



Association Française des Internes
d'Hépatogastro-Entérologie

Journal des Jeunes Gastros

JJG

Numéro 04
Mars 2024



Lumière sur un article marquant

Prévention dans les MICI, notre alimentation a-t-elle un impact ?

L'ordonnance type

Exploration d'une diarrhée chronique

Interview d'un senior

L'exercice d'HGE en libéral

Post-internat : Assistants et chefs de clinique

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

ÉDITO



Clémentine ALITTI

Vice-Présidente de l'AFIHGE

C'est avec une joie sans cesse renouvelée que nous vous présentons chaque nouvelle édition du JJG, et celle-ci ne fait pas exception !

En effet, le bureau de l'AFIHGE a à cœur de donner toutes les clés aux internes pour profiter au mieux de leur formation et ce journal est pour nous l'un des outils les plus importants pour le faire.

Nous balayerons dans cette revue le maximum de notre vaste spécialité et irons même au-delà en essayant d'adresser dans chaque exemplaire une problématique multidisciplinaire vue par un spécialiste non hépatogastroentérologue. Nous voyons ce journal comme une aide supplémentaire pour appréhender la vie d'interne, aussi bien sur le plan purement professionnel, en abordant la prise en charge du cirrhotique décompensé en salle, que sur un plan plus personnel en abordant des sujets parfois sensibles, tels que la prévention du burn-out chez les internes, ou encore en vous aidant à vous projeter sur le post-internat en vous présentant par exemple la pratique d'un gastro-entérologue en libéral.

Cette revue est donc celle de tous les internes et vos retours et idées d'articles nous sont toujours chers, alors n'hésitez pas à nous les partager.

Nous avons hâte de vous rencontrer aux prochains congrès et bien évidemment à nos emblématiques journées de l'AFIHGE qui se tiendront à Montpellier les 1^{er} et 2 Juin 2024 !

D'ici là, bonne lecture !

SOMMAIRE

06. AGENDA

Calendrier des événements du semestre

07. SAVE THE DATE

Journées de l'AFIHGE 2024

08. LUMIÈRE SUR UN ARTICLE MARQUANT

Prévention dans les MICI, notre alimentation a-t-elle un impact ?

11. INTERVIEW D'UN SENIOR

L'exercice de l'HGE en libéral

15. POST-INTERNAT

Assistants et chefs de clinique

18. L'ORDONNANCE TYPE

Exploration d'une diarrhée chronique

20. ZOOM SUR...

Pronostic du patient cirrhotique en réanimation

23. L'APPLI À CONNAÎTRE

Surveillance des polypes
SpartApp

25. UN CAS CLINIQUE

Porte ouverte au Pancréas

30. HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les corticoïdes : une révolution dans la prise en charge de la recto-colite hémorragique

31. PRÉVENTION CHEZ LES INTERNES

Signes et symptômes du burn-out

34. PROBLÉMATIQUE TRANSVERSALE (HGE X DERMATO)

Colite à l'Immunothérapie

37. IMAGES CLÉS

Lésions élémentaires en MICI et scores endoscopiques

46. QUELQUES QCM

QCM d'hépatologie

54. RÉPERTOIRE

Coordonnées des référents par subdivision
Coordonnées des sociétés savantes

56. ANNONCES DE RECRUTEMENT

N°04

Mars 2024



**Association Française
des Internes
d'Hépatogastro-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

Avril à Octobre 2024

Avril 2024

25-27 Avril • ESGE Days - ESGE
(Berlin, Allemagne)

Mai 2024

02 et 03 Mai • Réunion annuelle de Neuro-Gastroentérologie - GFNG (Annecy, France)

16 et 17 Mai • Cours Intensif de printemps de la FFCD - FFCD (Tours, France)

18 au 21 Mai • Digestive Disease Week - AGA, AASLD, ASGE, SSAT (Washington DC, USA)

25 Mai • 6^{ème} Journée Scientifique de ColoProctologie (Hôpital St Joseph, Paris, France)

31 Mai au 4 Juin • ASCO Annual Meeting - ASCO (Chicago, USA)

Juin 2024

5 au 8 Juin • International Liver Congress - EASL (Milan, Italie)

15 Juin • Journée du GHIF - GHIF
(Maison de l'Amérique Latine, Paris, France)

26 au 29 Juin • 56th meeting of the European Pancreatic Club - EPC
(Saint-Jacques de Compostelle, Espagne)

Septembre 2024

13 au 17 Septembre • ESMO Congress 2024 - ESMO (Barcelone, Espagne)

20 et 21 Septembre • 32^{ème} congrès national de l'ANGH - ANGH (Versailles, France)

26 et 27 Septembre • XXXVIII^{ème} réunion du Club Français du Pancréas - CPF
(Toulouse, France)

Octobre 2024

2 au 4 Octobre • 95^{èmes} Journées de l'AFEF - AFEF (Antibes, France)

10 et 11 Octobre • Cours Intensif d'automne de la FFCD - FFCD (Lille, France)

12 au 15 Octobre • UEG Week 2024 - UEG
(Vienne, Autriche)

Les journées de l'AFIHGE reviennent les 1^{er} et 2 juin 2024 à Montpellier !

SAVE
THE
DATE



Chaque année l'AFIHGE organise 2 journées de formation pour les internes.

Cette année c'est Montpellier qui nous recevra dans un cadre historique, au sein de sa faculté de Médecine. Créée au XII^e siècle, c'est la plus ancienne en exercice au monde.

Au programme : Une mise au point sur des thèmes variés de notre spécialité à travers 11 présentations et, le samedi soir, l'occasion de se retrouver et de se rencontrer pendant une soirée au cœur de Montpellier.

L'inscription est gratuite et nous remboursions une partie du transport et de l'hébergement.

On vous y attend très nombreux et on a très très hâte !

Pour plus de détails rendez-vous sur <https://www.afihge.org/>

Tente de gagner ta place pour les JFHOD en répondant à cette question : Que signifie la devise de la faculté de Montpellier "Olim Cous nunc Mospeliensis Hippocrates" ?

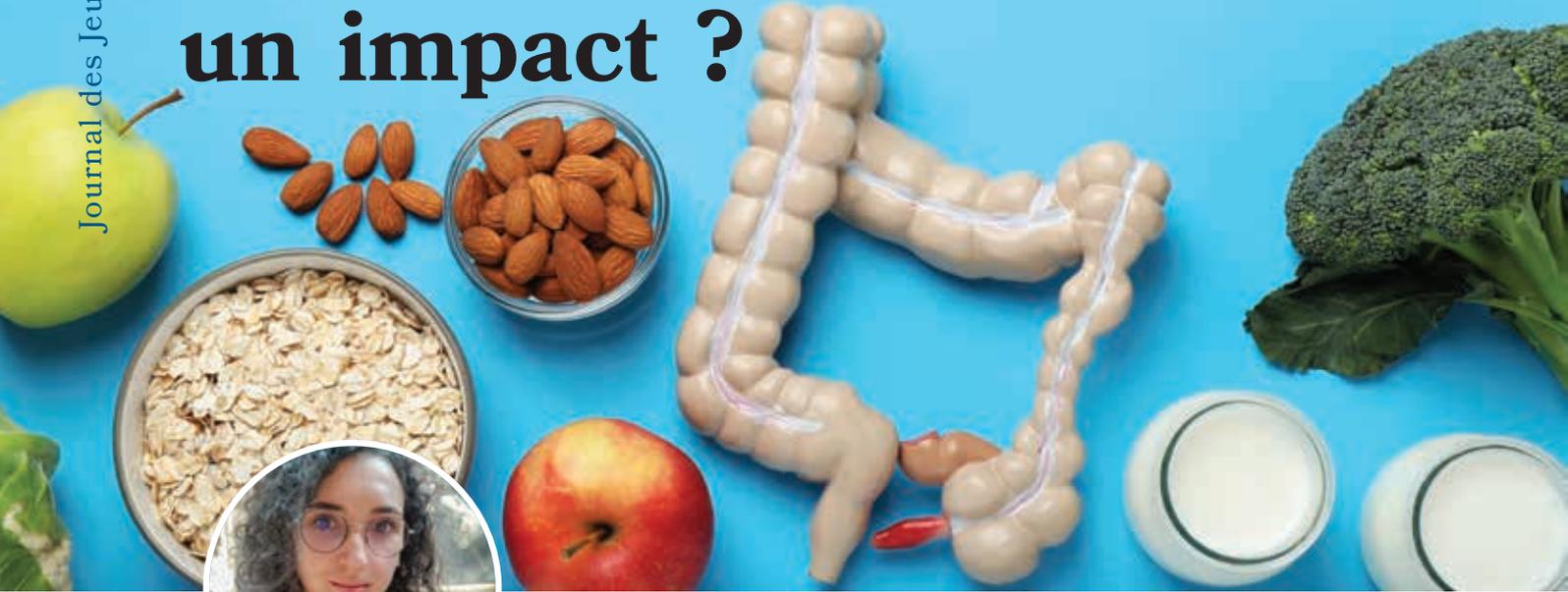
Les 3 premiers à nous répondre le plus incorrectement (oui oui, tu as bien lu, il est temps de mettre en pratique le dicton "il n'y a pas de mauvaise réponse") par mail gagneront le remboursement de leurs places pour les JFHOD !

AFIHGE ELSAN Medemprunt M

Journées de l'AFIHGE

1-2 juin 2024
Montpellier

Prévention dans les MICI, notre alimentation a-t-elle un impact ?



Inès LEVEQUE

Un grand merci au Pr Lucine VUITTON
(Service de Gastroentérologie au CHU de Besançon)
pour sa relecture et ses corrections

Présentation d'une étude européenne qui évalue le risque de MICI à partir d'un score nutritionnel dans une grande cohorte en population (1).

Contexte

Personne n'a pu passer à côté des campagnes nutritionnelles telles que : « manger 5 fruits et légumes par jour », « Ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé », etc. L'alimentation a un impact sur notre santé : avec la « mal bouffe » et les aliments ultra-transformés, elle devient un enjeu de santé publique majeur pour prévenir un grand nombre de pathologies : syndrome dysmétabolique, maladies cardio-vasculaires, cancer et ce qui va nous intéresser plus particulièrement dans cet article est le lien avec le développement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). De nombreuses études ont déjà montré le lien entre certains aliments et le risque de développer une MICI. Ainsi les recommandations actuelles font la promotion du régime dit « méditerranéen ».

En pratique ça consiste en quoi exactement une alimentation équilibrée ?

Pour bien comprendre il faut avoir quelques bases en nutrition et bien définir ce qu'est une alimentation équilibrée. Les recommandations actuelles conseillent (2) :

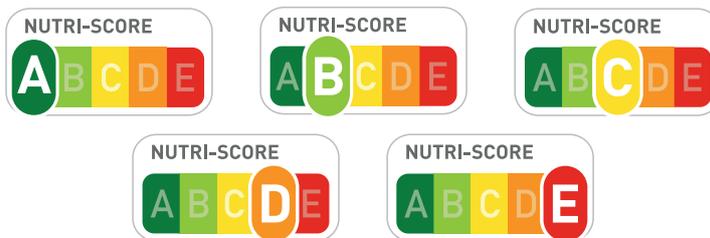
- ♦ 5 fruits et légumes par jour soit 400g/j.
- ♦ 1 féculent complet par jour.
- ♦ 2 produits laitiers par jour.
- ♦ 5g de sel/j (la consommation actuelle de sel est autour de 9-12g/j).
- ♦ Privilégier huile de colza, de noix ou d'olives tous les jours.
- ♦ Légumes secs deux fois par semaine.
- ♦ Poisson deux fois par semaine dont 1 poisson gras.
- ♦ Limiter les apports de viande rouge et favoriser la viande blanche.

- ♦ Diminuer la consommation d'alcool, de graisses saturées, de produits industriels trop salés et/ou trop sucrés et de produits ultra-transformés.

La majorité des études actuelles se sont penchées sur les nutriments et les aliments pour définir le risque de MICI et moins sur le régime alimentaire global pour évaluer la qualité nutritionnelle de notre alimentation. Par exemple, les aliments riches en graisses saturées, en sucres rapides ou en sel ont une faible qualité nutritionnelle mais sont présents dans tous les régimes alimentaires.

Il est important d'avoir en tête 2 classifications nutritionnelles importantes.

Le nutri-score (3) : Il a été mis en place pour la première fois en France en 2017 en se basant sur les travaux du Pr Serge Hercberg. Il est visible sur les emballages alimentaires et permet de fournir une information simple sur la qualité nutritionnelle globale des produits que le consommateur achète, et aide à comparer les différents produits lors des achats. Il classe les produits selon une échelle de 5 couleurs (du vert au rouge) associée à des lettres de A « meilleure qualité nutritionnelle » à E « moins bonne qualité nutritionnelle ». Son calcul se base sur 100 g ou 100 ml de produit en attribuant des points entre les composantes jugées négatives (sucres, sel, acide gras saturés) et positives (fibres, protéines, fruits, légumes, légumineuses, fruits à coque, huile de colza, de noix, olive), afin d'attribuer une note.



L'objectif du nutri-score est l'information et la simplification pour accompagner le consommateur et favoriser l'amélioration des produits par les fournisseurs. Cet étiquetage est en développement et s'est généralisé dans toute l'Europe.

Le nutri-score est basé sur une méthode de notation nutritionnelle développée par la British Food Standard Agency connue sous le nom de **Score FSA-NPS** « Food Standards Agency Nutrient Profiling System ». Cet indice alimentaire a ensuite été adapté au niveau individuel pour

donner le Score FSAm-NPS DI « The FSAm-NPS Dietary Index (DI) » qui résume la composition alimentaire moyenne d'un individu.

L'objectif de l'étude est d'étudier l'association entre le score FSAm-NPS DI et les risques de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragique (RCH) en utilisant les données de l'enquête prospective européenne sur le cancer et la nutrition (EPIC), une vaste cohorte prospective de volontaires sains qui utilise une évaluation validée de l'apport alimentaire.

Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique se basant sur une cohorte prospective, la cohorte EPIC créée en 1991 pour étudier le rôle de l'alimentation et des différents modes de vie dans divers cancers et maladies chroniques chez des patients sains d'âge moyen qui regroupaient plus de 520 000 personnes de 23 centres dans 10 pays européens. Les auteurs ont basé leur étude sur la cohorte EPIC IBD, un sous-groupe de la cohorte EPIC, qui comprend les centres qui ont accepté de collecter et de recenser les nouveaux diagnostics de MICI survenus après l'inclusion ce qui correspond à 437 972 participants.

Les données alimentaires ont été recueillies par des questionnaires validés sur la fréquence alimentaire soit par entretien soit par questionnaire administrés sur la fréquence des aliments sur 1 an, ce qui a permis de calculer les apports moyens individuels d'aliments ou de groupes d'aliments en grammes par jour.

À partir de ces données, le **score FSAm-NPS DI** a été obtenu, reflétant la qualité nutritionnelle du régime alimentaire d'un individu en se basant sur le score FSAm-NPS (calculé sur la teneur en nutriments de 100g d'aliment ou de boisson, en attribuant des points en fonction du type de nutriment consommé).

Plus le score FSAm-NPS DI était bas, meilleure était la qualité nutritionnelle de l'individu. Pour affiner les résultats, les auteurs ont divisé les résultats du score FSAm-NPS DI en quartiles et en déciles, en fonction du sexe. Le quartile et le décile les plus bas ont été pris comme référence car ils correspondent à une meilleure qualité nutritionnelle.

Des questionnaires sur le mode de vie ont également été réalisés portant sur la consommation de tabac, l'activité physique et le niveau d'éducation. L'IMC de chaque participant a été calculé et inclus dans l'analyse de données.

Les participants ayant développé une MICI au cours du suivi ont été identifiés soit par des questionnaires de suivi, soit par les registres nationaux selon les centres. Pour chaque cas suspect, les médecins locaux ont confirmé le diagnostic de RCH ou de MC en examinant les dossiers des patients (clinique, radiologique, endoscopique, biologique...).

Les associations entre le score FSAm-NPS DI et les risques de MC/RCH ont été estimées à l'aide de modèles de Cox. Les auteurs ont limité les biais en réalisant une stratification par centre, par sexe et par âge et en ajustant les résultats en fonction de la consommation de tabac, l'IMC, l'activité physique, l'apport énergétique total et la consommation d'alcool. Pour limiter les biais de causalité et ne pas surestimer le risque de MICI, les patients qui ont développé une MICI dans les deux premières années de suivi ont été exclus. Une analyse complémentaire a également été réalisée en se basant sur les consommations de lipides, protéines et glucides.

Résultats de l'étude

Au total, **394 255 personnes** ont été incluses dans cette étude dont la majorité étaient des femmes (68,1 %) avec un âge moyen au moment du recrutement de 52,1 ans. Après un suivi médian de 13,6 ans, 184 cas de MC ont été recensés et 459 cas de RCH, soit des **taux d'incidence de 3,8 et 9,4 pour 100 000 personnes-années**, respectivement.

Comparés au premier quartile, les résultats sont statistiquement significatifs avec une **augmentation du risque de MC détecté à partir du troisième quartile** (aHR 1.79

[IC 95% 1.09-2.92] $p < 0.01$). Ces résultats sont cohérents avec l'analyse en déciles avec des **résultats statistiquement significatifs à partir du 5^{ème} décile** $p < 0.01$ (le 6^{ème} décile étant exclu : aHR 1.84 [IC 95% 0.73-4.63]).

L'étude a mis en évidence que des **scores FSAm-NPS DI élevés** (moins bonne qualité nutritionnelle de l'alimentation) étaient associés à un risque accru de développer une MC (aHR: 2.04, [IC 95% 1.24-3.36] $p < 0.01$), **mais pas de RCH** (aHR: 0.91, [IC 95% 0.69-1.21] $p = 0.76$).

De même, les résultats montrent qu'une **augmentation d'une unité du score FSAm-NPS DI était associée à une augmentation de 13 % du risque de MC** (aHR : 1,13 ; [IC 95% 1.05-1.22]), sans association avec le risque de RCH. Parmi les aliments pris en compte dans le calcul du score FSAm-NPS DI, **les fibres alimentaires et les fruits/légumes/légumineuses/noix étaient inversement associés au risque de MC** (HR ajusté : 0,49, [IC 95% 0.28-0.85]).

Conclusion

Le régime alimentaire a un impact important dans l'épidémiologie des MICI et notamment dans la **survenue de maladie de Crohn**, plus fréquente lors d'un **régime alimentaire de mauvaise qualité associé à une faible consommation de fibres, fruits, légumes, légumineuses et noix**.

Dans cette étude, les auteurs ont pu analyser un grand nombre de participants avec des régimes alimentaires divers en se basant sur un score alimentaire (le score FSAm-NPS DI qui est à la base du label Nutri-Score) utilisé dans de nombreux pays. Les scores les plus élevés pouvant être associés à un risque trois fois plus élevé de maladie de Crohn.

De nombreuses études ont déjà prouvé le risque de MICI associé à certains aliments (entre autres les aliments ultra-transformés), mais c'est la première étude qui évalue le risque de MICI selon un score nutritionnel. En accord avec ces résultats, une méta-analyse (4) récente a montré qu'un apport élevé en fibres alimentaires était associé à un risque plus faible de MC, mais pas de RCH. Une autre étude (5) a montré qu'une consommation élevée de fibres, de fruits et de légumes était associée à un risque plus faible de MC.

Cependant, cette étude a certaines limites. Le régime alimentaire n'a été mesuré qu'une seule fois au moment du recrutement alors qu'il a pu changer par la suite. Elle se basait sur la fréquence alimentaire plutôt que sur l'évaluation de l'alimentation

détaillée et certains questionnaires pouvaient varier d'un centre à l'autre. L'âge moyen étant autour de 50 ans, ces données ne sont pas généralisables à une population plus jeune. De plus, les facteurs environnementaux et génétiques pouvant également influencer la survenue d'une MICI ne sont pas pris en compte.

Que ce soit en prévention de la survenue de la maladie, en prévention des poussées et durant le suivi de maladie active, l'alimentation joue un rôle central dans la prise en charge de la maladie de Crohn. Ceci renforce également la séparation en termes de facteurs de risque et d'étiopathogénicité entre la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique qui sont bien deux entités différentes.

References

1. Meyer A, Dong C, Chan SSM, Touvier M, Julia C, Huybrechts I, et al. Dietary index based on the Food Standards Agency nutrient profiling system and risk of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 15 déc 2023;
2. DP-Reco-Nutritionnelles-220119.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Disponible sur : <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/02/DP-Reco-Nutritionnelles-220119.pdf>
3. Obésité [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Système d'information nutritionnelle à cinq couleurs sur la face avant des emballages : application, performance et perception dans le contexte français Article pp.262-276 du Vol.10 n°4 (2015). Disponible sur : <https://archives-obe.revuesonline.com/article.jsp?articleId=34999>
4. Milajerdi A, Ebrahimi-Daryani N, Dieleman LA, Larjani B, Esmailzadeh A. Association of Dietary Fiber, Fruit, and Vegetable Consumption with Risk of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Nutr.* 1 juin 2021;12(3):735-43.
5. Hou JK, Abraham B, El-Serag H. Dietary intake and risk of developing inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. *Am J Gastroenterol.* avr 2011;106(4):563-73.

L'interview d'un senior

L'exercice de l'HGE en libéral



Johanna POKOSSY EPÉE

Les Drs Léa Perron et Julienne Grillot exercent dans un cabinet de 4 associés situé au sein de l'Hôpital Privé Sainte Marie (HPSM) à Chalon-sur-Saône (71). Leur activité est mixte et s'organise en consultations (avec une activité d'échographie), activité hospitalière (visite des patients hospitalisés, HDJ, avis) et endoscopique, avec un planning d'astreintes les soirs et les week-ends. L'HPSM est divisé en services de médecine (où peuvent être hospitalisés les patients qui le nécessitent), chirurgie (où sont accueillis les patients en pré/post endoscopie si besoin), unité de soins intensifs, HDJ (médecine classique et nutrition), SSR, unités de soins palliatifs et ANP (Accueil Non Programmé, système d'accès à des médecins généralistes sans RDV pour le tout-venant).

