 03 84 96 21 47

VOTRE FUTURE FONCTION

- Gestion d'une unité d'hospitalisation conventionnelle.
- Accès quotidien à l'endoscopie avec et sans AG.
- Endoscopie de niveau 1 et 2.
- Écho-endoscopie diagnostique et thérapeutique, CPRE, vidéocapsule endoscopique.
- HDJ pour biothérapie.
- Fibroscan.

AU SEIN D'UN HÔPITAL PUBLIC MCO

- Interface fluide avec toutes les spécialités partenaires : chirurgie digestive, réanimation, radiologie interventionnelle, oncologie digestive, unité mobile de soins palliatifs.
- Lien étroit avec le CHU de Besançon (fédération avec le service de gastro-entérologie), centre de transplantation hépatique, TIPS.

Nous recrutons un(e) GASTRO-ENTÉROLOGUE

avec le groupe hospitalier mutualiste de grenoble



RECRUTE GASTRO-ENTÉROLOGUE H/F

CDI, temps plein ou partiel
Convention FEHAP

Le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif participant au service public hospitalier. Il offre plus de 430 lits et places de médecine, chirurgie, maternité / obstétrique, urgences, cancérologie, soins de suite et de réadaptation situés au cœur de Grenoble.

L'établissement est doté d'un plateau technique récent et performant, de 4 salles dédiées à l'endoscopie et 1 salle au bloc pour les endoscopies interventionnelles.

L'équipe de chirurgie digestive est composée de 7 praticiens salariés, avec des compétences complémentaires (colorectale, pancréas, foie, proctologie, bariatrique, cancérologie...).

POUR PLUS DE PRÉCISIONS

CONTACTEZ,
les Drs Hervé et Oummahan :
camille.herve@avec.fr
bashar.oummahan@avec.fr



Le projet de l'établissement est le développement d'une activité d'hépatogastroentérologie salariée ou mixte avec, à terme, la création d'un institut des maladies digestives.

Vous avez le goût du challenge ?

Prenez part à cette aventure au sein d'une structure à taille humaine prête à vous accueillir dans un environnement privilégié, au pied des montagnes (parfait pour des week-ends au grand air !).

www.kaduce.fr



Kaducé Conseil
Recrute



Médecins Gastro-Entérologues

► Opportunité exceptionnelle :
exercice libéral dans une Clinique privée réputée implantée
dans une ville universitaire du Sud de la France ☀
Fort potentiel, revenu garanti !!!



Réf. :
GAS5614

Confidentialité assurée !

06 70 84 98 61

nadia@kaduce.fr