Les lits sont partagés avec des oncologues médicaux et des chirurgiens (principalement digestifs et urologues, mais aussi gynécologues, plasticiens, ...). Des pneumologues et des cardiologues sont présents de façon fixe dans l'hôpital, ce qui permet de les solliciter facilement pour des gestes et/ou avis. Pour les spécialités non présentes physiquement à l'HPSM, les praticiens collaborent à proximité avec l'hôpital public William Morey et des collègues en libéral et parfois avec les CHU de Dijon et/ou de Lyon si nécessaire.



De gauche à droite : Drs Olivier Ruget, Julienne Grillot, Léa Perron et Philippe Derreveaux

À quoi ressemble une semaine/journée type ?

Cela dépend du choix de chacun et du mode d'exercice (en groupe, seul ou en duo). Dans notre cabinet nous avons un mode d'exercice « collectif » avec 4 praticiens et 1 docteur junior et avec une partie hospitalisation (sur place). Ainsi, une semaine type se divise habituellement en :

- 1 journée de "visite" en hospitalisation / aux urgences.
- 2 à 3 demi-journées de bloc AG.
- 1 demi-journée de bloc AL.
- 4 demi-journées de consultation.
- 1 à 2 demi-journée(s) off selon les praticiens.

C'est différent des cabinets qui ne fonctionnent qu'en consultation / ambulatoire.

Quel est votre salaire moyen ?

Le salaire dépend du volume d'actes bien sûr... En gros, pour un praticien à « temps plein », ce sera entre 5000 et 15000€ par mois.

L'élément principal à comprendre c'est la séquence :

1) Honoraires des actes réalisés

Sur lesquels seront déduites les charges de fonctionnement du cabinet (secrétariat, locaux...) correspondant à environ 30 % des honoraires.

2) BNC résultant qui correspond à un salaire « brut »

Sur lequel sont ensuite déduites des charges professionnelles individuelles (URSAFF, CARMRF, Sécurité sociale..) et correspondant encore environ à 30 % du BNC.

3) Revenu qui correspond à un salaire « net »

Donc le revenu final correspond à 50 % environ des actes réalisés.

Quel est votre temps de travail moyen ?

Le temps de travail hebdomadaire est très dépendant du choix d'organisation de chaque praticien.

Les journées sont plus condensées que dans un système public, car les moments « d'attente » sont réduits au minimum. Les structures hospitalières privées démarrent également souvent tôt le matin, 7h30 pour le bloc sous AG chez nous par exemple.

Pour le temps administratif, l'informatisation et les accès à distance ont permis de pouvoir gérer un certain nombre de choses (classement des biologiques, courriers, anapath, planifications, etc.), de manière plus souple dans la semaine, ou depuis la maison ou même d'ailleurs !

Quelles sont les possibilités de flexibilité dans les horaires et entre différentes semaines, selon les emplois du temps personnels ?

Dans les limites du cadre convenu entre associés (nombre de jours de congés et période) et la règle contractuelle de prévenir le bloc en avance des absences) la flexibilité, c'est l'avantage majeur du libéral. On peut déterminer ses périodes de travail, et tout aussi bien ralentir sur une période qu'augmenter son volume si on le souhaite.

“
Ce qui est vraiment très appréciable c'est le service rendu au patient et la fluidité d'organisation au cabinet, avec la structure hospitalière et les autres spécialités.
”

Quel est votre ressenti général sur ce mode d'exercice ?

Ce qui est vraiment très appréciable c'est le service rendu au patient et la fluidité d'organisation au cabinet, avec la structure hospitalière et les autres spécialités.

Le travail d'équipe est essentiel pour les patients hospitalisés et les gestes complexes. La consultation standard, elle, se gère plus individuellement, car les patients sont justement à la recherche d'un contact plus personnalisé.

Saviez-vous dès l'internat que c'était le type d'exercice que vous choisiriez ?

Pas du tout ! Sans exemple autour de moi d'installation libérale, j'ai fait des remplacements en fin d'internat/clinicat dans 3 cabinets différents, chacun avec ses spécificités. J'y ai trouvé une organisation rodée et souple et un exercice très varié. On pratique l'hépatogastroentérologie dans tous ses aspects, tel qu'on a pu le faire lors de notre internat et post-internat. La pratique est possible en consultation, en HdJ, en ambulatoire et en hospitalisation. Ce à quoi on peut ajouter l'endoscopie, y compris interventionnelle pour ma part (écho-endoscopie, CPRE, dissection,...), l'oncologie et la nutrition selon les spécificités de chacun. Ce mode d'exercice m'apporte aussi une fluidité essentielle dans l'articulation avec la vie familiale.

Faire des remplacements ponctuels suffit-il pour se faire une bonne idée de ce que c'est de travailler en tant que libéral ?

Les remplacements sont un bon moyen, surtout s'ils sont effectués en semaine, pour avoir un bon aperçu. Le stage d'interne en libéral permet d'en voir vraiment les contours, que ce soit de la pratique médicale mais aussi de la gestion du cabinet et des relations avec l'établissement.

Comment fonctionne l'entrepreneuriat, notamment sur le versant administratif qui n'est pas bien connu ?

La gestion du cabinet n'est pas un souci au quotidien qui est vraiment axé sur le côté médical. Il y a des points ponctuels dans l'année, comme la période du bilan comptable, où nous sommes accompagnés et conseillés par un cabinet spécialisé. Les nouveaux contrats (nouvelle installation, avenants) sont étudiés par des juristes qui connaissent bien le cabinet. En ce qui concerne la relation à l'établissement de santé, c'est une relation contractuelle et non hiérarchisante, où l'objectif est de faire concorder les intérêts des deux parties.

Quelles sont les démarches à suivre lorsque l'on veut s'installer ?

- À choisir, éviter l'installation en plein été, avec les congés les délais s'allongent !
- 3 mois avant installation : Inscription à l'Ordre des Médecins du département où l'on va exercer (dossier à remplir accessible sur le site de l'Ordre / diplômes). Après l'inscription on reçoit une attestation d'inscription à l'Ordre et la nouvelle carte CPS est envoyée à l'adresse donnée automatiquement.
- Parallèlement on modifie sa RCP avec mise à jour du statut.
- 1 à 2 mois avant l'installation : Inscription à la CPAM via le site https://installation-medecin.ameli.fr/installation_medecin/ on y dépose son RIB, sa pièce d'identité et son justificatif pour secteur 2 si besoin (attestation de 2 ans de clinicat ou d'assistant ou docteur junior + 1 an) et on choisit une date de rendez-vous ou on demande à se faire appeler par la CPAM, au choix.
- Immatriculation auprès du centre de formalité des entreprises (CFE) jusqu'à 8 jours après le début de l'activité : https://www.cfe.urssaf.fr/saisiepl/CFE_Declaration ou sur <https://formalites.entreprises.gouv.fr/>. Si vous faisiez des remplacements avant, ne pas hésiter à prendre rendez-vous avec l'URSSAF pour faire les modifications et donc la modification de SIRET.
- Il est important avant de faire cela, de faire le point avec votre futur comptable et/ou avocat (demander à vos futurs associés) du type d'activité EIRL, SELARL... et faire les papiers en fonction notamment si installation en SELARL.
- Demande d'affiliation à la CARMF (caisse de retraite) jusqu'à 1 mois après le début de l'activité : <http://www.carmf.fr/page.php?page=doc/formulaires/cotisants/affiliation2.htm> et le formulaire (disponible ici : <http://www.carmf.fr/doc/formulaires/cotisants/declaration-en-vue.pdf>) doit être signé par votre Ordre des Médecins.

- Ne pas oublier de prendre une prévoyance.
- Revoir avec vos associés le contrat d'association, et la reprise de part si besoin. Prévoir un rendez-vous avec l'avocat des affaires pour ces informations.
- Démarches avec la ou les cliniques où vous allez effectuer les gestes et hospitalisations (demande de plage de bloc, information type RPPS et ADELI).
- Au cabinet : demande ordonnancier (site améli), tampon et petit matériel suivant les besoins.
- Vérifier si vous ne faites pas partie d'une zone sous tension médicale car il peut y avoir des aides à l'installation (revoir avec la CPAM) : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>.

Plus besoin d'adhérer à une AGA (plus de baisse d'impôt si adhésion, depuis 2023).

Les différents groupes de clinique font bien souvent des webinaires sur l'installation en libérale avec une TO DO LIST bien pratique et à jour.

Quelles sont les possibilités d'accès à la recherche en libéral ?

La recherche est plus axée recherche clinique et souvent moins fondamentale... quoique. La recherche clinique est accessible mais dépendante de la volonté de chaque praticien. On peut intégrer des études nationales ou loco-régionales voire monter son propre protocole de recherche (prospectif, rétrospectif, etc.). Les groupes libéraux ont souvent des plateformes dédiées à la recherche et l'enseignement et proposent des bourses pour "fellow" et "appel à projet" annuellement. Les groupes de cliniques investissent car cela permet de faire rayonner le groupe.



L'accès aux formations est-il plus difficile en libéral ?

Aucunement, cela dépend de l'organisation de son groupe. Pour notre part, on se partage 2 et 2 entre JFHOD et VideoDigest et on tourne tous les ans. Et si l'un de nous veut faire d'autre congrès, il n'y a pas de souci, il faut simplement que cela soit dit en amont pour l'organisation (blocs, gardes...). Par exemple, l'année dernière, j'ai réalisé le CV de bariatrique (2 sessions de 2 jours en présentiels), videodigest (2 jours), le congrès européen de nutrition (ESPEN, 3 jours) et le congrès français de nutrition (JFN, 3 jours).

Quels sont les principaux points forts du libéral par rapport au CHU ? Et à contrario les points forts au CHU qui peuvent manquer en libéral ?

Les principaux point forts libéral selon moi sont :

- La flexibilité et adaptabilité de l'emploi du temps permettant un meilleur équilibre avec la vie personnelle ;
- La relation aux patients avec un suivi particulier (consultations, endoscopies, hospitalisations), au CHU on ne fait pas forcément les endoscopies de ses propres malades par exemple ;
- La discussion plus facile avec la direction et la mise en place de projets plus aisée/rapide.

Les points forts du CHU :

- Accès à des examens non disponibles ou non pris en charge en libéral (certains examens biologiques comme le dosage de certaines vitamines et oligoéléments) ;
- Prise en charge de certaines pathologies nécessitant un centre expert comme pour la nutrition parentérale à domicile de longue durée par exemple, mais rien n'empêche d'être attaché à un CHU pour garder cette valence hyperspécialisée !



Note des internes

Nous avons la chance dans la subdivision de Dijon que ce terrain de stage en libéral soit ouvert et facilement accessible aux internes, ce qui est actuellement une exception plus que la règle au niveau national. Il s'agit en général de l'un de nos stages préférés de l'internat grâce à la diversité de pratique (propres plages de consultation, d'avis, d'HDJ, d'endoscopie, possibilité de se former à l'échographie), des pathologies (et oui, nous rencontrons enfin les patients de la pratique quotidienne, hors CHU !) et l'autonomie (réellement !) supervisée qui s'installe de façon progressive.



Enfin, si jamais vous êtes intéressés par une activité de remplacement ou d'installation en collaboration ou pour des informations, n'hésitez pas à contacter le cabinet :

cabinet@gastrohpsm.fr ou **03.85.57.61.82**

Car bien que la situation géographique, les modalités d'exercice et les collègues soient idéaux...

Comme partout, le nombre de médecins dans la région est insuffisant pour la population !

Assistants et chefs de clinique



Margaux DELHOMME

Au fil de l'internat, les questions sur le "post-internat" émergent progressivement et il n'est pas toujours facile de s'y retrouver.

Comme son nom l'indique, il intervient à la fin de l'internat. Il ne s'agit pas d'une étape obligatoire pour exercer en tant que docteur, mais peut-être le

pré-requis de plusieurs modalités d'exercices (accessibilité du secteur 2, carrière hospitalo-universitaire etc.). C'est l'occasion de pouvoir exercer en responsabilité dans

un cadre sécurisé et d'acquérir un complément de formation.

Voici quelques clefs pour naviguer entre les lignes impénétrables du code de la santé.

Chef de Clinique (CCA)

Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

C'est en 1823 que le titre et la fonction de CCA ont vu le jour. N' imaginez pas là qu'il y ait un lien avec les cliniques privées. Historiquement, le responsable d'une clinique universitaire était un professeur « titulaire », et sa clinique universitaire était le service de référence pour l'enseignement de sa spécialité.

Les chefs de clinique, avaient pour fonction de seconder le titulaire dans son enseignement et c'est donc pour ça qu'il n'y a des chefs de clinique que dans les centres hospitalo-universitaires.

Recrutement

Les CCA sont recrutés dans les 3 années suivant la fin de leur internat, par décision conjointe du directeur du CHU et du directeur de l'UFR, c'est-à-dire, conjointement

par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le Ministère de la Santé.

Ils sont nommés pour une période de deux ans avec possibilité de deux renouvellements d'une année chacun. Il est donc possible d'occuper cette fonction pendant 4 ans au maximum.



Obligations générales de service

Les CCA ont une triple mission d'enseignement, de soins et de recherche dans les CHU.

Pour cela 11 demi-journées de travail hebdomadaire sont prévues (samedi matin inclus). Le temps de travail ne peut excéder 48h/semaine (calculé en moyenne sur 4 mois).

Rémunération

De par sa double appartenance, une partie de la rémunération est assurée par la faculté, et l'autre par l'hôpital.

La rémunération universitaire est répartie en deux échelons :

1^{er} échelon avant deux ans de fonctions : 16 916,10 € annuels bruts.

2^{ème} échelon après deux ans de fonctions : 19 698,72 € annuels bruts.

Les congés

Le CCA dispose de 30 jours ouvrés de congés annuels (on rappelle que le samedi est décompté comme un jour ouvrable) cela fait donc un total de 5 semaines.

Il a bien sûr le droit aux autres congés de la fonction publique (maternité, paternité, solidarité familiale...) et aux autorisations spéciales d'absence (en cas par exemple de mariage, pacs, décès d'un parent...).

Pendant la première année de fonction (sous réserve de l'avis favorable du chef de service) il est possible d'obtenir des congés sans rémunération dans la limite de 30 jours en vue d'assurer des remplacements. À partir de la deuxième année, il est possible d'obtenir 45 jours, afin d'exercer une activité hors de leur établissement d'affectation.

Perspectives

Pour porter le titre d'ancien chef de clinique des universités, il est nécessaire de justifier de deux ans de fonctions effectives.



Les émoluments hospitaliers sont également répartis en deux échelons identiques :

1^{er} échelon avant deux ans de fonctions : 18 658,79 € annuels bruts.

2^{ème} échelon après deux ans de fonctions : 21 728,46 € annuels bruts.

À cela s'ajoute une indemnité de service public exclusif de 1 010 € mensuel brut si le CCA s'engage à ne pas exercer d'activité libérale.

Lorsque le CCA a bénéficié de congés sans rémunération, d'un congé maternité, adoption, paternité ou maladie (dans la limite maximale de 30 jours) et ne peut justifier de deux ans de fonctions, il peut demander son maintien en

surnombre pour la durée du congé obtenu pour pouvoir porter le titre d'ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux.

Ce statut est un pré-requis nécessaire pour débiter une éventuelle carrière hospitalo-universitaire.

Il donne également accès, dans le cadre d'une activité libérale, au secteur 2, et par conséquent, au dépassement d'honoraires.

Assistant spécialiste des hôpitaux

L'assistantat est un post-internat purement hospitalier.

Recrutement

L'assistant spécialiste est recruté pour une période initiale soit d'un an, soit de deux ans, renouvelable par période d'un an. La durée totale d'engagement peut aller jusqu'à 6 ans.

Il peut exercer dans un ou plusieurs établissements de santé, pas nécessairement un centre hospitalo-universitaire (contrairement au CCA).

Obligations générales de service

Le service hebdomadaire compte 10 demi-journées. Cette fois-ci le samedi n'est pas compté comme un jour ouvré. Le temps de travail hebdomadaire est le même et ne peut excéder 48h/semaine.

Il est possible d'exercer à temps partiel mais uniquement après avoir accompli deux ans de services effectifs à temps plein.

Par rapport au CCA, la notion de temps additionnel apparaît. Les assistants peuvent, sur la base du volontariat, et au-delà de leurs obligations de service, effectuer un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

Rémunération

La rémunération est divisée en 3 échelons en fonction de l'ancienneté.

1^{ère} et 2^{ème} années : 33 145,94 € annuels bruts.

3^{ème} et 4^{ème} années : 36 083,95 € annuels bruts.

5^{èmes} et 6^{ème} années : 40 775,65 € annuels bruts.

À cela s'ajoute, comme pour le CCA, une indemnité de service public exclusif de 1 010 € mensuel brut en cas d'engagement à ne pas exercer d'activité libérale.

Plusieurs autres indemnités sont prévues pour les assistants :

- Des indemnités pour tout temps de travail additionnel accompli.
- Des indemnités correspondant aux astreintes et aux déplacements.
- Des indemnités pour participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements hospitaliers.
- Une indemnité pour activités dans plusieurs établissements.
- Une prime est versée à l'occasion du recrutement initial ou du renouvellement du contrat de l'assistant qui s'engage à exercer à temps plein dans un établissement public de santé pour une période soit de deux ans, soit de quatre ans.

Les congés

En ce qui concerne les congés, les assistants des hôpitaux ont droit à un congé annuel de 25 jours ouvrés, encore une fois on rappelle que les samedis ne sont pas comptés ; cela correspond donc à 5 semaines comme pour les CCA.

À cela s'ajoutent 19 journées de réduction du temps de travail (RTT).

Ils ont également accès à des jours de récupération : des périodes de temps de travail additionnel, des astreintes et des déplacements dans le cadre des astreintes lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation.

Au même titre que les CCA, les assistants peuvent, pendant leur 1^{ère} année de fonction, demander des congés sans rémunération dans la limite de 30 jours, pour assurer des remplacements. À partir de la 2^{ème} année de fonction, cela est possible pour 45 jours.

Les assistants ont également le droit à un congé de formation de 15 jours par an.

Perspectives

L'assistantat autorise également l'accès au secteur 2 sous réserve de justifier de 2 années de fonctions effectives. Depuis 2022, l'année de Docteur junior est comptabilisée dans ce calcul, et ainsi, une seule année d'assistantat permet d'acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.

Comme pour le CCA, la durée cumulée des congés accordés sera prise en compte dans le calcul du temps d'occupation du poste.

Exploration d'une diarrhée chronique



Clémentine ALITTI



Relecteur
Dr Antoine MARTIN
CCA en HGE au CHU de Bicêtre



Diarrhée chronique : > 3 selles/jour, Bristol 5 à 7, > 4 semaines

Si doute diagnostic : fécalogramme sur 3 jours pour pesée des selles : diarrhée si poids des selles \geq 250-300 g/24h.

Interrogatoire et toucher rectal = systématiques

Essentiels, ils ont deux objectifs : écarter un diagnostic différentiel (tumeur rectale, incontinence, fausse diarrhée du constipé) et orienter le diagnostic vers une étiologie :

- Toxique (médicamenteuse type metformine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, laxatifs, plantes médicinales, alcool...).
- Infectieuse (voyage en zone d'endémie parasitaire dans les deux années précédentes, antibiothérapie dans les deux mois précédents, immunodépression).
- Post-opératoire (pullulation bactérienne sur anse montée, diarrhée post-cholécystectomie).
- Par malabsorption avec groupes d'aliments incriminés (gluten pour la maladie coeliaque, lactose).
- Lésionnelle en cas de diarrhée glaireuse et/ou sanglante.

En l'absence d'orientation étiologique évidente chez le sujet jeune < 45 ans, la démarche à suivre peut se résumer comme suit.





Ordonnance type en l'absence de cause évidente et d'orientation diagnostique

1. Bilan systématique

Retentissement

- **NFS** (anémie carencielle ?)
- **Ionogramme, urée, créatinine, calcium, phosphore** (troubles hydroélectrolytiques ?)
- **TP** (carence en vitamine K ?)
- **Albumine, cholestérol** (dénutrition ?) (Possibles marqueurs d'une entéropathie organique si diminués)
- **Ferritine, vitamine B9, B12** (carences ?)

2. Se discutent en complément

- **EOGD** (+ biopsies duodénales et gastriques) et **iléocoloscopie** (+ biopsies iléales et coliques étagées) :
 - Systématiquement en première intention si diarrhée d'allure lésionnelle ou signe d'alarme (asthénie/modification récente du transit / âge > 45-50 ans/perde de poids).
 - Après le bilan de première intention en l'absence de cause évidente.
- **Échographie abdominale** ou **TDM abdomino-pelvien injectée** (si perte de poids inexpliquée, douleur abdominale...).

3. Après ce bilan de première intention et en l'absence d'orientation du mécanisme à l'interrogatoire, des tests peuvent servir à l'exploration du mécanisme

- **Fécalogramme sur 72h** dans des conditions de vie normales mais avec supplémentation grasseuse (50 grammes de beurre les 3 jours qui précèdent les 3 jours de recueil) + **dosage sanguin de**

Recherche d'une étiologie

- **CRP** (inflammatoire ?)
- **Bilan hépatique** (cytolyse et cholestase associées à la maladie coeliaque ? Consommation d'alcool ?)
- **Glycémie à jeun** (diabète ?)
- **TSH** (hyperthyroïdie ?)
- **Électrophorèse des protéines sériques** (déficit immunitaire ? entéropathie exsudative ?)
- **Examen parasitologique des selles** (giardiasis +++): répété 2 fois à plusieurs jours d'intervalle
- **Calprotectine fécale** : n'a de valeur que si elle est normale (< 50 à 100 ug/g de selles), elle est donc surtout utile pour éliminer une MICI chez un patient jeune présentant une diarrhée chronique non glairo-sanglante chez qui on souhaite se passer d'endoscopies. Augmentée, elle impose la réalisation d'une iléocoloscopie.
- **Coproculture** : si déficit immunitaire ou si hospitalisation et/ou prise d'antibiotiques récente (ajouter **recherche de toxine de Clostridioïdes difficile** dans ce cas).
- **Élastase fécale** : si consommation chronique d'alcool, signes cliniques ou radiologiques de pancréatite chronique, selles mousseuses.
- **Sérologie VIH** : si conduite à risque.

l'alpha-1-antitrypsine (pour calcul de sa clairance : entéropathie exsudative ?).

- **Test au rouge carmin** (diarrhée motrice si apparition de selles rouges dans les 6 à 8 heures).

Bilan selon le mécanisme identifié

Diarrhée lésionnelle

- EOGD et biopsies systématiques.
- Iléo-coloscopie et biopsies systématiques.
- Possible complément d'exploration du grêle (vidéo-capsule, entéro-IRM...).

Diarrhée sécrétoire

- Iléo-coloscopie avec biopsies systématiques.
- Scanner abdomino-pelvien injecté.
- Dosages hormonaux : TSH, calcitonine, sérotonine et/ou chromogranine, VIP, gastrine.

Diarrhée motrice

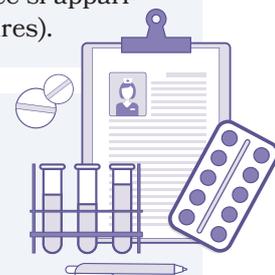
- Dosages hormonaux : TSH, calcitonine, sérotonine et/ou chromogranine.
- Glycémie à jeun.

Diarrhée osmotique

- Test respiratoire au lactose.
- Test d'exclusion alimentaire.

Malabsorption

- Si suspicion de maladie pancréatique/péritonéale/vasculaire : scanner abdomino-pelvien injecté en première intention.
- EOGD + biopsies systématiques gastriques et duodénales.
- IgA anti-transglutaminases (et IgA totaux voire IgG anti-transglutaminases si déficit en IgA).
- Test respiratoire au glucose (Small Intestine Bowel Overgrowth ou SIBO) si forte probabilité de pullulation microbienne.



Références

1. *Diarrhée chronique - Document Source National (DSN) de la CDU-HGE*
2. *Diarrhée chronique - Post'U U (2011) 161-164 - P. Marteau et B. Coffin*
3. *Diarrhée chronique: Raisonner par étape - leGénéralisteFMC - P. Seksik et P. Naudin-Rousselle*
4. *La diarrhée : du diagnostic au traitement - O. Corcos*

Pronostic du patient cirrhotique en réanimation



Marouane JELIDI

Relecteur

Dr Fabien MARQUION
Anesthésiste-réanimatrice au
Centre Hospitalier de Versailles



Pronostic sombre, absence d'innovation thérapeutique... Le patient cirrhotique a mauvaise réputation dans les services de soins intensifs.

Or, le pronostic global a évolué et l'indication de greffe hépatique s'élargit aux patients les plus sévères. On précisera dans cet article les points clés pour proposer le projet thérapeutique le plus adapté à ces situations.

Données récentes

En 1980, les séries historiques estimaient à 80 % la mortalité du patient cirrhotique en réanimation. En 2017, on estime que cela concerne 43 % des patients.

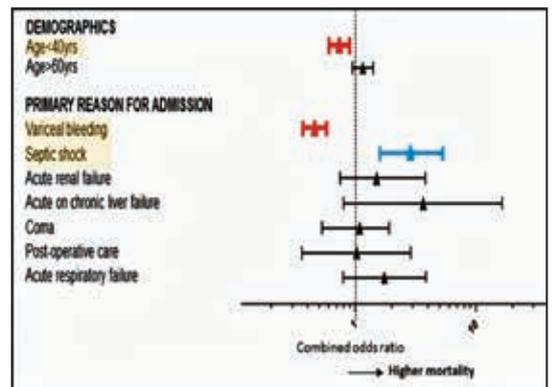
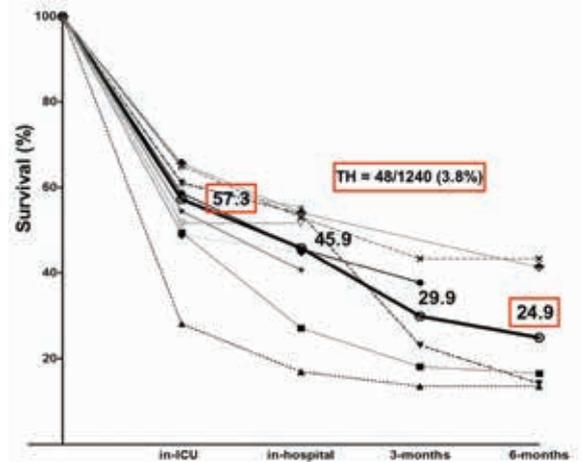
Mortalité globale en réanimation = 20 %
Mortalité du cirrhotique en réanimation = 43 %

Cette diminution de la mortalité est en grande partie attribuable aux progrès thérapeutiques dans la prise en charge de l'hémorragie digestive : Sandostatine, antibio-prophylaxie, ligature endoscopique et TIPS.

En effet, la mortalité dans cette sous-population est estimée à 15 %, un chiffre inférieur à la mortalité globale en soins intensifs.

À moyen terme, le pronostic s'assombrit avec 75 % de mortalité à 6 mois.

Les patients greffés présentent, eux, une survie bien supérieure, mais seuls 3.8 % des patients cirrhotiques admis en réanimation seront transplantés.



Scores pronostics

Parmi les scores spécifiques (CHILD-PUGH, MELD) et les scores généralistes (SOFA, CLIF-SOFA, APACHE), plusieurs études ont recherché lequel prédirait la mortalité du patient cirrhotique à l'admission le plus efficacement, et selon *Levesque et al*, ce sont les scores généralistes qui semblent les plus pertinents dans ce contexte (cf. courbes ci-dessous).

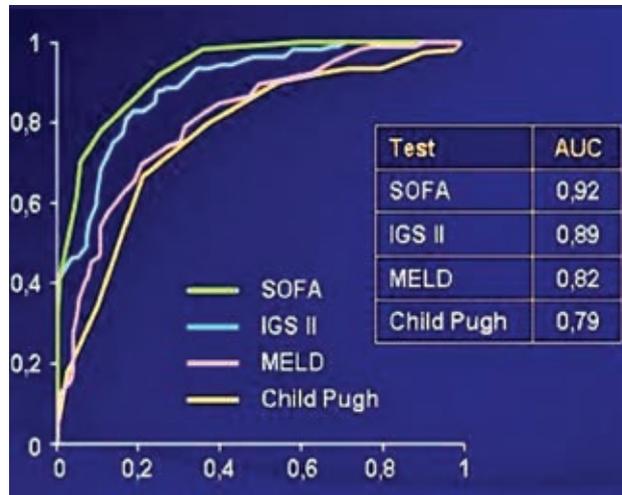


Figure 2. Levesque J Hepatol 2012
Prédiction de la mortalité à l'admission en réa

Cependant, ils restent peu discriminants et le seul critère robustement associé au décès est la présence de 5 défaillances d'organe.

Ainsi, en dehors de cette situation, aucun score ne pourrait justifier à lui seul d'une limitation des soins dès l'admission chez les patients cirrhotiques relevant de soins intensifs et de réanimation. En revanche, on observe un tournant pronostique à **72 heures de prise en charge**.

La persistance de 3 défaillances, soit une ACLF (acute-on-chronic liver failure) de grade 3, après 72 heures de prise en charge est associé à **90 % de mortalité intra-hospitalière**.

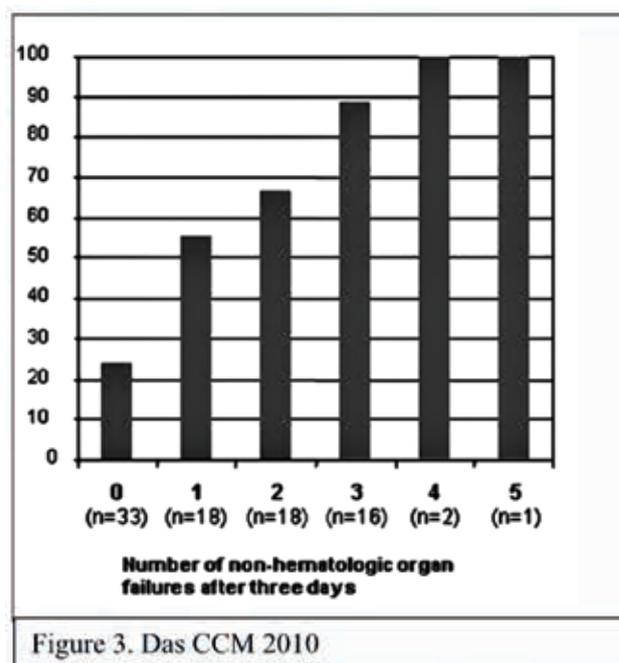


Figure 3. Das CCM 2010

C'est pourquoi l'évaluation séquentielle est désormais l'attitude préconisée en soins intensifs, consistant en des **soins maximalistes** dès l'admission et une **réévaluation à 72 heures** pour guider l'attitude thérapeutique au décours (le score CLIF-SOFA semble être le plus adapté dans ce contexte car spécifiquement adapté au patient cirrhotique).

Ainsi, chez le patient cirrhotique sévère, tout retard de prise en charge peut se greffer d'une surmortalité et il ne faut pas retarder le transfert en réanimation dès les premiers signes de sévérité et notamment dès les premières défaillances d'organes associées à la décompensation pour débiter au plus vite les soins maximalistes réanimatoires.

Greffe hépatique

La greffe hépatique est l'unique traitement spécifique et potentiellement curatif dans ce contexte. La survie à 1 an varie de 80 % à 90 %.

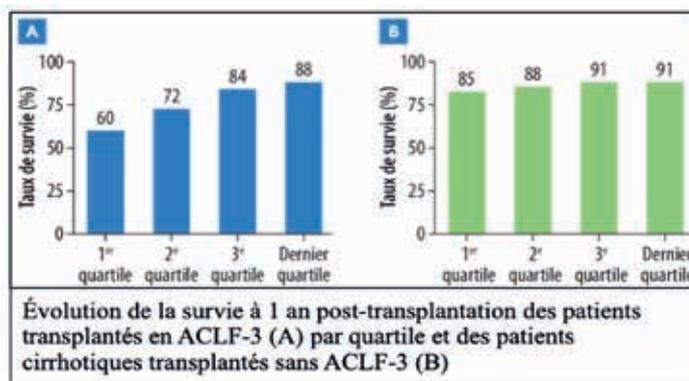
Elle doit ainsi être envisagée chez tout patient admis en réanimation après avoir recherché des critères d'inéligibilité : âge, néoplasie extra-hépatique, insuffisance cardiaque ou pulmonaire, addiction ou pathologie psychiatrique non compensée.

Les patients les plus sévères (ACLF-3) sont également éligibles à une greffe hépatique, avec un bénéfice majeur sur la survie (43 % à 84 % de survie à 1 an). Cependant, cette indication reste marginale (5 % des greffes) et impose une sélection précise des patients devant le manque de greffon.

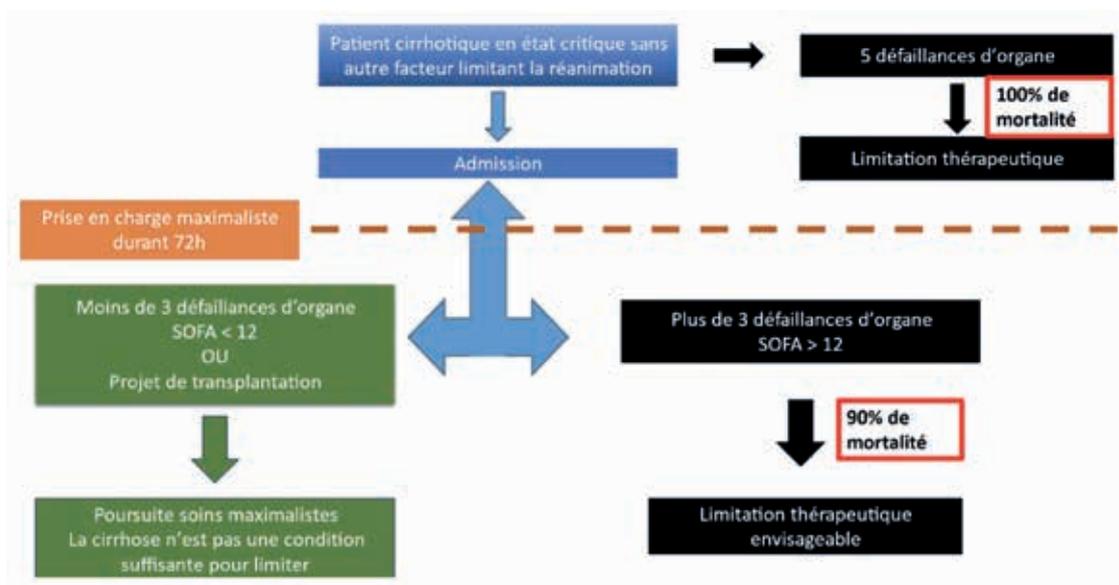
On voit sur le diagramme ci-dessous que pour un même sous-groupe (patients greffés en ACLF-3, diagramme bleu), le pronostic est significativement différent pour les différents quartiles qui forment cette population. Il dépend des facteurs de gravité et des comorbidités associées, d'où l'importance d'identifier des facteurs pronostics d'éligibilité.

C'est l'objet du score TAM (Transplantation for ACLF-3 Model) qui a identifié 4 facteurs pronostics majeurs :

- La nécessité d'une ventilation mécanique.
- Le taux de lactates artériels.
- L'âge.
- Le nombre de leucocytes (pour les patients septiques).



Algorithme décisionnel



Surveillance des polypes



Guillaume LECOSQUER



Augustin MERIAT



Nicolas RICHARD

A lors oui, cette fois-ci le JJG ne vous parle pas d'une application, mais bien d'un site internet à connaître pour appliquer les recommandations de surveillance après polypectomie.

Autant vous l'avouer tout de suite, nous avons un petit conflit d'intérêt à déclarer ! En effet, c'est l'AFIHGE qui vient de terminer le développement de ce nouvel outil en partenariat avec la FMC-HGE, le CEFA-HGE et la SFED.

En pratique, le site, entièrement gratuit, s'adresse à tous les gastro-entérologues, jeunes et moins jeunes. Vous commencez par créer votre compte en renseignant votre identité et votre RPPS. Ensuite,

vous pouvez entrer tous les patients chez qui vous avez pratiqué une coloscopie et leur indication. Une page vous demande alors si vous avez vu des polypes, leur histologie et si leur résection était complète. Enfin, vous renseignez la suite de la prise en charge que vous avez proposé. L'application vous indique alors si cette proposition est conforme aux recommandations actuelles de la SFED et vous donne au besoin une contre-proposition.

Au-delà de savoir si une nouvelle coloscopie doit être faite à 1 an, 3 ans ou 5 ans, cet outil garde en mémoire chaque patient et chaque colosco-

pie. Ainsi, il intègre le calcul de votre taux de détection des adénomes et applique automatiquement les recommandations d'adressage en génétique pour suspicion de polypose.

L'ensemble des données est bien entendu hébergé sur un serveur sécurisé dédié aux données de santé.

En résumé, il est urgent de l'essayer !

N'hésitez pas à renseigner le questionnaire facultatif proposé après vos premières connexions. Les retours permettront de perfectionner encore l'outil et de corriger d'éventuels bugs.

www.surveillance-polypectomie.fr



Margaux DELHOMME

Relecteur
Dr Antoine DEBOURDEAU
MCU-PH au CHU de Montpellier

Spart App



Aujourd'hui on vous présente une application où l'innovation rencontre l'élégance : nous sommes grisés à l'idée de vous présenter le nouveau must-have du parfait petit interne en HGE : Spart-App !

Plusieurs études l'ont montré, et notamment celle d'Amiot A. *et al.* en 2018 (à laquelle l'AFIHGE avait participé) : il existe des lacunes dans notre formation théorique et pratique en endoscopie !

C'est à cette problématique que l'Application smartphone de Suivi Pédagogique de l'Apprentissage et Réalisation et gestes Techniques en médecine, **Spart-App** de son petit nom, a voulu répondre.

Cette idée a germé dans la tête d'un interne d'HGE qui recueillait toutes ses endoscopies sur un carnet mais qui trouvait que les carnets c'était vraiment un truc de boomers (à l'époque le terme boomer n'existait même pas !). Alors cet interne a eu le projet de faire une application pour ne pas être un boomer. 7 ans plus tard, l'application Spart App vit le jour, mais l'interne, lui, avait trop vieilli pour ne pas être un boomer.

L'interface de l'application est divisée en deux volets : une partie interne et une partie sénior.

L'interface interne, intuitive et simple à utiliser, permet à l'interne d'ajouter les procédures qu'il pratique (FOGD, coloscopie, hémostase, CPRE, etc.) et de s'auto-évaluer dessus en y renseignant les gestes réalisés, la nécessité d'intervention du sénior et la facilité de progression.

Au fur et à mesure il peut alors apprécier son évolution via un menu statistiques.

Le petit plus, Spart-App a pensé à nos blocs privés de réseau et le remplissage est disponible hors-ligne !

Au-delà de suivre la progression technique de l'interne, Spart-App a l'ambition d'évoluer et proposera à terme un contenu pédagogique qui donnera accès à des tutoriels vidéos et à un atlas d'endoscopie ainsi qu'une kyrielle de PDF tous plus beaux les uns que les autres.

L'interface sénior permet au chef référent de l'étudiant d'accéder à ses statistiques afin d'encadrer la formation en endoscopie, l'accompagner au cours de son cursus pour optimiser la formation indivi-

duelle et repérer les étudiants en difficulté.

Pas de jaloux ! L'application n'existe pas que pour les futurs gastro-entérologues mais a aussi été développée plus largement pour les étudiants du domaine médical et paramédical dont la formation exige l'apprentissage de gestes techniques. Pour l'instant, elle est également ouverte aux internes d'ORL et d'anesthésie-réanimation.

NB : On peut dire merci à la SFED et à l'université de Montpellier qui ont permis le financement de cette appli !



Porte ouverte au Pancréas



Clémentine ALITTI



Relecteur
Dr Antoine MARTIN
CCA en HGE au CHU de Bicêtre

Une patiente de 61 ans se présente aux urgences pour douleurs épigastriques évoluant depuis 3 semaines récemment majorées, une alternance diarrhée-constipation et une altération de l'état général.

Elle a pour antécédents médicaux une HTA traitée et une dyslipidémie.

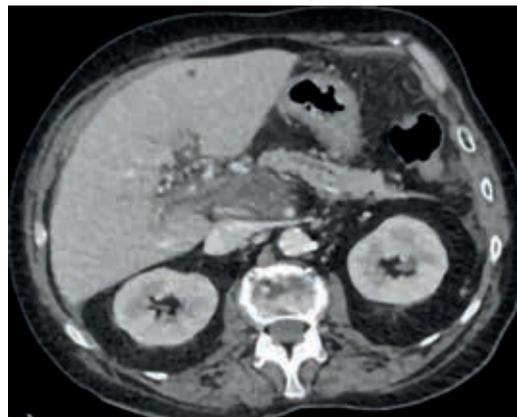
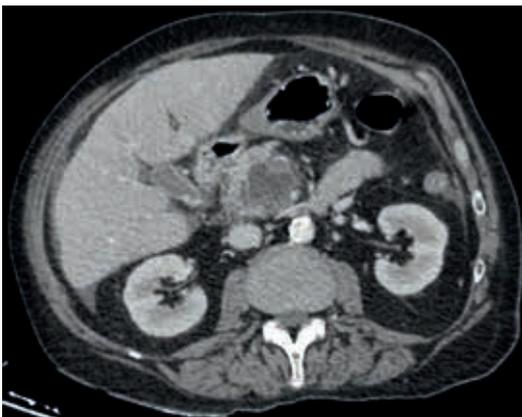
Elle a une consommation alcoolique estimée à 20 grammes/jour depuis 25 ans, majorée à 70 grammes/jour 7 mois plus tôt à la mort de son conjoint et un tabagisme actif à 35 paquets-années.

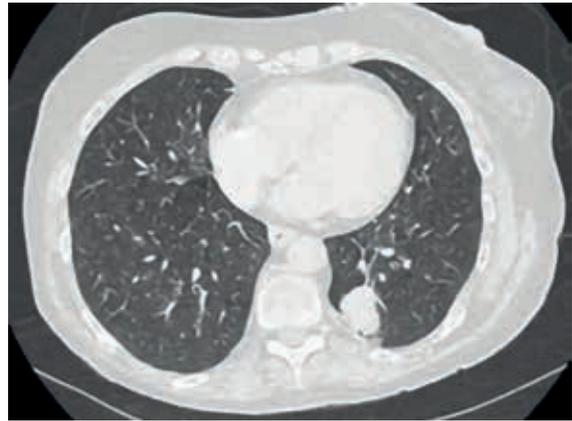
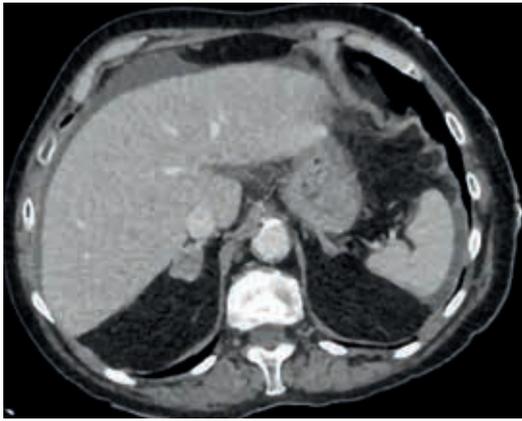
On note pour seul antécédent familial un cancer du poumon chez un oncle.

Au SAU est objectivée une douleur épigastrique transfixiante, en hypochondre droit avec une irradiation en bretelles.

Biologiquement, elle a une anémie microcytaire, un syndrome inflammatoire avec une CRP 120 mg/l, une insuffisance rénale aiguë d'allure fonctionnelle et une hyperlipasémie à 1270 UI/L.

Un scanner est réalisé dès son arrivée aux urgences dont les images sont présentées ci-après.





Question 1

Sur ces images, on décrit :

- A. Une masse pancréatique de densité hétérogène centrée sur l'uncus.
- B. Une infiltration de la graisse péri-pancréatique.
- C. Une thrombose porte extensive.
- D. Un foyer pulmonaire d'allure infectieuse.
- E. De la carcinose péritonéale.

Réponses A, B, C

On identifie sur ce scanner plusieurs lésions :

- Une masse pancréatique de densité hétérogène qui pourrait correspondre à une collection nécrotique ou à une masse nécrotique, de différenciation difficile sur ce seul examen.
- Une infiltration de la graisse péri-pancréatique.
- Une thrombose extensive du tronc porte.
- Un nodule hépatique hypodense de petite taille du segment IV, non caractérisable sur cet examen.
- Un épanchement péri-hépatique, sans argument pour de la carcinose péritonéale (absence de scalloping, absence de nodule de carcinose péritonéale sur ces coupes).
- Une masse pulmonaire arrondie, non systématisée, évocatrice de lésion primitive ou secondaire pulmonaire.

Question 2

Devant ces images, quelles sont les hypothèses que vous pouvez évoquer ?

- A. Un cancer du pancréas avec métastases hépatique(s) et pulmonaire(s) associé à une thrombose porte tumorale.
- B. Un cancer du pancréas associé à une thrombose porte tumorale, et découverte fortuite d'un cancer primitif pulmonaire chez une patiente fumeuse.
- C. Une pancréatite aiguë avec un pseudokyste, associée à une thrombose porte réactionnelle et découverte fortuite d'un cancer primitif pulmonaire chez une patiente fumeuse.
- D. Une pancréatite aiguë avec une collection nécrotique, associée à une thrombose porte réactionnelle et découverte fortuite d'un cancer primitif pulmonaire chez une patiente fumeuse.
- E. Imagerie subnormale, la patiente peut rentrer à domicile.

Réponses A, B, C, D

Ces quatre hypothèses diagnostiques sont envisageables à ce stade. La plus uniciste semble être la première proposition, cependant cela n'exclut en rien la possibilité de découverte fortuite d'une lésion primitive associée à une pathologie pancréatique.

C. et D. peuvent toutes les deux être évoquées sur cette coupe de section : on voit une collection encapsulée pouvant être intra ou extra-pancréatique (difficile à dire sans pouvoir défilé les images), en partie liquidienne mais probablement également siège de nécrose.

Attention à la nouvelle terminologie depuis la révision de la classification d'Atlanta en 2023. La description des collections associées aux pancréatites se fait en fonction de l'atteinte pancréatique oedémateuse ou nécrotique et en fonction de la chronologie (évoluant depuis plus ou moins de 4 semaines). Ainsi, on retrouve 4 types de collections.

Collections liquidiennes associées à une **pancréatite interstitielle oedémateuse** (c.-à-d. nécrose minimale ou inexistante) :

- **Collections liquidiennes péripancréatiques aiguës** (APFC) (au cours des 4 premières semaines) : collections liquidiennes péripancréatiques non encapsulées.
- **Pseudokystes** (se développent après 4 semaines) : collections liquidiennes péripancréatiques encapsulées ou à distance.

Collections liquidiennes associées à une **pancréatite nécrosante** :

- **Collections nécrotiques aiguës** (ANC) (au cours des 4 premières semaines) : matériel hétérogène non liquéfié non encapsulé.
- **Nécrose (pancréatique) enrobée** (WON ou WOPN) (après 4 semaines) : **matériel hétérogène non liquéfié encapsulé.**

Les ANC et les WON sont des collections qui contiennent à la fois du liquide et du matériel nécrotique en quantité variable, un point important pour les différencier des APFC et des pseudokystes. Cependant, dans les cas indéterminés, un suivi est recommandé.

Les termes "abcès pancréatique" et "pseudokyste intrapancréatique" sont totalement abandonnés dans cette nouvelle classification.

E. Faux, évidemment.

Dans l'hypothèse d'une néoplasie, une ponction écho-endoscopique de la masse pancréatique est réalisée mais ne retrouve aucune cellule tumorale en anatomopathologie.

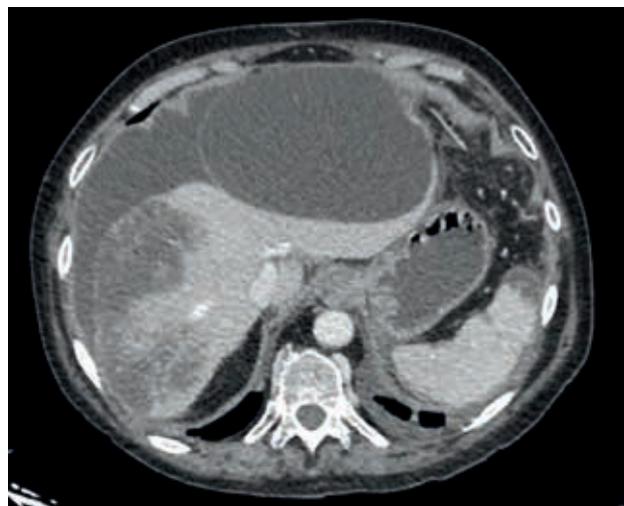
La patiente est prise en charge comme une pancréatite aiguë sévère avec mise en place d'une nutrition entérale stricte, antalgie adaptée et anticoagulation pour la thrombose porte extensive.

À J7 du début de l'hospitalisation la patiente présente une douleur intense en hypochondre droit avec une défense à la palpation et une ré-ascension de son syndrome inflammatoire (CRP à 150 mg/l).

Un scanner est réalisé en urgence qui montre une majoration de l'épanchement péri-hépatique, l'apparition d'une grande collection pré-hépatique ainsi que de plages hypodenses hétérogènes du foie droit et de la rate.

La ponction de la collection pré-hépatique retrouve un contenu très riche en lipase.

L'évolution clinique est rassurante avec disparition spontanée de la défense et une biologie de contrôle ne montre pas de signe de gravité ni de déglobulisation.



Question 3

Quelle(s) est/sont la/les proposition(s) correcte(s) parmi les suivantes ?

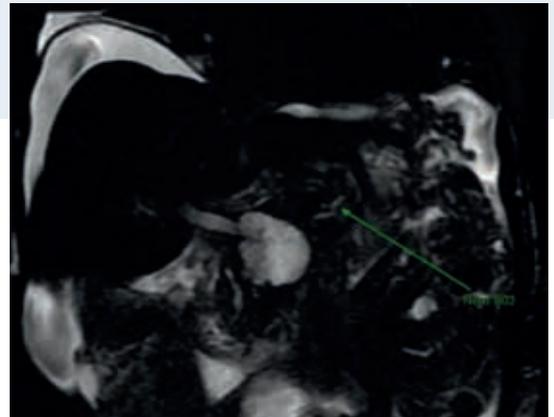
- A. Indication à un drainage percutané en urgence de la collection pré-hépatique.
- B. Indication à un drainage chirurgical en urgence de la collection pré-hépatique.
- C. Arrêt des anticoagulants devant l'apparition des plages hétérogènes et spléniques évoquant des hématomes spontanés.
- D. Indication à une IRM pancréatique avec séquences de BILI-IRM.

Réponse D

A. et B. Faux : Pas d'indication à un drainage en urgence de cette collection d'origine pancréatique. Absence de compression ou de signe de gravité.

C. Faux : Absence d'argument pour suggérer une cause hémorragique (les hématomes spontanés hépatiques sont rarissimes et n'ont pas cette présentation en imagerie) donc poursuite des anticoagulants.

D. Vrai : L'IRM pancréatique avec séquences de bili-IRM va permettre de mieux étudier les rapports entre le pancréas et cette néo-collection.



L'IRM pancréatique avec séquences biliaires est réalisée et retrouve cette image clé.

On met en évidence le trajet fistuleux entre le pancréas et la collection pré-hépatique (trajet en hypersignal T2 désigné par la flèche verte) ainsi qu'une fistule entre la collection pancréatique (aspect de masse en hypersignal T2) et le tronc porte, se présentant sous la forme d'un hypersignal T2 intra-porte.

Question 4

Quels sont les facteurs à rechercher dans le cadre d'une exploration de la gravité d'une fistule pancréatico-porte ?

- A. Déglobulisation.
- B. Hyperamylasémie > 6000 UI/L.
- C. Nodules sous-cutanés.
- D. Nodule ombilical.
- E. Placards inflammatoires des zones de stase.

Réponses A, B, C, E

Il y a trois complications majeures des fistules pancréatico-portes (pathologie très rare) : le sepsis, l'hémorragie et la cyto-stéato-nécrose (Weber Christian) à rechercher systématiquement.

La cyto-stéato-nécrose affecte habituellement le tissu sous-cutané et se présente sous forme de nodules sous-cutanés des membres inférieurs ou de placards inflammatoires des zones de stase. Elle peut être associée à une asthénie, de la fièvre, des arthralgies et des thromboses vasculaires.

Dans les fistules pancréatico-portes, la lipase et l'amylase sériques sont systématiquement très élevées, cependant, dans une revue de la littérature menée par *Brown et al.* une amylasémie > 6000 UI/l était systématiquement associée à une cyto-stéato-nécrose. Ainsi le suivi des dosages de lipase et d'amylase peut s'avérer utile pour le dépistage de cette complication très sévère, grevée d'une mortalité de 60 %.

D. Faux : Le nodule ombilical (de Soeur Mary Joseph) est une métastase cutanée ombilicale d'un cancer abdominal ou pelvien, d'origine digestive ou gynécologique.

La patiente ne présente aucune complication et aucun signe de gravité. Elle s'améliore cliniquement sous nutrition entérale stricte.

Question 5

Quelle est votre prise en charge ?

- A. Reprise alimentaire orale sous surveillance médicale devant la bonne évolution.
- B. Poursuite de l'alimentation entérale stricte, sandostatine IVSE et relais en sous-cutané pour un minimum de 1 mois.
- C. Pose de prothèse pancréatique endoscopique pour couvrir la fistule.
- D. Chirurgie pancréatique avec dérivation wirsungienne.

Réponse B

Le traitement médical est efficace chez la majorité des patients en l'absence de complication.

Dans ce cas de figure, il est toujours à privilégier, surtout chez un patient asymptomatique, et un contrôle clinique, biologique et par imagerie en coupes doit être fait après environ 4 semaines.

Le traitement endoscopique est à considérer pour exclusion de la fistule ou drainage, plutôt en deuxième intention en l'absence d'efficacité du traitement médical seul.

La chirurgie pancréatique en urgence est systématique dans le cas d'une complication par cyto-stéato-nécrose du fait de son importante morbi-mortalité. Elle reste anecdotique dans les autres cas.

Concernant la thrombose porte associée, la stratégie n'est pas consensuelle et l'introduction d'anticoagulants peut se discuter, notamment au-delà d'une semaine du fait d'une reperméabilisation très faible passé ce délai (25 % vs 69 % si introduits dès la première semaine). La durée d'anticoagulation n'est pas établie mais le risque hémorragique associé doit être pris en compte et l'indication des anticoagulants doit être rediscutée aux différents moments de réévaluation.

Messages clés de la fistule pancréatico-porte (PPVF)

- ♦ Rupture du canal pancréatique ou d'une collection pancréatique au contact du tronc porte.
- ♦ FDRs : PCC, pseudokystes, terrain alcoolique.
- ♦ Présentation clinique variable mais douleurs abdominales systématiques.
- ♦ Associée dans 75 à 92 % des cas à une thrombose du réseau porte : à suspecter +++ si thrombose porte associée à la PA/PCC/collection (péri-)pancréatique post-PA au scanner.
- ♦ Diagnostic : IRM (hypersignal T2 intra-porte, visualisation fistule).
- ♦ Complications : sepsis, hémorragie, biliopathie porte, cyto-stéato-nécrose.
- ♦ Traitement conservateur : médical exclusif ou endoscopique (drainage/exclusion fistule) sauf si cyto-stéato-nécrose associée (chirurgie en urgence).
- ♦ Anticoagulation de la TVP associée à débiter dans la 1^{ère} semaine.



Références

1. Raza SS, Hakeem A, Sheridan M, et al. Spontaneous pancreatic pseudocyst-portal vein fistula: a rare and potentially life threatening complication of pancreatitis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95:e7-9.
2. Dauendorffer, J.-N., Ingen-Housz-Oro, S., Levy, P., Weber, N., Fiszenson-Albala, F., & Sigal-Grinberg, M. (2007). Cytostéatonécrose pancréatique révélant une fistule pancréatico-portale et une thrombose portale. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 134(3), 249-252. doi:10.1016/s0151-9638(07)91818-9
3. Liu H, Phillips A, Sholosh B, Novelli P, Romutis S, D'Alesio M, Lebowitz S, Singh H, Yadav D, Zureikat A, Lee K, Paniccia A, Dasyam AK. Pancreatic-Portal Vein Fistula: a Rare Diagnosis with Wide-Ranging Complications-13-Year Experience of a Pancreas Center of Excellence. *J Gastrointest Surg.* 2021 Dec;25(12):3137-3148. doi: 10.1007/s11605-021-05071-5. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34254216.
4. Brown, A., Malden, E., Kugelmas, M., & Kortz, E. (2014). Diagnosis of pancreatic duct-portal vein fistula; a case report and review of the literature. *Journal of radiology case reports*, 8(3), 31.
5. Masuda S, Koizumi K, Uojima H, Tazawa T, Kimura K, Nishino T, Tasaki J, Ichita C, Sasaki A, Egashira H, Kako M. Pancreatic pseudocyst-portal vein fistula: a case treated with EUS-guided cyst-drainage and a review of the literature. *Clin J Gastroenterol.* 2020 Aug;13(4):597-606. doi: 10.1007/s12328-020-01105-8. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32215857.
6. Ng TS, Rochefort H, Czaplicki C, Teixeira P, Zheng L, Matsuoka L, Van Dam J, Alexopoulos SP. Massive pancreatic pseudocyst with portal vein fistula: case report and proposed treatment algorithm. *Pancreatol.* 2015 Jan-Feb;15(1):88-93. doi: 10.1016/j.pan.2014.11.005. Epub 2014 Nov 28. PMID: 25500342.
7. Francesco Alessandrino, Corinne Strickland, Amirkasra Mojtahed, Steven C. Eberhardt, Koenraad J. Mortelee, Clinical and cross-sectional imaging features of spontaneous pancreatic pseudocyst-portal vein fistula. doi: 10.1016/j.clinimag.2017.03.018
8. Perry, L.M., Loehfelm, T., Pillai, R. et al. Shifting the Treatment Paradigm for Pancreaticportal Fistula Causing Hepatic Necrosis. *Dig Dis Sci* 65, 1955-1959 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06045-4>

Les corticoïdes : une révolution dans la prise en charge de la recto-colite hémorragique



Dr Nathan GRELLIER
Service d'hépatogastro-entérologie
CHU de Poitiers

Relecteur
Pr David LAHARIE
Service de gastro-entérologie
et nutrition
CHU de Bordeaux

En 1955, Truelove et Witts publiaient dans le *British Medical Journal*, le premier essai contrôlé randomisé montrant l'efficacité des corticoïdes contre placebo dans le traitement de la recto-colite hémorragique (RCH) (1). Dans cet essai historique de l'équipe d'Oxford, 205 patients ont été suivis jusqu'à trois ans après un traitement par corticoïdes systémiques. Deux sous-groupes de malades étaient constitués en fonction de l'entrée ou non dans la maladie car les poussées inaugurales de RCH étaient précédemment décrites comme plus sévères. Les auteurs montraient pour la première fois l'efficacité à court terme et à long terme des corticoïdes pour induire une rémission clinique, une rémission endoscopique et surtout pour diminuer la mortalité des malades atteints de RCH en poussée (Figure 1). Malgré leur efficacité évidente, les corticoïdes n'ont qu'un effet suspensif sur les symptômes. Dans le travail original de Truelove et Witts, ils n'étaient prescrits qu'entre six semaines et trois mois. De plus, les corticoïdes n'augmentaient pas le risque de complications graves telles que la perforation

ou l'hémorragie digestive. Il s'agissait d'une révolution dans le traitement des MICI car les corticoïdes étaient considérés pendant longtemps comme trop dangereux.

Il est important de noter que 44 patients avaient eu une iléostomie et 25 patients sont décédés au cours du suivi. Ces chiffres élevés paraissent aujourd'hui irréels lorsque l'on sait que les taux de mortalité actuels au cours de la colite aiguë grave ne dépassent pas 1 % (2). L'hygiène et les antibiotiques étaient certes d'une autre époque, cependant les conditions de vie d'après-guerre n'expliquent probablement pas à elles seules une mortalité aussi élevée. Le chiffre de 20 % de mortalité dans le groupe témoin (Figure 1) est d'autant plus vertigineux lorsque l'on sait que le travail princeps de Truelove et Witts comprenait à la fois des formes graves et des formes moins sévères. Comment expliquer une telle différence avec les malades d'aujourd'hui ? Il est évident que la méconnaissance des MICI de l'époque explique ces chiffres. La gestion du risque thromboembolique et de la dénutrition n'était pas aussi codifiée qu'aujourd'hui (3). Le diagnostic précoce et l'introduction de traitements immunosuppresseurs permet d'éviter des lésions irréversibles du tube digestif et les complications en lien avec la maladie inflammatoire systémique. Avec ce travail pionnier, Truelove et Witts ont montré l'importance d'une

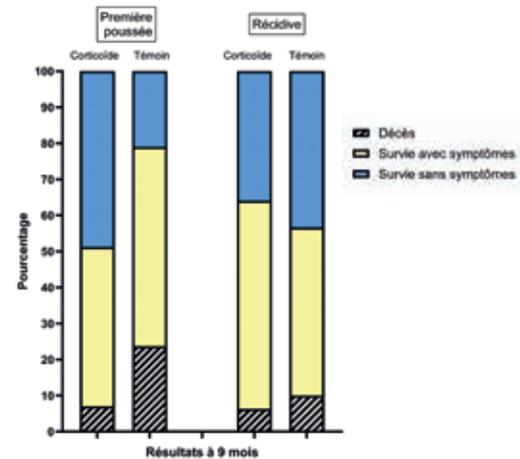


Figure 1. Résultats à neuf mois de traitement par corticoïdes pour une poussée de recto-colite hémorragique. Adapté de Truelove et Witts, *British Medical Journal* 1955

prise en charge multidisciplinaire des MICI pour réduire la mortalité de la RCH et prévenir les complications digestives mais également extra-digestives. Savoir dépister et hospitaliser les poussées sévères, dépister les surinfections, prévenir la dénutrition et les complications thrombo-emboliques, tout cela a permis de faire diminuer la mortalité dans la RCH (4). À présent que l'efficacité des traitements immunosuppresseurs n'est plus à prouver, le défi du vingt et unième siècle dans la colite aiguë grave réside dans le recours à des traitements efficaces de manière à éviter des colectomies abusives, sans surcroît d'effets secondaires et surtout de mortalité.

Références

1. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 1955 Oct 29;2(4947):1041-8.
2. Dong C, Metzger M, Holsbø E, Perduca V, Carbonnel F. Systematic review with meta-analysis: mortality in acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2020 Jan;51(1):8-33.
3. Solem CA, Loftus EV, Tremaine WJ, Sandborn WJ. Venous thromboembolism in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2004 Jan;99(1):97-101.
4. Laharie D. Mistakes in acute severe ulcerative colitis and how to avoid them. *UEG Education* 2023; 23: 19-21

Repérer les signes du Burn-Out



Clémentine ALITTI



Merci à Mme Laurence GEFFROY
Psychologue Hospitalière au CHU Bicêtre
pour la relecture de cet article



Le “burn-out” (ou syndrome d’épuisement professionnel en version francophone) est un syndrome malheureusement très souvent retrouvé chez les étudiants en médecine. En 2021, on recensait jusqu’à 67 % d’entre eux (de la P1 à la fin de l’internat) concernés par l’épuisement professionnel, mais il est pourtant encore trop souvent méconnu.

Définition

Le syndrome d’épuisement professionnel désigne un état d’« épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d’un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » et a initialement été décrit dans les années 1970 dans les professions d’aide à la personne.

Il recouvre trois dimensions :

1. L’épuisement émotionnel et physique.
2. Le cynisme vis-à-vis du travail (perte de l’empathie, déshumanisation, indifférence).
3. La diminution de l’accomplissement personnel au travail et de l’efficacité professionnelle.

Il peut alors entraîner une diminution de la qualité des soins prodigués ainsi qu’une augmentation du risque d’erreurs médicales. De plus, il favorise les conduites addictives et lorsqu’il n’est pas repéré et traité à temps il peut mener à une dépression caractérisée voire, dans le pire des cas, au suicide.

Facteurs de risques

Le burn out résulte d’un stress chronique à l’origine d’un déséquilibre entre une usure trop importante (pouvant être causée par une surcharge de travail, un sentiment d’injustice, un manque de reconnaissance, etc.) par rapport aux ressources de l’individu pour récupérer de l’énergie (bon équi-

libre vie professionnelle/vie privée, bonne relation avec ses collègues, trouver un sens à son travail, etc.).

Il n’est donc pas tant la conséquence d’un stress extrême mais plutôt d’un déséquilibre entre le stress quotidien et le « return », c’est-à-dire une gratification ou au moins un sentiment d’efficacité. Le

burn out apparaît généralement lorsque ce « return » s’affaiblit.

Le rapport Gollac décrivait 6 facteurs de risque psychosociaux, dont la majorité sont volontiers retrouvés dans notre profession :

- Intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes...).

- Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- Autonomie et marge de manœuvre limitées ;
- Relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère...);
- Conflits de valeurs ;
- Insécurité de l'emploi.

De plus, certains facteurs personnels peuvent aggraver le burn-out, dont en voici certains exemples :

- Des antécédents personnels et familiaux ;
- De lourdes responsabilités familiales ;
- Des conflits personnels ;
- La solitude affective ;
- Manquer d'estime de soi ;
- Une personnalité perfectionniste avec des attentes élevées envers soi-même ;

- Ne pas poser ses limites dans un contexte de surcharge de travail ;
- Ne pas savoir déléguer ou travailler en équipe ;
- Faire de son travail le centre de sa vie.

Symptômes

Si le burn out semble être avant tout un syndrome psychique, il se traduit pourtant d'abord par des **signes physiques** :

- Fatigue permanente ;
- Tensions musculaires, crampes, mal de dos ;
- Insomnies ;
- Céphalées ;
- Troubles gastro-intestinaux, maux de ventre ;
- Troubles cutanés ;
- Infections fréquentes, etc.

Ces signes peuvent disparaître spontanément mais ne préjugent cependant pas d'une amélioration durable de l'état de santé.

Une souffrance psychique et des troubles cognitifs peuvent également se manifester :

- Vide émotionnel ;
- Tristesse ;
- Anxiété, irritabilité, hypersensibilité ;
- Comportements agressifs voire parfois violents ;
- Sentiment de dépassement, d'échec et démotivation ;
- Difficultés de concentration, troubles de l'attention et de la mémoire ;
- Troubles des fonctions exécutives tels que penser, s'organiser, apprendre, etc.



“
*Si le burn out
 semble être avant
 tout un syndrome
 psychique, il se
 traduit pourtant
 d'abord par des
 signes physiques...*”

Puis la personne épuisée devient anormalement froide et indifférente, avec une perte de l'empathie, un isolement social et enfin l'apparition d'un cynisme inhabituel. Cette "dépersonnalisation" correspond en fait à une déshumanisation de la relation à l'autre : c'est une fonction défensive vis-à-vis de l'épuisement professionnel.

Enfin, des troubles du comportement alimentaire voire des toxicomanies (alcool, drogues, médicaments) peuvent s'y associer.

L'ensemble de ce syndrome forme donc un continuum depuis des symptômes physiques peu spécifiques, variables en intensité et d'une personne à l'autre, jusqu'à un véritable mal-être psychique

d'installation pourtant insidieuse, le rendant si difficile à repérer.

Des questionnaires existent et peuvent apporter une aide dans l'évaluation, tels que le « Maslach Burnout Inventory » (MBI) ou le « Copenhagen Burnout Inventory » (CBI).

Mesures préventives

Divers moyens existent pour réduire le risque d'épuisement professionnel :

- Être à l'écoute des symptômes physiques et psychologiques liés au stress ;
- Discuter avec ses collègues et son supérieur de l'organisation du travail ;
- Apprendre à prioriser et à déléguer ;
- Savoir dire "non" de temps en temps ;

- Eviter de comparer ses performances à celles de ses collègues ;
- Se réserver du temps pour soi, sa famille, ses loisirs, et couper tout ce qui a trait au milieu du travail dans ces temps-là (emails, messages, etc.).

En outre, l'activité physique régulière a également montré un bénéfice pour réduire le risque de burnout chez les étudiants en médecine.

Le plus important est de ne pas garder ce stress accumulé pour soi. Si vous êtes face à ces difficultés parlez-en, à vos proches, à vos collègues, à vos chefs, à un psychologue, à qui vous voulez et en qui vous avez confiance. Si les chiffres que l'on vous a donnés sont si alarmants c'est bien que vous n'êtes pas seul dans ce cas et il n'y a aucune honte à avoir, parfois le premier pas est tout simplement de se sentir compris et épaulé.

Traitement

Si les mesures de prévention n'ont pas été suffisantes et que l'épuisement professionnel persiste, il faudra tout d'abord passer par un arrêt de travail de courte durée. L'extraction du milieu en cause sera la méthode la plus bénéfique pour se reposer efficacement et

prendre des mesures pour que son retour au travail s'accompagne des changements nécessaires.

Il peut également être conseillé de consulter un psychologue voire de suivre une thérapie comportementale et cognitive, particulièrement efficace dans ce syndrome.

Enfin, lorsque le burn out est responsable de troubles dépressifs, un traitement antidépresseur peut être temporairement associé au traitement psychothérapeutique.

Références

1. Enquête 2021 : Santé Mentale et Jeunes Médecins : Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! - ISNAR-IMG, ANEMF et ISNI.
2. Burn out – Repérage et prise en charge - Article HAS (Mise à jour du 12 juin 2019).
3. Comment repérer le burn-out et y faire face ? - Le Monde.
4. Burn out (article en ligne, mis à jour le 08/04/21) - Le Vidal.
5. Stress au travail : tout savoir sur le burn-out - Santé Pratique Paris - Magazine de l'Assurance Maladie de Paris.
6. Taylor CE, Scott EJ, Owen K. Physical activity, burnout and quality of life in medical students: A systematic review. *Clin Teach.* 2022 Dec;19(6):e13525. doi: 10.1111/tct.13525. Epub 2022 Sep 2. PMID: 36052814; PMCID: PMC9826463.

Problématique Transversale (HGE x Dermato) II

Colite à l'Immunothérapie



Angèle LALLEMENT
Montpellier



Margaux DELHOMME
Montpellier

Relectrice
Dr Stéphanie FAURE
Montpellier

Colite à l'immunothérapie

L'immunothérapie a révolutionné la prise en charge de nombreux cancers, avec un paradigme complètement nouveau : celui de restaurer et de stimuler la réponse immunitaire anti-tumorale. Cette approche permet de concevoir une prise en charge pan-cancer, avec une seule molécule efficace dans de nombreuses tumeurs.

Cependant, l'avènement de l'immunothérapie a entraîné l'apparition de toxicités nouvelles : les effets indésirables immuno-médiés.

Parmi eux, la colite immuno-induite est l'un des plus fréquents. Cet effet indésirable nécessite une bonne connaissance et une prise en charge par les gastro-entérologues, souvent sollicités par les oncologues.

En effet, la colite à l'immunothérapie apparaît plus généralement avec les anti-CTLA4, ou les combinaisons anti-CTLA4/anti-PD1 qu'avec les anti-PD-1 seuls.

La colite est une toxicité relativement précoce, survenant généralement dans les 3 mois de traitement (plus précocement, avec une médiane de 30 jours, en cas de traitement par anti-CTLA4).

Généralement, elle se manifeste par l'apparition d'une diarrhée, de douleurs abdominales et de rectorragies pouvant aller jusqu'à des tableaux de colites aiguës graves, et dans les cas les plus sévères au décès (0.6 à 0.8 % de décès des suites des complications digestives des anti-CTLA4).

La prise en charge des effets indésirables de l'immunothérapie des cancers a fait l'objet de recommandations de l'ESMO (European Society for Medical Oncology).

Grader la symptomatologie

La première étape de la prise en charge de suspicion de colite à l'immunothérapie consiste à évaluer la gravité selon la symptomatologie.

Grade	G1	G2	G3	G4	G5
Symptomatologie	Augmentation < 4 selles liquides par jour par rapport au transit habituel et bon état général	Augmentation de 4-6 selles liquides par jour par rapport au transit habituel Ou Douleurs abdominales Ou Rectorragies Ou Selles nocturnes	Augmentation > 7 selles par jour liquides par rapport au transit habituel Ou Incontinence Ou Indication à une hospitalisation	Risque vital engagé	Décès

Bilan étiologique

Quel que soit le grade des symptômes, un bilan étiologique s'impose.

Pour les grades 1 et 2 l'ESMO recommande :

- Bilan biologique standard.
- Coprocultures avec recherche de toxine de *Clostridioles difficile*.
- Parasitologie des selles.
- PCR CMV.
- Sérologies VHA, VHE.
- Recherche de cryptosporidium.

Ce bilan étiologique sera complété en l'absence de réponse aux thérapeutiques initiales par :

- Une imagerie scanographique abdominale.
- Elastase fécale.
- Calprotectine.
- Bilan métabolique complet.
- TSH.
- Albumine.

- Endoscopie par rectosigmoïdoscopie ou coloscopie avec biopsies.
- Sérologie VIH.

Pour les grades 3-4 le bilan étiologique initial comprend tous les examens cités ci-dessus.

L'endoscopie est indiquée avant de débiter des corticoïdes systémiques, qu'ils soient per os ou IV. Étant donné que la grande majorité des atteintes impliquant le côlon gauche, et de par sa facilité d'accès, une rectosigmoïdoscopie plutôt qu'une coloscopie complète sous AG peut être réalisée dans la plupart des cas.

Les lésions visualisées en endoscopie sont variées et non spécifiques. Elles peuvent montrer une muqueuse normale, un œdème de

la muqueuse, un érythème, des érosions, une perte de la trame vasculaire et des ulcérations superficielles ou profondes de la muqueuse, de façon ponctuelle ou continue. Les caractéristiques histologiques de la colite à l'immunothérapie varient également allant des lésions de colite aiguë à chronique et peuvent présenter les caractéristiques d'une colite microscopique.

Concernant l'imagerie abdominale, elle retrouve des signes de colite aspécifique : épaissement de la paroi colique, distension, infiltrat inflammatoire. Elle permet de rechercher des signes de complications (mégacolon, perforation, abcès).

Traitement

Après élimination d'un diagnostic différentiel (et notamment infectieux), un traitement symptomatique seul par anti-diarrhéiques et anti-spasmodiques peut-être débuté pour les grades 1 et 2.

Pour les stades plus sévères, la prise en charge sera hospitalière d'emblée.

En cas de persistance de la symptomatologie > 14 jours chez le G1 ou > 3 jours chez le G2, un traitement par cortisone orale à la dose de 0,5-1 mg/kg peut-être introduit. Le budésonide oral 9mg peut constituer une alternative thérapeutique intéressante pour éviter

la corticothérapie systémique chez les patients ne présentant pas de rectorragie.

En l'absence d'amélioration après 72h de corticoïdes per os, ou d'emblée chez les grades 3 et 4, un traitement par corticoïdes IV doit être initié à la dose de 1 à 2 mg/kg.

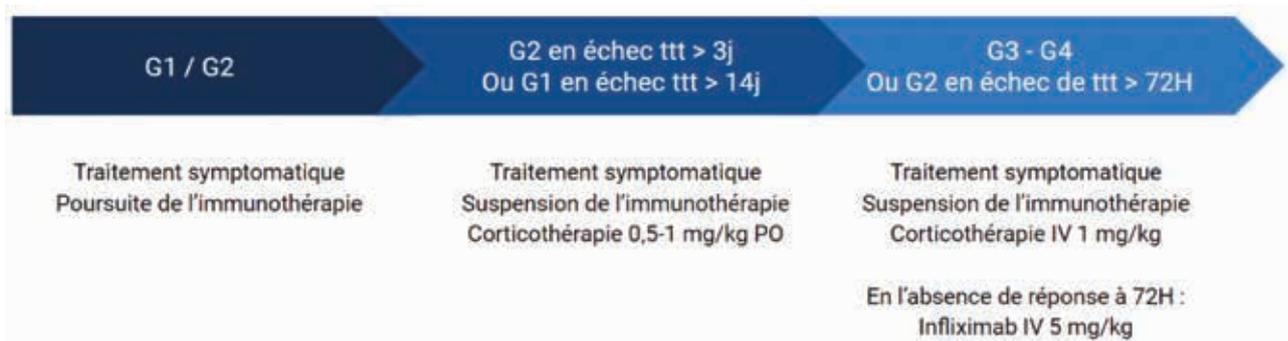
En cas de réponse au traitement IV, il peut être relayé par voie orale avec l'introduction d'une décroissance progressive sur 8 à 12 semaines.

L'absence d'amélioration clinique après 72h de traitement bien conduit, doit faire discuter l'introduction (en l'absence de contre-indication) d'infliximab à la dose

initiale de 5 mg/kg, avec une 2^{ème} perfusion à J15. Si l'amélioration du tableau après 2 cures d'infliximab est partielle, une 3^{ème} injection à S6 est à discuter.

Le vedolizumab (anticorps monoclonal IgG1 ciblant l'intégrine humaine $\alpha 4\text{-}\beta 7$) pourrait également être utilisé dans la colite immu-

no-induite. Son efficacité pourrait être similaire à celle de l'infliximab, mais il a probablement un délai d'action retardé, ce qui limite son utilisation dans les situations aiguës. Son utilisation serait préférable pour les anti-PD1 que dans les anti-CTLA4 où les formes sont plus sévères.



La colite peut donc se manifester par une symptomatologie grave, conduisant à l'arrêt, parfois définitif du traitement (c'est notamment la première cause d'arrêt du traitement par anti-CTLA4).

En cas d'absence d'alternative oncologique, un rechallenge par immunothérapie est parfois discuté. Si la reprise du traitement

est souvent envisageable pour des toxicités de faible grade après réversion à un grade inférieur ou égal à 1, la reprise après une colite sévère est plus difficile à envisager, et doit être discutée en réunion de concertation pluri-disciplinaire d'immuno-toxicité. Par ailleurs, la majorité des colites sous combithérapies anti-CTLA4/anti-PD1

ne récidivent pas lors d'un relais en monothérapie par anti-PD1 seuls.

La connaissance de la prise en charge standardisée des colites immuno-induites permet d'aborder plus sereinement une toxicité fréquente, parfois grave, dont l'apparition a un réel retentissement sur la suite de la prise en charge oncologique du patient.

Références

Khoja L, Day D, Wei-Wu Chen T, Siu LL, Hansen AR. Tumour- and class-specific patterns of immune-related adverse events of immune checkpoint inhibitors: a systematic review. *Ann Oncol.* 2017 Oct 1;28(10):2377-2385. doi: 10.1093/annonc/mdx286. PMID: 28945858.

Haanen JBAG, Carbone F, Robert C, Kerr KM, Peters S, Larkin J, Jordan K; ESMO Guidelines Committee. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2017 Jul 1;28

Portenkirchner C, Kienle F, Horisberger K. Checkpoint Inhibitor-Induced Colitis-A Clinical Overview of Incidence, Prognostic Implications and Extension of Current Treatment Options. *Pharmaceuticals (Basel).* 2021 Apr 16;14(4):367

Marthey L, Mateus C, Mussini C, Nachury M, Nancey S, Grange F, Zallot C, Peyrin-Biroulet L, Rahier JF, Bourdier de Beauregard M, Mortier L, Coutzac C, Soularue E, Lanoy E, Kapel N, Planchard D, Chaput N, Robert C, Carbone F. Cancer Immunotherapy with Anti-CTLA-4 Monoclonal Antibodies Induces an Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis.* 2016 Apr;10(4):395-401

de Malet A, Antoni G, Collins M, Soularue E, Marthey L, Vaysse T, Coutzac C, Chaput N, Mateus C, Robert C, Carbone F. Evolution and recurrence of gastrointestinal immune-related adverse events induced by immune checkpoint inhibitors. *Eur J Cancer.* 2019 Jan;106:106-114

Lésions élémentaires en MICI et scores endoscopiques



Léa SEQUIER

Un grand merci au Dr Anne Bozon
pour sa relecture

L'endoscopie représente un examen clé dans la prise en charge des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques, que ce soit pour le diagnostic, l'évaluation de l'activité de la maladie, la détection précoce de lésions dysplasiques ou encore le dépistage du cancer colorectal.

L'évaluation de l'activité endoscopique des MICI est devenue, depuis plusieurs années, un élément central dans la stratégie et les décisions thérapeutiques proposées au patient. En effet, si pendant longtemps la rémission clinique ou l'épargne cortisonique étaient utilisées comme objectif à atteindre, la cicatrisation muqueuse (ou « mucosal healing ») est aujourd'hui considérée comme un facteur prédictif important de l'évolution à long terme des

patients, et est utilisé comme critère dans de nombreuses études [1, 2]. L'obtention d'une cicatrisation muqueuse endoscopique serait associée à une amélioration de la qualité de vie mais également à une diminution du recours à la corticothérapie, ainsi qu'à une diminution du nombre d'hospitalisations.

Ainsi, une évaluation et une description qualitative des lésions élémentaires de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique

est indispensable. L'évaluation de ces lésions doit être la plus précise possible afin de permettre une reproductibilité entre les examens et de pouvoir suivre au mieux l'évolution de la maladie. En ce sens, de nombreux scores endoscopiques ont été développés afin de standardiser l'évaluation endoscopique dans les MICI et permettre ainsi une meilleure évaluation de l'activité et de la sévérité de la maladie.

Rectocolite hémorragique

Lésions élémentaires

L'atteinte endoscopique classique de la rectocolite hémorragique débute au niveau du rectum et peut s'étendre jusqu'au caecum, sans intervalle de muqueuse saine.

L'étendue de l'atteinte endoscopique peut être classée selon la

classification de Montréal en E1 (atteinte limitée au rectum), E2 (colite gauche) et E3 (pancolite, au-delà de l'angle colique gauche).

Les lésions élémentaires de la rectocolite hémorragique sont **l'œdème** et **l'érythème muqueux**, associés à une diminution de la

trame vasculaire, et une friabilité de la muqueuse. Selon la sévérité de l'atteinte, des **érosions** voire des **ulcères** ainsi que des **saignements** spontanés peuvent être mis en évidence.

Diminution de la trame vasculaire



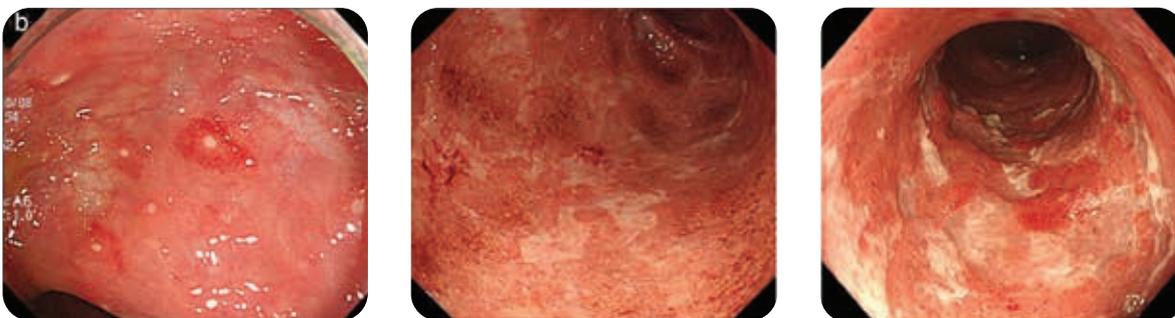
L'image A représente une muqueuse normale. Sur l'image B, on observe un érythème muqueux associé à une diminution de la trame vasculaire [3]. L'image C montre également une diminution de la trame vasculaire au niveau distal, avec muqueuse normale en proximal, marquant la limite de l'atteinte [4].

Friabilité de la muqueuse



Les 3 images retrouvent une muqueuse érythémateuse, siège d'érosions, une disparition de la trame vasculaire et une friabilité avec saignement au contact (image B [5], image C [3], image D [4]).

Érosions et ulcérations



Les érosions muqueuses peuvent prendre plusieurs formes, allant de simples érosions aphtôïdes (image de gauche, [4]) à des ulcérations plus étendues (image centrale, [6]), et jusqu'à des ulcères creusants (image de droite, [6]).

Saignements spontanés

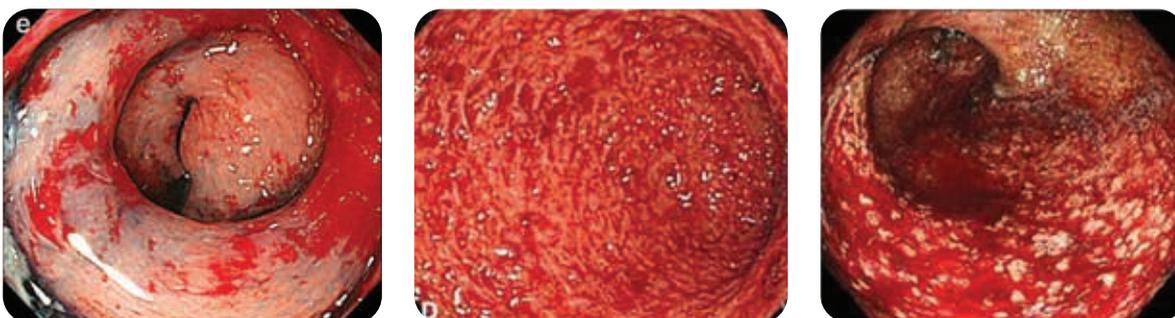


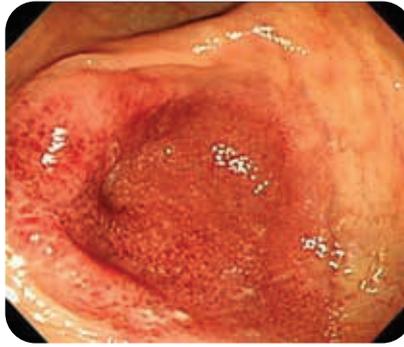
Image de gauche [4], image du centre [5], image de droite [6]

Cas particuliers

Dans certains cas, le rectum peut être épargné, voire présenter une inflammation discontinue, c'est le cas de certains patients adultes sous traitement pour une RCH ou de certains cas pédiatriques avant introduction thérapeutique [7-8].



Parfois, une zone inflammatoire est retrouvée au niveau du caecum, appelée « **patch caecal** » (image de gauche), ou en regard de l'orifice appendiculaire (image de droite). Ces lésions sont le plus souvent retrouvés chez des patients jeunes,



avec une forme **colique gauche** de RCH et sont associées à une **meilleure réponse thérapeutique** [9].

Chez les patients atteints de **RCH pancolique**, une extension de l'inflammation muqueuse peut être mise en évidence en regard de l'iléon distal jusqu'à 20 % des cas, appelée « **iléite de reflux** ». La présence de cette iléite de reflux est associée à une **évolution plus sévère** de la maladie [10].

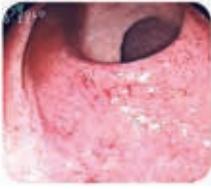
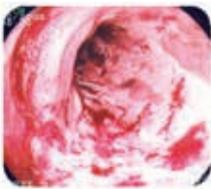
La mise en évidence d'une atteinte discontinue, d'un patch caecal ou péri-appendiculaire ou d'une atteinte de l'iléon distal doit systématiquement conduire à la recherche d'une maladie de Crohn.

Quels scores utiliser ?

Concernant l'évaluation endoscopique de la rectocolite hémorragique, deux scores ont été décrits : le sous-score endoscopique de Mayo et l'UCEIS.

Décrit pour la première fois en 1987, le **sous-score endoscopique de Mayo** est depuis largement utilisé en pratique clinique du fait de sa facilité d'évaluation, avec un classement de l'atteinte en 3 stades (minime ou légère, modérée ou sévère). **La rémission endoscopique est définie par un score ≤ 1**, avec une rémission complète endoscopique pour un score de 0.

Cependant, ce dernier n'est **pas validé aujourd'hui dans la rectocolite hémorragique**, du fait notamment de sa difficulté de reproductibilité. En effet, l'évaluation de l'item friabilité muqueuse reste imparfaite et opérateur-dépendant. Le sous-score endoscopique de Mayo reste cependant largement utilisé dans de nombreux essais cliniques, mais tend à être remplacé par le score UCEIS [10].

0. Normal ou RCH inactive	
1. Anomalie minime ou légère (érythème, réduction du réseau vasculaire, légère friabilité)	
2. Anomalie modérée : (érythème marqué, absence de réseau vasculaire, friabilité, érosions)	
3. Anomalie sévère (saignement spontanés, ulcérations)	

Sous-score endoscopique de Mayo, d'après le GETAID

Développé en 2012, le **score UCEIS est désormais la référence en matière d'évaluation de la rectocolite hémorragique**. Il repose sur l'évaluation de trois composantes : l'altération de la **trame vasculaire**, le **saignement** muqueux et la présence

d'**érosions** ou d'**ulcérations**. En effet, l'item « friabilité muqueuse » a été exclu du score car jugé pas assez reproductible. Le score UCEIS est compris entre **0 et 8**, sans qu'aucun seuil n'ait été défini concernant la définition de la rémission endoscopique.

Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif



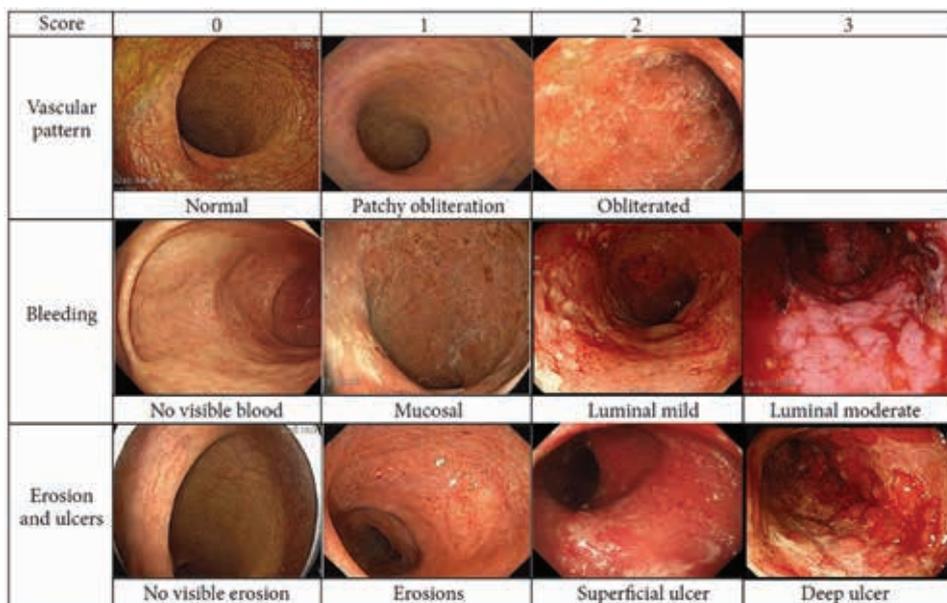
Date [__ / __ / __]

Initiales patient |__|__|/|__|__|

ULCERATIVE COLITIS ENDOSCOPIC INDEX OF SEVERITY (UCEIS®)
(À remplir par le médecin lors de la coloscopie)

Trame vasculaire	<input type="checkbox"/> 0 normal	Trame vasculaire normale avec arborisation capillaire nettement visible	__
	<input type="checkbox"/> 1 Disparition partielle	Disparition partielle de la trame vasculaire	
	<input type="checkbox"/> 2 Disparition	Disparition complète de la trame vasculaire	
Saignement	<input type="checkbox"/> 0 : Aucun	Absence de sang visible	__
	<input type="checkbox"/> 1 : muqueux	Traces de sang coagulé à la surface de la muqueuse, lavable lors de l'endoscopie	
	<input type="checkbox"/> 2 : Luminal, discret	Présence de sang frais en faible quantité dans la lumière	
	<input type="checkbox"/> 3 : Luminal modéré ou sévère	Présence nette de sang frais dans la lumière OU suintement hémorragique de la muqueuse persistant après lavage	
Erosions & Ulcères (lésions les plus sévères)	<input type="checkbox"/> 0 : Aucune	Absence d'ulcération visible	__
	<input type="checkbox"/> 1 : Erosions	Ulcérations planes (<5mm) à fond blanc ou jaune	
	<input type="checkbox"/> 2 : Ulcérations superficielles	Ulcérations planes (>5mm), recouvertes d'un enduit fibrineux	
	<input type="checkbox"/> 3 : ulcérations profondes	Ulcérations creusantes, à bords surélevés	

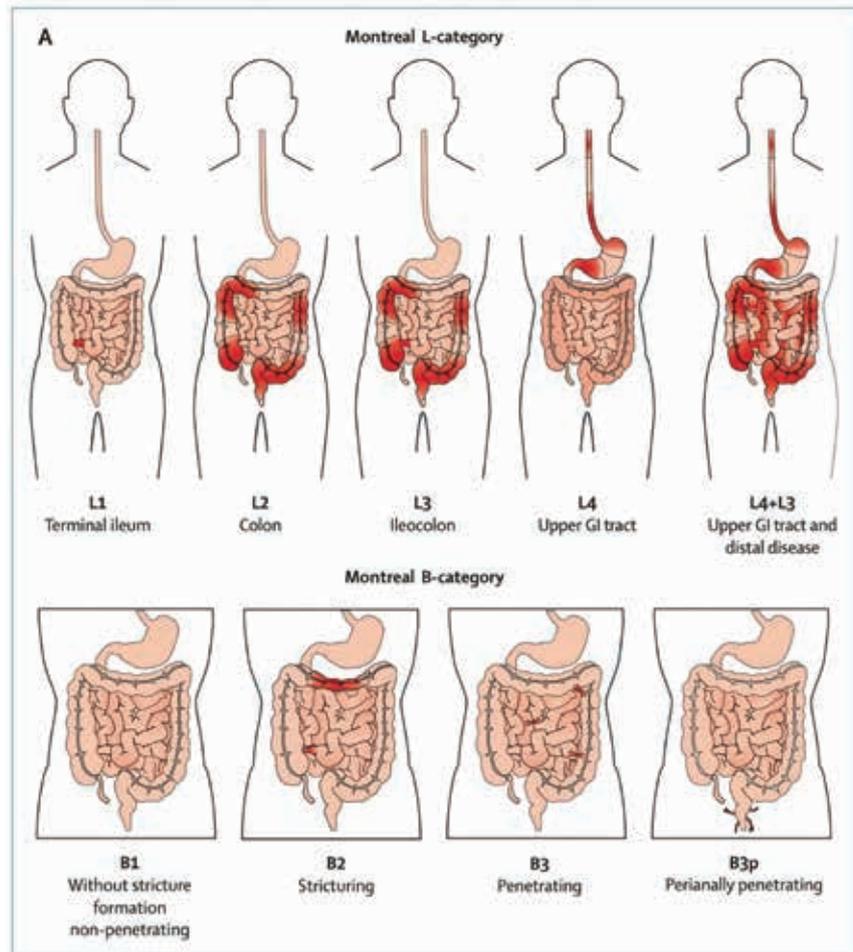
Score UCEIS, d'après le GETAID



Iconographie du score UCEIS, d'après Kim KO dans Clin Endosc. 2022 [11]

Maladie de Crohn

La maladie de Crohn peut théoriquement atteindre l'intégralité du tube digestif, de la bouche à l'anus. L'atteinte endoscopique est caractérisée par une inflammation discontinue, avec intervalles de muqueuse saine. Elle est classée selon la classification de Montréal sur 2 critères : la **localisation** et le **phénotype**. La localisation peut-être iléale (L1), colique (L2) ou iléocolique (L3). De plus, l'atteinte digestive haute est classée L4 (on parlera d'atteinte L1 + L4 pour une atteinte iléale et du tube digestif haut). Le phénotype de la maladie est soit inflammatoire, sans sténose ni fistule (B1), soit sténosant (B2), soit fistulisant (B3). En cas d'atteinte périanale, la lettre « p » devra être rajoutée (par exemple, une atteinte fistulisante avec atteinte périanale sera notée B3p) [12].

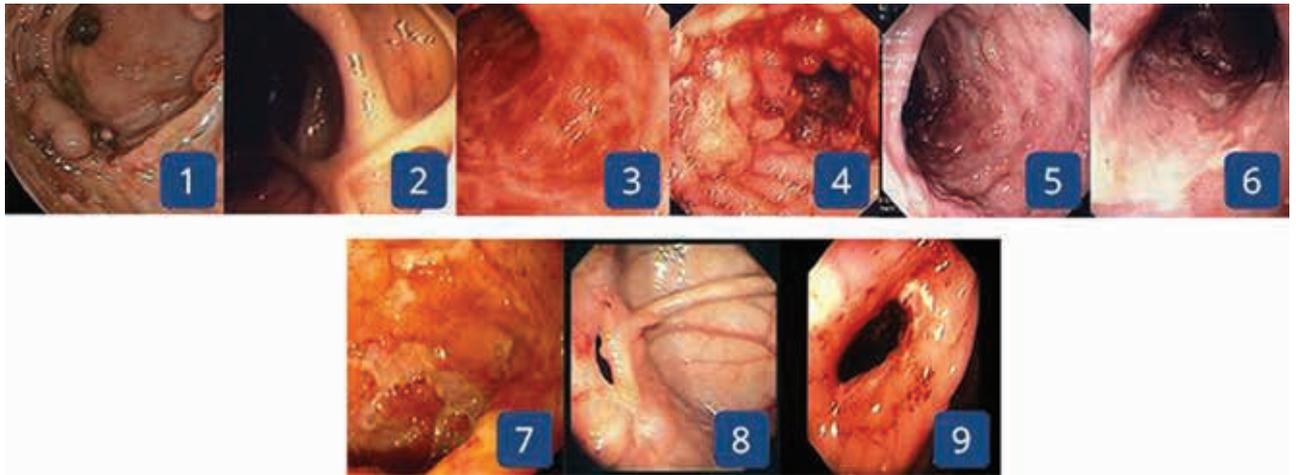


Neuf lésions élémentaires ont été décrites pour la maladie de Crohn et font partie aujourd'hui des items retrouvés dans les scores endoscopiques utilisés en pratique clinique courante.

La description des lésions endoscopiques doit être faite segment par segment : rectum, colon gauche, colon transverse, colon droit et enfin iléon.

Lésions élémentaires dans la maladie de Crohn (d'après Modigliani R. et al, 1987)

1	Pseudopolypes inflammatoires	
2	Ulcération cicatrisée	Zone blanchâtre avec aspect en « verre dépoli ». Un érythème léger ou modéré de la muqueuse doit être négligé.
3	Erythème franc (plaques, bandes ou diffus)	Un érythème léger ou modéré de la muqueuse doit être négligé.
4	Muqueuse franchement œdématiée	
5	Ulcération aphtoïde	Lésion de 2-3 mm, surélevée ou plane, blanche au centre
6	Ulcération superficielle	Toute lésion non aphtoïde ou profonde
7	Ulcération profonde	Ne décrire que les ulcérations franchement profondes
8	Sténose non ulcérée	Doit être impossible ou difficile à franchir avec un endoscope adulte
9	Sténose ulcérée	



Iconographie d'après le CREGG

Quelques lésions élémentaires

Pseudopolypes inflammatoires

Les pseudopolypes inflammatoires sont la conséquence d'une formation d'un tissu de granulation secondaire à une alternance de cycles inflammatoires et de régénération d'un épithélium ulcéré. Ils sont principalement retrouvés au niveau du côlon transverse et ne sont pas à risque de dégénérescence. Ils doivent par conséquent être laissés en place [13].



Ulcérations



Les ulcérations de la maladie de Crohn sont le plus souvent longitudinales et peuvent être aphthoïdes, superficielles ou profondes.

La présence d'**ulcères creusants** / d'**ulcérations profondes** au cours de la maladie de Crohn est un **facteur de risque de colectomie**, de phénotype pénétrant avec **fistule** et d'une évolution clinique plus agressive [14].

Quels scores utiliser ?

Concernant l'évaluation endoscopique de la maladie de Crohn, deux scores ont été décrits et validés : le CDEIS (Crohn's disease endoscopic index of severity) et le SES-CD (simple endoscopic score for Crohn's disease).

Le score CDEIS, développé en 1989, se base principalement sur les critères endoscopiques les plus reproductibles. Il peut être évalué de **0 à 44**.

L'évaluation doit être faite segment par segment, en décrivant pour chacun d'entre eux, la surface des lésions, la surface de la zone ulcérée, la profondeur des ulcérations et la présence ou non d'ulcérations profondes. À noter, que la surface ulcérée est toujours inférieure à la surface des lésions. L'évaluation de la surface atteinte nécessite l'utilisation d'une échelle visuelle analogique de 10 cm sur écran ou papier afin de le calculer, ce qui peut parfois s'avérer complexe [15]. À cette évaluation, s'ajoute la présence d'une sténose et son caractère ulcéré.

	Ulcérations profondes 12 points	Ulcérations superficielles 6 points	Surface des lésions (0-10 cm*)	Surface des ulcérations (0-10 cm*)
Iléon	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Côlon droit	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Transverse	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Côlon gauche	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Rectum	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10

*0-10 cm sur une échelle visuelle analogique

TOTAL (somme de toutes les cases) N = segment
 TOTAL/nombre de segments explorés N/1 à 5
 + 3 si sténose ulcérée 0 à 3
 + 3 si sténose non ulcérée 0 à 3
CDEIS : 0 à 44

Table de calcul du score CDEIS, d'après le CREGG

On parlera de **réponse endoscopique pour une diminution du score de 50 %** ; et de **rémission endoscopique pour un score < 3** [16].

Cependant, le CDEIS reste difficile à évaluer en pratique clinique, et a conduit au développement ultérieur d'un autre score endosco-

pique, plus simple de réalisation : le **SES-CD**. Il permet une évaluation endoscopique sans nécessité d'une échelle visuelle analogique, avec une évaluation de la surface exprimée en pourcentage [17]. **La rémission endoscopique est définie par un score < 2**.

	0	1	2	3
Taille des ulcères	Aucun ulcère	Ulcération aphtoïde (1 à 5 mm)	Grande ulcération (5 à 20 mm)	Très grande ulcération (> 20 mm)
Surface ulcérée	Aucune	< 10 %	10 - 30 %	> 30 %
Surface lésée	Aucune	< 50 %	50 - 75 %	> 75 %
Présence de sténose	Aucune	Unique et franchissable	Multiplés et franchissables	Non franchissables

Le score doit par la suite être calculé pour chacun des 5 segments, soit un **score maximal de 60** :

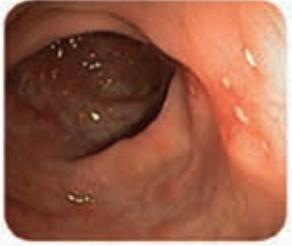
- Rectum
- Côlon gauche
- Côlon transverse
- Côlon droit
- Iléon

Score SES-CD

Chez les patients ayant bénéficié d'une résection iléo-colique, le **score de Rutgeerts**, développé en 1990, doit être utilisé dans le cadre du suivi. Ce dernier permet l'**évaluation du risque de récurrence clinique après résection iléo-colique** en décrivant la sévérité des

lésions iléales récidivantes en post-opératoire. En effet, la récurrence endoscopique est un facteur prédictif de récurrence clinique, avec 80 % de récurrence à 2 ans chez les patients classés i4. On considère que les patients classés \geq **i2** pré-

sentent une évolution plus sévère de leur maladie avec un plus **haut risque de récurrence clinique [18]**. L'évaluation endoscopique par le score de Rutgeerts doit être réalisée dans les 6 à 12 mois suivant l'intervention chirurgicale.

Stade i,0	Absence de lésions	
Stade i,1	Ulcérations iléales aphtoïdes peu nombreuses (= 5)	
Stade i,2	Ulcérations aphtoïdes multiples (> 5) avec muqueuse intercalaire normale ou zones isolées de lésions plus larges ou lésions confinées à l'anastomoses (sur moins de 1 cm de long)	
Stade i,3	Iléite aphtoïde diffuse avec muqueuse intercalaire inflammatoire	
Stade i,4	Iléite diffuse avec ulcérations plus larges, nodules et/ou sténose	

Score de Rutgeerts, d'après le CREGG

Conclusion

L'évaluation endoscopiques des MICI et l'utilisation de scores endoscopiques sont donc un élément crucial dans la prise en charge de nos patients, avec des implications diagnostiques, mais également thérapeutiques et pronostiques. Ces derniers sont soumis cependant à de nombreux défis, comme leur reproductibilité, la variabilité inter-observateur, nécessitant des améliorations continues afin de parfaire la prise en charge.

Références

1. Frøslie KF, Jahnsen J, Moum BA, Vatn MH; IBSEN Group. Mucosal healing in inflammatory bowel disease: results from a Norwegian population-based cohort. *Gastroenterology*. 2007 Aug;133(2):412-22. doi: 10.1053/j.gastro.2007.05.051. Epub 2007 Jun 2. PMID: 17681162.
2. Pouillon L, Ferrante M, Van Assche G, Rutgeerts P, Noman M, Sabino J, Vande Casteele N, Gils A, Vermeire S. Mucosal Healing and Long-term Outcomes of Patients With Inflammatory Bowel Diseases Receiving Clinic-Based vs Trough Concentration-Based Dosing of Infliximab. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug;16(8):1276-1283.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2017.11.046. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29203225.
3. Takenaka K, Tominaga K, Kanazawa M, Fukushi K, Tanaka T, Kanamori A, Sugaya T, Tsuchida K, Iijima M, Goda K, Irisawa A. Endoscopic score vs blood cell indices for determining timing of immunomodulator withdrawal in quiescent ulcerative colitis. *Sci Rep*. 2019 Nov 28;9(1):17751. doi: 10.1038/s41598-019-54369-7. PMID: 31780764; PMCID: PMC6882869.
4. Mitsuishi T. Correlation between histological findings and endoscopic findings in patients with ulcerative colitis: Basal plasmacytosis is an important finding suggesting active inflammation. *JGH Open*. 2018 Nov 11;3(2):100-104. doi: 10.1002/jgh.3.12111. PMID: 31061883; PMCID: PMC6487820.
5. Lee JM, Lee KM. Endoscopic Diagnosis and Differentiation of Inflammatory Bowel Disease. *Clin Endosc*. 2016 Jul;49(4):370-5. doi: 10.5946/ce.2016.090. Epub 2016 Jul 29. PMID: 27484813; PMCID: PMC4977735.
6. Kanazawa M, Tominaga K, Yamamiya A, Tanaka T, Watanabe S, Sugaya T, Abe K, Kanamori A, Arisaka T, Hoshi K, Iijima M, Goda K, Haruyama Y, Irisawa A. Analysis of Endoscopic Evaluation Reliability for Ulcerative Colitis in Histological Remission. *Healthcare (Basel)*. 2021 Oct 20;9(11):1405. doi: 10.3390/healthcare9111405. PMID: 34828451; PMCID: PMC8620245.
7. Odze R, Antonioli D, Peppercorn M, Goldman H. Effect of topical 5-aminosalicylic acid (5-ASA) therapy on rectal mucosal biopsy morphology in chronic ulcerative colitis. *Am J Surg Pathol*. 1993 Sep;17(9):869-75. doi: 10.1097/00000478-199309000-00002. PMID: 8352372.
8. Rajwal SR, Puntis JW, McClean P, Davison SM, Newell SJ, Sugarman I, Stringer MD. Endoscopic rectal sparing in children with untreated ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004 Jan;38(1):66-9. doi: 10.1097/00005176-200401000-00015. PMID: 14676597.
9. Albayrak NE, Polydorides AD. Characteristics and Outcomes of Left-sided Ulcerative Colitis With a Cecal/Periappendiceal Patch of Inflammation. *Am J Surg Pathol*. 2022 Aug 1;46(8):1116-1125. doi: 10.1097/PAS.0000000000001883. Epub 2022 Mar 30. PMID: 35354161.
10. Annesse V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, Ferrante M, Götz M, Katsanos KH, Kiebllich R, Ordás I, Repici A, Rosa B, Sebastian S, Kucharzik T, Eliakim R; European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013 Dec;7(12):982-1018. doi: 10.1016/j.crohns.2013.09.016. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24184171.
11. Kim KO. Endoscopic activity in inflammatory bowel disease: clinical significance and application in practice. *Clin Endosc*. 2022 Jul;55(4):480-488. doi: 10.5946/ce.2022.108. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35898147; PMCID: PMC9329646.
12. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006 Jun;55(6):749-53. doi: 10.1136/gut.2005.082909. PMID: 16698746; PMCID: PMC1856208.
13. Mahmoud R, Shah SC, Ten Hove JR, Torres J, Mooiweer E, Castaneda D, Glass J, Elman J, Kumar A, Axelrad J, Ullman T, Colombel JF, Oldenburg B, Itzkowitz SH; Dutch Initiative on Crohn and Colitis. No Association Between Pseudopolyps and Colorectal Neoplasia in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2019 Apr;156(5):1333-1344.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2018.11.067. Epub 2018 Dec 7. PMID: 30529584; PMCID: PMC7354096.
14. Allez M, Lemann M, Bonnet J, Cattan P, Jian R, Modigliani R. Long term outcome of patients with active Crohn's disease exhibiting extensive and deep ulcerations at colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2002 Apr;97(4):947-53. doi: 10.1111/j.1572-0241.2002.05614.x. PMID: 12003431.
15. Mary JY, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicentre study. Groupe d'Etudes Thérapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID). *Gut*. 1989 Jul;30(7):983-9. doi: 10.1136/gut.30.7.983. PMID: 2668130; PMCID: PMC1434265.
16. Vuitton L, Marteau P, Sandborn WJ, Levesque BG, Feagan B, Vermeire S, Danese S, D'Haens G, Lowenberg M, Khanna R, Fiorino G, Travis S, Mary JY, Peyrin-Biroulet L. IOIBD technical review on endoscopic indices for Crohn's disease clinical trials. *Gut*. 2016 Sep;65(9):1447-55. doi: 10.1136/gutjnl-2015-309903. Epub 2015 Sep 9. PMID: 26353983.
17. Daperno M, D'Haens G, Van Assche G, Baert F, Bulois P, Maunoury V, Sostegni R, Rocca R, Pera A, Gevers A, Mary JY, Colombel JF, Rutgeerts P. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. *Gastrointest Endosc*. 2004 Oct;60(4):505-12. doi: 10.1016/s0016-5107(04)01878-4. PMID: 15472670.
18. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Kerremans R, Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology*. 1990 Oct;99(4):956-63. doi: 10.1016/0016-5085(90)90613-6. PMID: 2394349.

QCM d'Hépatologie : VRAI OU FAUX ?



Inès LEVEQUE

Un grand merci au Dr Sophie Vendeville pour sa relecture et ses corrections
(Service hépatologie, CHU Besançon)

Question 1 : Hépatite aiguë grave + indication transplantation hépatique

Tu es de garde aux urgences dans un petit hôpital de périphérie (les chefs de garde ont déjà coupé et sont allés dormir) et ta co-interne, qui sait que tu es interne d'HGE, t'interpelle pour un avis car un de ses patients a 15 % de TP.

Tu reprends le dossier avec elle, c'est un patient de 22 ans, a priori sans antécédent, que sa mère a amené aux urgences car elle ne le reconnaît plus, il tient des propos incohérents et est désorienté. Cela fait 3 jours qu'il vomit et ne sort pas de son lit.

Au bilan il a une cytolysse > 20N, une cholestase minime et 50 $\mu\text{mol/L}$ de bilirubine. Le reste du bilan est sans particularité et il est stable sur le plan hémodynamique. L'interrogatoire est compliqué du fait des troubles neurologiques.

1. Le patient peut attendre au SAU le temps de finaliser le bilan et avoir l'étiologie des perturbations du bilan hépatique.
2. Un dosage du paracétamol doit être réalisé de manière systématique.
3. Introduction en urgence de N-acétylcystéine
4. Le patient répond aux critères faisant poser l'indication d'une transplantation hépatique.

1) FAUX

Vous êtes face à une hépatite aiguë grave car déjà à un stade d'encéphalopathie de grade 2 (sur la confusion). Ce patient doit donc avoir une surveillance SCOPE avec réévaluation neurologique.

L'hépatite aiguë est une nécrose/destruction des hépatocytes conduisant à une insuffisance hépatique aiguë et dont la gravité est estimée par le dosage du TP et du facteur V. L'évolution est souvent marquée par l'apparition d'une défaillance neurologique jusqu'au stade de coma qui définit l'encéphalopathie. L'ensemble « insuffisance hépatique aiguë + encéphalopathie » caractérise l'hépatite aiguë grave ou Acute Liver Failure, mettant en jeu le pronostic vital à court terme. L'insuffisance hépatique grave est aiguë quand l'intervalle entre l'ictère et l'apparition d'une encéphalopathie hépatique est de moins de 2 semaines et subaiguë quand il est de plus de 2 semaines.

Tout patient ayant une insuffisance hépatique aiguë avec un TP < 50 % doit être orienté vers un centre de transplantation hépatique⁽¹⁾.

2) VRAI

Les symptômes d'intoxication aiguë par le paracétamol sont habituellement mineurs jusqu'à ≥ 48 heures après l'ingestion. Il existe 4 phases de symptômes⁽²⁾ :

I : Dans les 24h après l'ingestion : nausées, vomissements, anorexie.

II : 24-72h : douleurs abdominales, augmentation des transaminases et si atteinte sévère diminution du TP.

III : 72-96 heures : vomissements et insuffisance hépatique aiguë, parfois développement d'une insuffisance rénale et/ou d'une pancréatite aiguë.

IV : >5 jours : résolution de l'hépatotoxicité ou développement d'une défaillance multi-viscérale.

De plus, l'étiologie exacte d'une hépatite aiguë grave n'est parfois pas retrouvée (environ 15-20 %).

3) VRAI

La N-acétylcystéine contribue à restaurer les stocks de glutathion intra-hépatocytaire. Ce composé est indispensable au métabolisme du paracétamol en métabolites non réactifs, n'ayant pas d'effets délétères sur la cellule. Il protège également les cellules d'agents réactifs instables présents au cours de nombreux processus pathologiques autres que l'intoxication par le paracétamol. La N-acétylcystéine est recommandée pour toute insuffisance hépatique aiguë, qu'elle soit liée ou non au paracétamol. Le protocole consiste en des injections de 150 mg/kg en 15 min puis 50 mg/kg en 4 heures puis 100 mg/kg en 16 heures en intraveineuse voire plus longtemps jusqu'à ce que le TP et/ou le facteur V soit > 50 %. Il doit être débuté le plus tôt possible et même si la prise en charge est tardive. Les doses étant élevées et la forme orale inappropriée, la voie intraveineuse est à privilégier (mais attention à l'odeur !!!). Ce seul traitement peut suffire à la régénération et la restauration de la fonction hépatique⁽³⁾.

4) VRAI

Le risque de l'insuffisance hépatique aiguë grave est l'apparition d'une défaillance multiviscérale ainsi qu'un œdème cérébral avec hypertension intracrânienne qui peut entraîner un décès par anoxie et engagement. La transplantation hépatique « en super urgence » est parfois le seul recours chez certains malades dont le pronostic vital est engagé à court terme pour rétablir la fonction hépatique ainsi que pour stopper les défaillances.

Des critères existent pour orienter la décision d'une transplantation mais la décision est validée au cas par cas en fonction de la gravité, de la cause, de la rapidité d'évolution de l'insuffisance hépatique, du terrain et de l'existence ou non d'une hépatopathie chronique⁽⁴⁾.

Question 2 : Hépatite alcoolique aiguë (HAA)

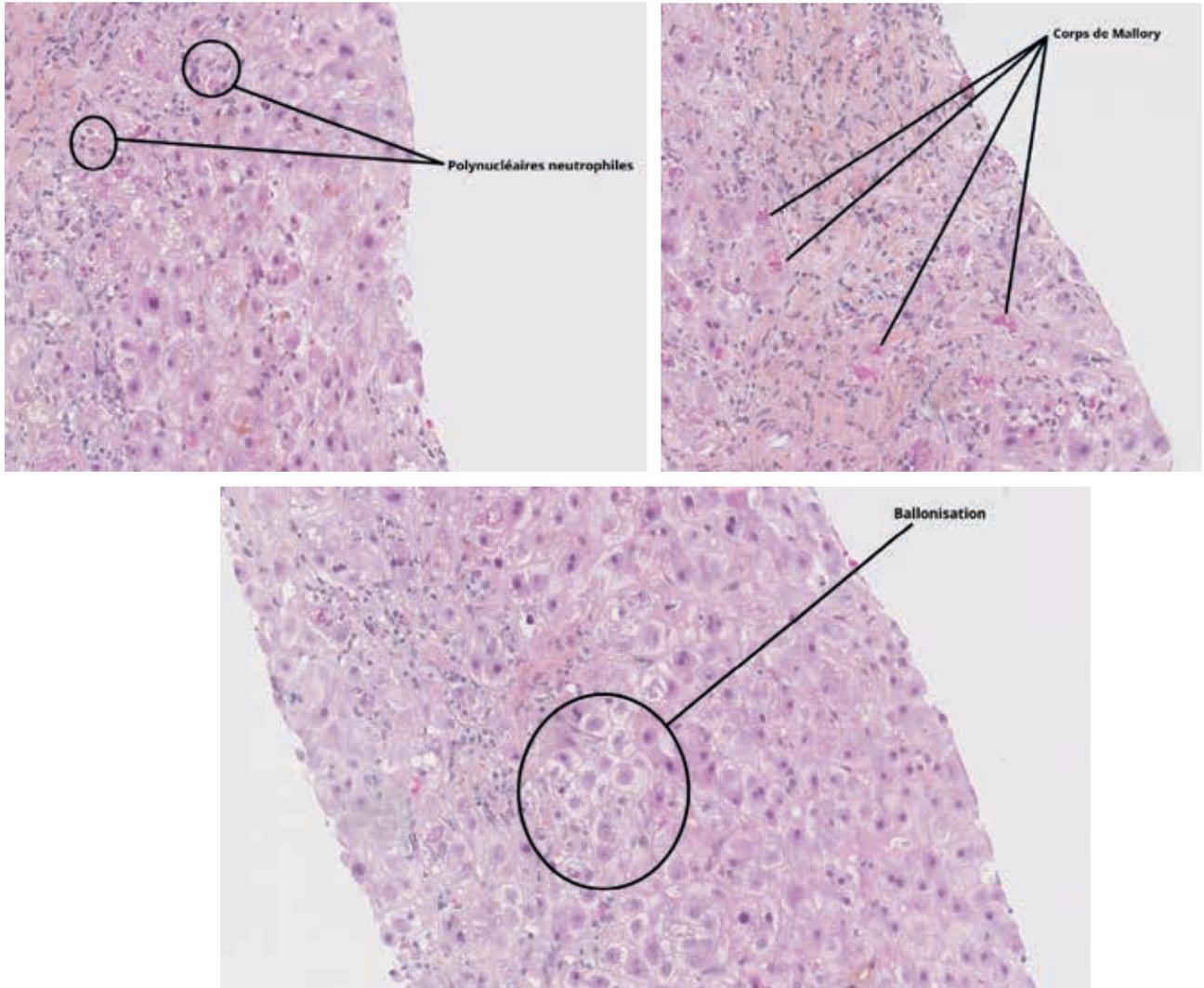
1. Le score de Maddrey suffit pour poser le diagnostic d'hépatite alcoolique aiguë sévère.
2. La bithérapie corticoïdes + N-acétylcystéine améliore la survie à court terme en comparaison aux corticoïdes seuls.
3. L'HAA peut être un mode de découverte d'une hépatopathie fibrosante chronique.
4. Une transplantation hépatique précoce peut se discuter.

1) FAUX

Le score de Maddrey est un score pronostique pour caractériser une hépatite alcoolique aiguë de sévère s'il est >32 . Elle entraîne une survie spontanée plus basse à 28 jours. Le score est calculable sur de nombreux sites ou avec une calculatrice « Score = $4,6 \times (\text{TP patient (sec)} - \text{TP témoin (sec)}) + \text{Bilirubine } (\mu\text{mol/l}) / 17$ ». **Tout patient qui présente un ictère avec une consommation excessive d'alcool doit avoir un score de Maddrey.** L'HAA est de très mauvais pronostic à court et moyen terme avec une mortalité estimée à 25 % à 1 mois et 50 % à 6 mois (sans traitement ; pour les formes cortico-résistantes la mortalité peut aller jusqu'à 40 % en 1 mois)⁽⁵⁾.

Le diagnostic est histologique par ponction biopsie hépatique à faire dès que possible mais cette dernière ne doit pas retarder la prise en charge et le début du traitement. À l'histologie l'HAA est caractérisée par des foyers de nécrose hépatocytaire associés à un infiltrat de polynucléaires neutrophiles, une ballonnisation hépatocytaire et la présence de corps de Mallory. La physiopathologie est complexe associant des mécanismes inflammatoires et du

stress oxydatif. On note aussi l'importance du microbiote intestinal, l'alcool entraînant une dysbiose, cela augmenterait la perméabilité de la barrière intestinale avec passage dans la circulation porte et dans le foie de molécules présentes dans les parois bactériennes telles que des lipopolysaccharides ⁽⁶⁾.



*Histologie hépatique en microscopie optique, coloration hématoxyline éosine safran.
Service anatomopathologie CHU Besançon*

2) VRAI

Le traitement par corticothérapie est le traitement de première ligne dans la prise en charge d'une HAA sévère avec bilan infectieux préalable à la dose de 40 mg/j de prednisolone pendant 28 jours⁽⁷⁾. Une réévaluation par le score de Lille (<http://www.lillemodel.com/score.asp>) est indispensable à J7. Il se base sur 6 variables : l'âge, l'albuminémie, la bilirubinémie à J0 et J7, l'insuffisance rénale et le taux de prothrombine.

Il comprend 3 valeurs seuils⁽⁵⁾⁽⁸⁾ :

- Entre 0,16 et 0,45 : patient hyper répondeur.
- Entre 0,45 et 0,56 : répondeur partiel.
- >0,56 : patient non répondeur.

La N-acétylcystéine (NAC) a une action anti-oxydante. Les résultats de certaines études étaient en faveur d'un gain de survie précoce avec l'association « Corticostéroïdes-NAC », qui a reçu une recommandation européenne EASL 2018 comme traitement de première ligne possible dans l'hépatite alcoolique sévère, ainsi que par l'AASLD en 2019⁽⁹⁾. La NAC associée aux corticostéroïdes est perfusée les 5 premiers jours à la dose de 150 mg/kg dans 250 ml de glucosé 5 % en 30 à 45 minutes, puis 50 mg/kg dans 500 ml de G5 % en 4 heures, puis 100 mg/kg en 16 heures, la troisième dose étant renouvelée du J2 au J5, puis les corticostéroïdes poursuivis seuls jusqu'à J28.

3) VRAI

L'hépatite alcoolique aiguë se développe dans 80 % des cas chez un patient ayant déjà une hépatopathie chronique fibrosante.

4) VRAI

Chez les patients corticorésistants la mortalité à 6 mois peut atteindre 75 %⁽⁸⁾.

Plusieurs études ont évalué le bénéfice d'une transplantation hépatique précoce chez ces patients. La problématique principale étant l'absence de sevrage alcoolique et que la règle des "6 mois d'abstinence" n'est pas utilisable. La décision d'une transplantation précoce doit être multidisciplinaire et consensuelle entre l'équipe paramédicale, médicale avec un médecin addictologue, l'hépatologue, l'anesthésiste et le chirurgien transplantateur. L'indication peut se discuter lors d'un premier épisode d'HAA sévère si toutes ces conditions sont réunies : engagement d'abstinence, entourage présent et aidant, absence de comorbidité et de maladie psychiatrique. La question de la rechute alcoolique étant indispensable.

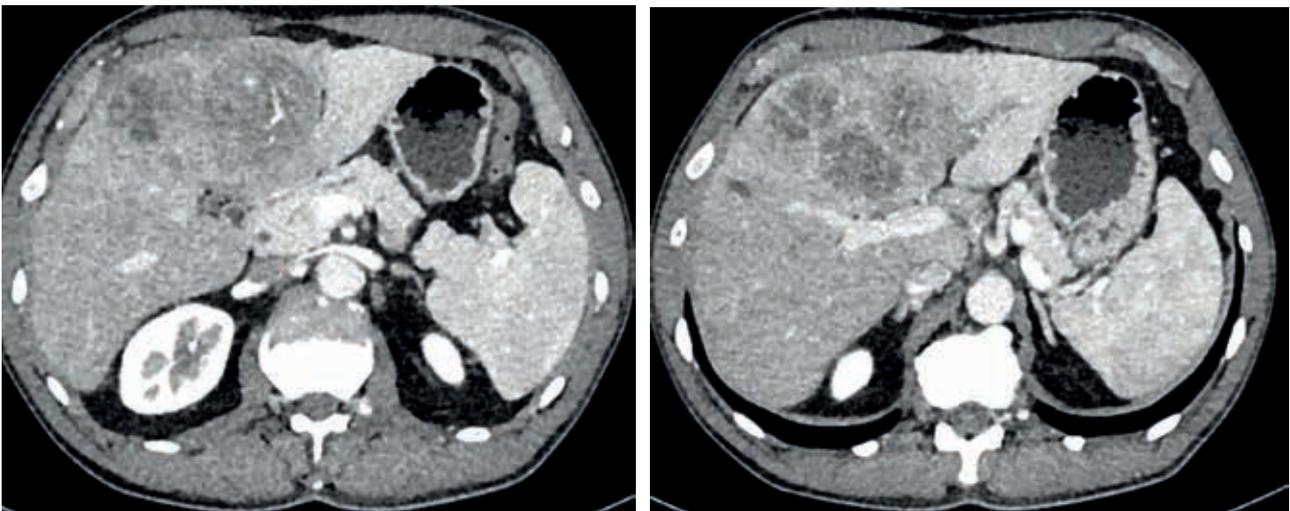
Par ailleurs, toute hépatite alcoolique aiguë sévère doit avoir une prise en charge multidisciplinaire : addictologique, nutritionnelle et hépatologique.

Question 3 : Carcinome hépatocellulaire (CHC)

1. Une preuve histologique est toujours nécessaire pour porter le diagnostic de CHC.
2. Une surveillance seule est possible pour les nodules hépatiques de moins de 1 cm chez un patient présentant une cirrhose.
3. La destruction percutanée par radiofréquence est possible pour les tumeurs de moins de 3 cm.
4. Une transplantation hépatique est possible chez un patient présentant une cirrhose alcoolique sévère Child Pugh B7 avec 2 nodules de CHC de 4 cm et un taux d'alpha-fœtoprotéine à 120 ng/ml.

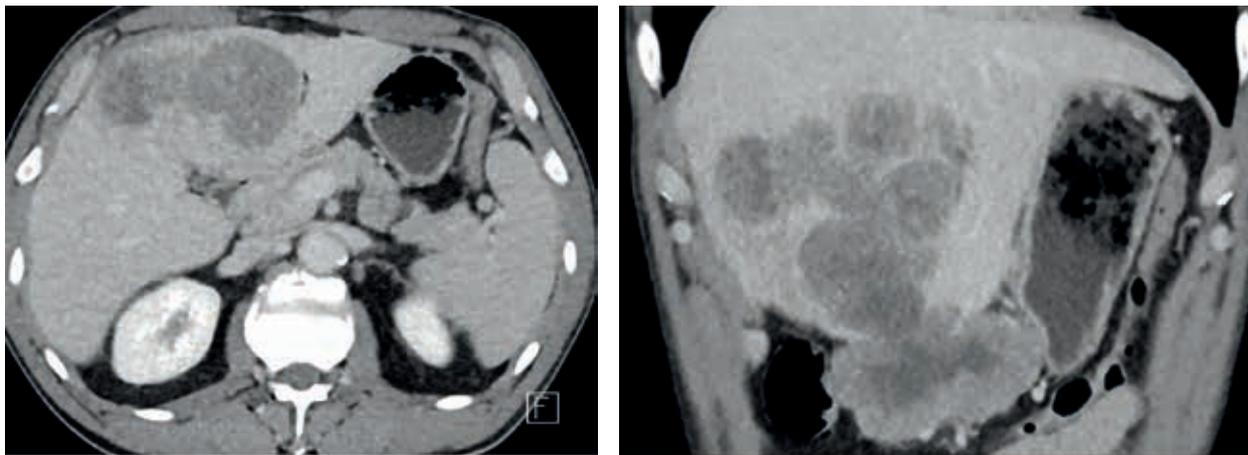
1) FAUX

La caractérisation d'un nodule de CHC repose sur sa vascularisation. En imagerie, cela correspond aux critères de diagnostic LI-RADS qui définissent plusieurs catégories de nodules allant de 1 (définitivement bénin) à 5 (définitivement malin). Le signe le plus évocateur de CHC est l'existence d'un nodule hypervascularisé au temps artériel précoce (wash-in) avec lavage (wash-out : hypodensité ou hypointensité par rapport au parenchyme hépatique non tumoral) à la phase portale ou à la phase tardive. En effet les nodules de CHC sont des nodules « déportalisés » ayant un apport artériel exclusif.



Service radiologie Clinique de la Miotte Belfort

Temps artériel coupe axiale : Visualisation de la vascularisation artérielle au sein de la tumeur ainsi que de la prise de contraste périphérique.



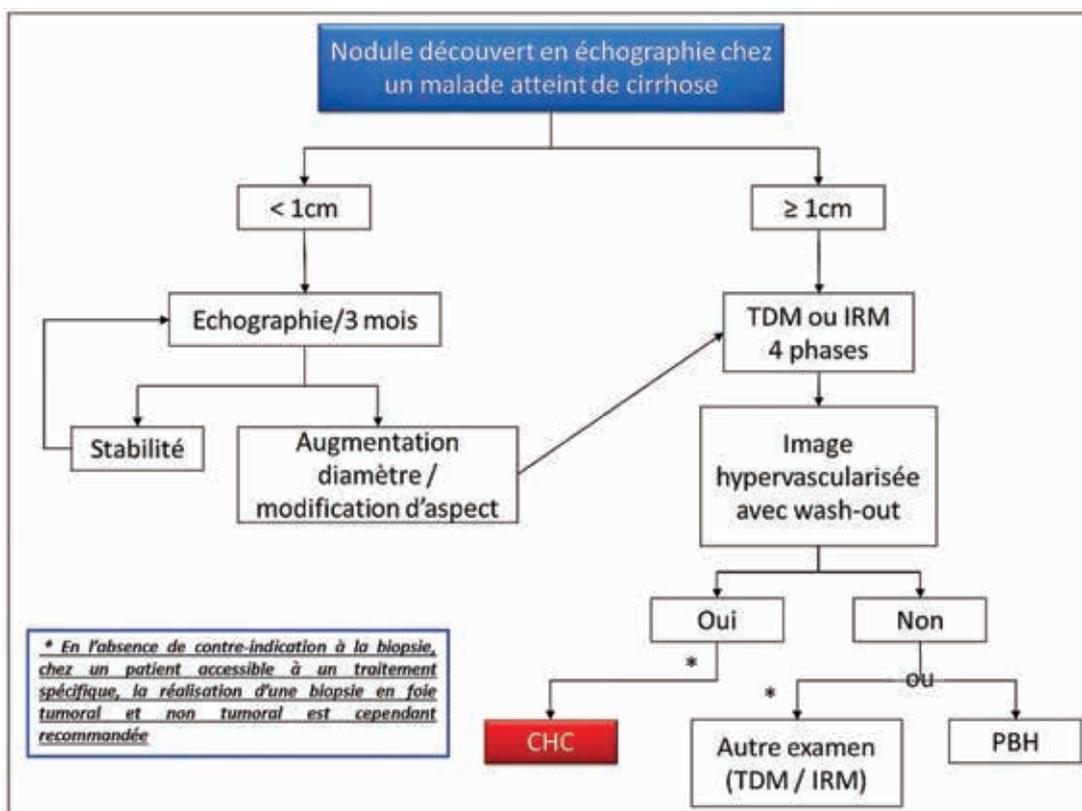
Service radiologie Clinique de la Miotte Belfort

Temps portal coupe axiale et coronale : Lavage complet de la lésion ou « wash out » avec hypodensité par rapport au parenchyme hépatique sain. On note que la lésion était appendue au contact de l'estomac.

(Pour information après un traitement par immunothérapie par Tislelizumab (dans le cadre d'un essai clinique) entraînant une régression majeure des lésions, le patient a par la suite été opéré et est actuellement en rémission complète).

Le diagnostic non invasif de CHC est possible et valable uniquement en cas cirrhose, pour un nodule de plus de 1 cm et avec une imagerie dédiée aux 4 temps (IRM ou TDM sans injection, artériel, portal et tardif) et doit être validé en RCP dédiée. Le diagnostic non invasif est source d'erreur surtout pour les nodules de moins de 3 cm car certains cholangiocarcinomes intra-hépatiques de petites tailles peuvent avoir les mêmes caractéristiques de rehaussement. Dans tous les autres cas et au moindre doute une biopsie en foie lésionnel et non lésionnel est nécessaire même si l'imagerie est typique⁽¹⁰⁾.

2) VRAI



TNCD Chapitre 7 : Carcinome hépatocellulaire 28/09/2023

S'il n'y a pas d'augmentation du diamètre après 2 ans de surveillance, on peut revenir à la périodicité de dépistage par échographie semestrielle. Le dépistage du CHC concerne des patients atteints d'une cirrhose A/B ou C en attente de transplantation hépatique. Cependant les patients inscrits sur liste de greffe ont des imageries en coupe de réévaluation tous les trois mois. Le dosage de l'alpha-fœtoprotéine (AFP) dans le cadre du dépistage est souvent réalisé en pratique courante mais actuellement remis en cause.

3) VRAI

La destruction percutanée par radiofréquence est une alternative à la chirurgie. C'est une méthode simple, bien tolérée et qui permet de préserver le parenchyme hépatique. Il faut que la tumeur mesure moins de 3 cm pour observer des durées de survie plus longues⁽¹¹⁾. Il faut que le nodule soit accessible à la ponction sous échographie ou sous scanner et à distance du hile et des grosses voies biliaires. Les principales contre-indications sont les anastomoses bilio-digestives et l'ascite de grande abondance.

4) FAUX

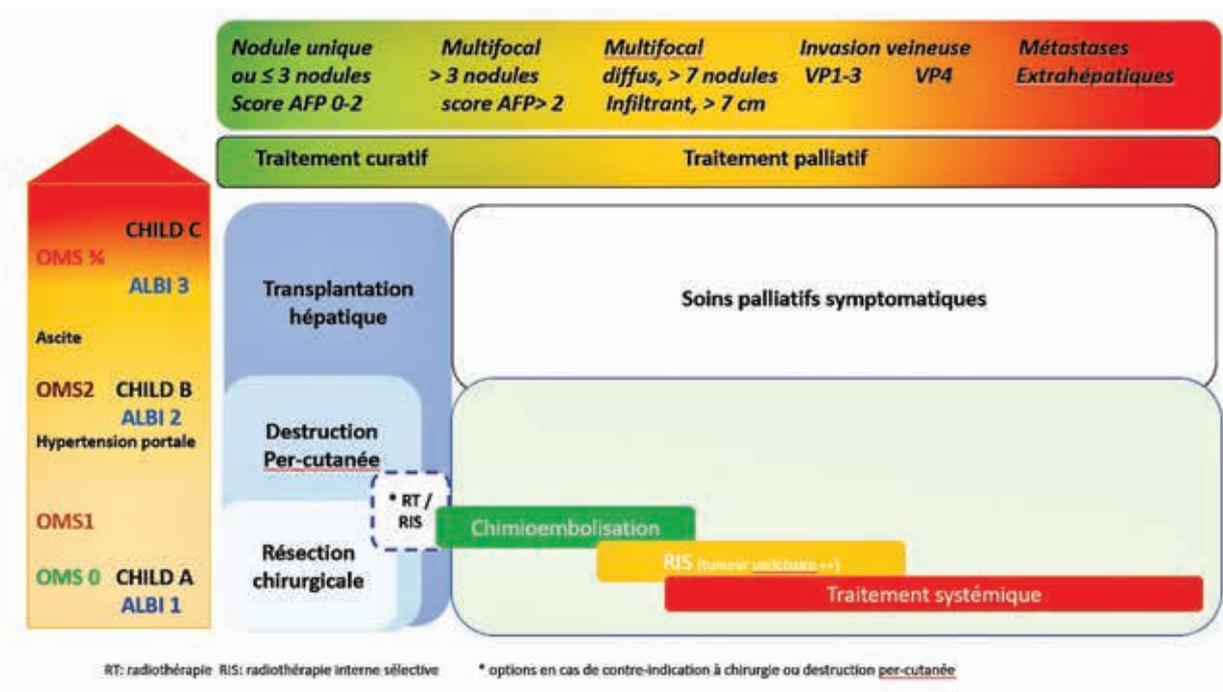
Pour le savoir il faut se référer au score alpha-fœtoprotéine (AFP).

La transplantation hépatique est indiquée chez les patients ayant une cirrhose compliquée d'un CHC ; elle est le traitement curatif idéal. Sa validation repose sur les critères de Milan (CHC localisé au foie, unique de 2-5 cm ou 2-3 nodules <3 cm, sans thrombose porte ou hépatique) et/ou un score AFP < 2. Les taux de survie globale à 5 ans sont estimés autour de 63-80 %. En pratique, et au vu de la pénurie actuelle de greffon et des délais de transplantation, plusieurs traitements d'attente sont possibles.

Score Alpha-fœtoprotéine		
Paramètre	Classe	Score
Taille	≤ 3cm	0
	3-6 cm	1
	> 6 cm	4
Nombre de nodules	≤ 3	0
	> 4	2
AFP (ng/ml)	≤ 100	0
	100-1 000	2
	> 1 000	3

Un algorithme regroupe les traitements possibles du CHC en fonction du statut OMS, du score de CHILD et des caractéristiques tumorales.

Diagramme d'aide à la décision thérapeutique



Question 4 : Cholangite biliaire primitive (CBP)

1. La CBP est la première cause de cholestase intra-hépatique par destruction des canaux biliaires de petites tailles.
2. Le syndrome de chevauchement est l'association entre une CBP et une cholangite sclérosante primitive.
3. Une biopsie hépatique est nécessaire pour le diagnostic de CBP.
4. En cas de non réponse à l'acide ursodesoxycholique (AUDC) ou de mauvaise tolérance le traitement de 2^{ème} intention repose sur l'acide obéticholique.

1) VRAI

La cholangite biliaire primitive (anciennement cirrhose biliaire primitive) est une maladie cholestatique d'origine auto-immune liée à la destruction des canaux biliaires de petites tailles en lien avec une infiltration lymphocytaire. C'est la première cause de cholestase intra-hépatique. Elle survient principalement chez la femme dans 90 % des cas avec un âge médian de 55 ans au diagnostic⁽¹²⁾.

Elle peut être asymptomatique mais le symptôme le plus fréquent est le prurit associé à une cholestase chronique avec ou sans ictère et souvent associée à une cytolyse minime. Les complications biologiques de la cholestase étant une carence en vitamine liposoluble (ADEK) et une hypercholestérolémie. Dans de rares cas, le diagnostic est posé au stade de cirrhose. Il faut également rechercher d'autres maladies auto-immunes associées.

2) FAUX

L'overlap syndrome ou syndrome de chevauchement correspond à l'association d'une hépatite auto-immune à la CBP qui survient dans 10 % des cas soit de façon synchrone soit métachrone. Il est suspecté en cas de cytolyse > 5N, une biopsie hépatique est indispensable dans ce cas.

3) FAUX

Il repose sur le dosage des anticorps (Ac) anti-mitochondries qui ont une sensibilité et une spécificité de 90 % et 97 % respectivement avec une valeur diagnostique de 1/40⁽¹³⁾. Si ces Ac sont négatifs il faudra rechercher les Ac anti-Gp210 et anti-Sp100. L'association d'une cholestase et la positivité de ces anticorps suffit pour poser le diagnostic de CBP.

Pour les patients présentant des anticorps positifs sans cholestase il convient de surveiller le bilan hépatique une fois par an car **un patient sur six** développera une CBP après 5 ans⁽¹⁴⁾.

La recherche d'une fibrose par Fibroscan ou Fibrotest doit être systématique.

4) VRAI

Le traitement repose sur l'acide ursodesoxycholique (AUDC) qui est un acide biliaire naturel hydrophile, débuté dès le diagnostic de CBP quelle que soit sa sévérité, à une posologie de 13-15 mg/kg/j.

Son profil de tolérance est bon et le principal effet secondaire est la diarrhée.

Son efficacité est évaluée à 1 an selon les critères de Paris II par une diminution des PAL <1.5 N, ASAT <1.5N et une bilirubinémie normale⁽¹⁴⁾. En cas de non réponse il faut systématiquement rechercher une non observance.

En deuxième intention, en cas de non-réponse ou de mauvaise tolérance, l'acide obéticholique (également un acide biliaire) a été validé dans cette indication (5 mg/j pendant 6 mois puis 10 mg/j), en monothérapie ou associé à l'AUDC.

Ses principaux effets secondaires sont le prurit et une dyslipidémie.

La transplantation hépatique n'est indiquée qu'en cas de cirrhose décompensée et dans de rares cas de prurit réfractaire avec une possibilité de récurrence sur le greffon justifiant la poursuite d'un traitement préventif par AUDC.

Actuellement l'essai ELATIVE a démontré l'efficacité de l'Elafibranor dans cette indication et est en attente d'une AMM.

Références

1. *Insuffisance hépatique en soins critiques – RFE communes AFEF/SFAR – AFEF [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://afef.asso.fr/insuffisance-hepatique-en-soins-critiques-rfe-communes-afef-sfar/>*
2. *Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Intoxication par le paracétamol - Blessures ; empoisonnement. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/blessures-empoisonnement/intoxications-empoisonnements/intoxication-par-le-parac%C3%A9tamol>*
3. Lee WM, Hynan LS, Rossaro L, Fontana RJ, Stravitz RT, Larson AM, et al. Intravenous N-acetylcysteine improves transplant-free survival in early stage non-acetaminophen acute liver failure. *Gastroenterology*. sept 2009;137(3):856-64, 864.e1.
4. Bernal W, Williams R. Beyond KCH selection and options in acute liver failure. *HepatoInt*. mai 2018;12(3):204-13.
5. Mathurin P, Mendenhall CL, Carithers RL, Ramond MJ, Maddrey WC, Garstide P, et al. Corticosteroids improve short-term survival in patients with severe alcoholic hepatitis (AH): individual data analysis of the last three randomized placebo controlled double blind trials of corticosteroids in severe AH. *J Hepatol*. avr 2002;36(4):480-7.
6. Ulluwishewa D, Anderson RC, McNabb WC, Moughan PJ, Wells JM, Roy NC. Regulation of tight junction permeability by intestinal bacteria and dietary components. *J Nutr*. mai 2011;141(5):769-76.
7. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol*. juill 2018;69(1):154-81.
8. Louvet A, Naveau S, Abdelnour M, Ramond MJ, Diaz E, Fartoux L, et al. The Lille model: a new tool for therapeutic strategy in patients with severe alcoholic hepatitis treated with steroids. *HepatoInt*. juin 2007;45(6):1348-54.
9. Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. *HepatoInt*. janv 2020;71(1):306-33.
10. Mitchell DG, Bruix J, Sherman M, Sirlin CB. LI-RADS (Liver Imaging Reporting and Data System): summary, discussion, and consensus of the LI-RADS Management Working Group and future directions. *HepatoInt*. mars 2015;61(3):1056-65.
11. Cammà C, Di Marco V, Orlando A, Sandonato L, Casaril A, Parisi P, et al. Treatment of hepatocellular carcinoma in compensated cirrhosis with radio-frequency thermal ablation (RFTA): a prospective study. *J Hepatol*. avr 2005;42(4):535-40.
12. Boonstra K, Kunst AE, Stadhouders PH, Tuijnman HA, Poen AC, van Nieuwkerk KMJ, et al. Rising incidence and prevalence of primary biliary cirrhosis: a large population-based study. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. juill 2014;34(6):e31-38.
13. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *J Hepatol*. juill 2017;67(1):145-72.
14. Dahlqvist G, Gaouar F, Carrat F, Meurisse S, Chazouillères O, Poupon R, et al. Large-scale characterization study of patients with antimitochondrial antibodies but nonestablished primary biliary cholangitis. *HepatoInt*. janv 2017;65(1):152-63.

Contact des référents par ville

- **AMIENS** : morgancharlon@gmail.com
- **ANGERS** : léa.terrien@yahoo.fr
- **ANTILLES-GUYANE** : margaux.caviezel@gmail.com
- **BESANÇON** : i.leveque69@gmail.com - internes.hge.besancon@gmail.com
- **BORDEAUX** : referent.gastro@gmail.com
- **BREST** : marceven@orange.fr - jeanne-barto@hotmail.fr - tudual@hotmail.fr
- **CAEN** : internatgastroenterologie.caen@gmail.com
- **CLERMONT-FERRAND** : eleclerc@chu-clermontferrand.fr
- **DIJON** : internes.hge.dijon@gmail.com
- **GRENOBLE** : zmousavi@chu-grenoble.fr
- **ÎLE-DE-FRANCE** : associationihpop@gmail.com - a.bertrand.96a@gmail.com - karine.louvion@hotmail.fr
- **LILLE** : mathurine.leray@CHU-lille.fr
- **LIMOGES** : brouzengpaul@hotmail.com
- **LYON** : ajhgelyon@gmail.com
- **MARSEILLE** : asso.ajgodim@gmail.com
- **MONTPELLIER** : hepato-gastro-enterologie@silr.fr
- **NANCY** : blinbenjamin.54@gmail.com - internes.hge.nancy@gmail.com - Jeannie.mbaloula@yahoo.fr
- **NANTES** : referenthge@gmail.com
- **NICE** : marwin1409@gmail.com - darnaude.a@chu-nice.fr
- **OCÉAN INDIEN** : co.ledreau@gmail.com
- **POITIERS** : camille.labie31@gmail.com
- **REIMS** : internes.hge.reims@gmail.com
- **RENNES** : a.karrer@hotmail.fr
- **ROUEN** : margottr97@gmail.com - cleme.dales@hotmail.fr
- **SAINT-ETIENNE** : int.hge.sainte@gmail.com - tiphaine.gil@gmail.com
- **STRASBOURG** : interne.gastro.strasbg@gmail.com
- **TOULOUSE** : kdobigny@gmail.com
- **TOURS** : pauline.loche@yahoo.fr

Contact des sociétés savantes

- AFEF** (Association Française pour l'Étude du Foie) : <https://afef.asso.fr/>
- ANGH** (Association Nationale des Hépatogastroentérologues 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

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



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 RECRUTEMENT

LE SERVICE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE DU GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCILIEN (GHEF) RECRUTE



UN POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER

pour son site de Marne la Vallée

Un cadre d'exercice confortable, avec possibilité de libéral

Le service est territorial et dispose d'une activité sur chacun des trois sites principaux du GHEF, ce qui offre la possibilité de réaliser une activité multisite accompagnée d'une prime. La totalité du parc d'endoscopes a fait l'objet d'un renouvellement à neuf fin 2022 pour améliorer significativement le confort d'exercice et harmoniser les pratiques et le matériel entre les sites. Enfin, il est également possible pour les PH de réaliser une activité libérale. Pas d'astreinte de nuit.

GHEF : un établissement tourné vers l'avenir

Le GHEF offre un environnement dynamique marqué en 2024 par la construction du nouvel hôpital de Meaux. L'organisation des services médicaux en pôles permet une gestion plus proche du terrain et un meilleur suivi des projets.

Le site de Marne la Vallée est accessible directement de Paris par le RER A (station val d'Europe) (30 minutes de Nation, 40 minutes de Chatelet les Halles).



Un service gastro permettant une prise en charge optimale

Au sein du service, 22 lits d'hospitalisation conventionnelle/semaine, un hôpital de jour, un plateau technique d'endoscopie digestive (coloscopie, endoscopie digestive haute et écho endoscopie) et des consultations.

Staffs de service, RCP oncogastro hebdomadaire, RCP MICI, Staff anatomoclinique.

Une équipe complète déjà en place pour favoriser votre intégration

L'équipe médicale de Marne la Vallée est constituée de 4 PHTP, 2 PH temps partiel, 1 assistant, 1 PAA temps plein, 1 attaché, et 3 internes dont 1 DES.

Sur l'ensemble du GHEF, l'équipe compte 11 praticiens à temps plein, 7 praticiens à temps partiel, 2 assistant, 1 PAA, 1 attaché et 10 internes.

Contact : Dr Locher (Chef service)

☎ 01 64 35 38 54 ✉ clocher@ghef.fr



RECHERCHE



UN(E) HÉPATO-GASTROENTÉROLOGUE LIBÉRAL H/F

AIDE À L'INSTALLATION

- Accompagnement lors des démarches administratives.
- Exonérations de charges lors des premiers mois d'exercice.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter :

✉ majda.karimi@avec.fr ☎ 06 16 68 68 48

Téléchargez le livret d'accueil via le QRcode
ou téléchargez-le via notre site web :

<https://www.clinique-saint-jean-ermitage.fr>

La Clinique Saint-Jean l'Ermitage, ouverte en juin 2018, située à Melun (77) et partenaire du Santépôle de Melun, **recherche un gastro-entérologue**, à temps plein ou partiel, pour intégrer une équipe de 3 endoscopistes et collaborer avec l'équipe de 5 chirurgiens digestifs.

La clinique est une structure neuve de 120 lits d'hospitalisation (dont 7 lits identifiés soins palliatifs), 50 places d'ambulatoires et 15 fauteuils de chimiothérapie.

Le plateau technique est composé de 12 salles d'intervention dont 2 salles d'endoscopie.

Leur équipement permet la pratique de l'écho-endoscopie interventionnelle.

La clinique dispose de tous moyens d'imageries : radiologie et échographie conventionnelles, TDM, IRM et médecine nucléaire.

La radiothérapie est exploitée sur site.

La clinique dispose également d'une Maison des Consultations sur 4 niveaux, avec secrétariats dédiés.

Bassin de recrutement au fort potentiel :

200 000 Habitants, l'agglomération de Melun est une zone dynamique en plein essor économique et social.

À 30 min de Paris (en transport en commun).



L'HÔPITAL ROBERT PAX DE SARREGUEMINES

RECRUTE

GASTRO-ENTÉROLOGUE

À temps plein pour renforcer l'effectif médical du service de gastroentérologie de l'hôpital Robert Pax de Sarreguemines.

Statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

ADRESSER CANDIDATURE ET CV À

Monsieur Jonathan HAAS, Directeur des Affaires médicales,

de la recherche et de l'innovation

Tél. : 03 87 27 33 11 (Secrétariat)

Email : jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr



LE SERVICE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHALON-SUR-SAÛNE

RECHERCHE

- PRATICIEN HOSPITALIER,
- PRATICIEN CONTRACTUEL
- ASSISTANT

UNE ÉQUIPE SOUDÉE ET PASSIONNÉE

L'équipe actuelle composée de 6 PH d'Hépatogastro-entérologie et Oncologie Digestive, exerçant une activité polyvalente. 3 Internes complètent l'équipe.

L'équipe est jeune, dynamique et motivée. L'objectif est de poursuivre le développement des différentes activités du service : Oncologie Digestive, Hépatologie, MICI, Endoscopies standards et interventionnelles, Pathologies pancréatiques, Gastro-entérologie générale.

Les profils en oncologie digestive seront particulièrement appréciés. Toutes les candidatures seront, cependant, attentivement étudiées.



UNE ACTIVITÉ VARIÉE

L'équipe médicale prend en charge :

- 23 lits d'hospitalisation conventionnelle.
- Un Hôpital de jour pour l'activité de biothérapies.
- Une unité de consultations et d'endoscopie digestive avec réalisation d'endoscopies en externe ou avec anesthésie générale (salle dédiée au bloc opératoire).
- Actes diagnostiques et interventionnels (gastroscopie, coloscopie, CPRE, écho-endoscopie radiale, fibroscan en cours d'achat).
- Une unité de chirurgie ambulatoire (endoscopies programmées).

UN PLATEAU TECHNIQUE À LA POINTE

Ouverture prochaine (avril 2024) d'une salle dédiée à l'endoscopie digestive au sein du bloc opératoire, neuve et fonctionnelle.

Plateau technique : Endoscopies digestives hautes et basses dont écho endoscopie diagnostique/thérapeutique et CPRE, Vidéocapsule endoscopique grêlique + colique, pH métrie. Matériel OLYMPUS de dernière génération.

1 RCP locale hebdomadaire d'oncologie digestive et RCP hebdomadaire avec le CHU de Dijon en MICI et Foie + mensuelle d'endoscopie.

3^{ème} AGGLOMÉRATION LA PLUS ATTRACTIVE DE FRANCE (BAROMÈTRE ARTHUR LOYD 2019)

Chalon-sur-Saône est une agglomération dynamique à 1h30 de Paris en TGV, proche des stations de ski et dotée d'un riche patrimoine gastronomique et viticole.

Entre Lyon (1h15) et Dijon (45 min), le Grand Chalon est le cadre serein et verdoyant par excellence ! Ce territoire est particulièrement favorable à ceux qui cherchent les avantages urbains, tout en bénéficiant d'un air pur et d'un accès aisé aux espaces naturels. La qualité de vie, indéniable, permet une vie de famille de grande qualité.

Contact : Dr Pierre Verdier-Davioud ✉ pierre.verdier-davioud@ch-chalon71.fr ☎ 03 85 91 00 30



LE CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÊME RECRUTE ...

*venez rejoindre un hôpital
innovant et durable !*

NOTRE ACTIVITÉ

- Un service d'hospitalisation complète de 24 lits (lits actuellement partagés avec les néphrologues et comprennent une activité d'hospitalisation programmée).
- Des lits disponibles dans un service d'hospitalisation de jour.
- Une unité de consultations et d'endoscopie digestive avec réalisation d'endoscopies en externe ou avec anesthésie générale (salle dédiée au bloc opératoire).
- Actes diagnostiques et interventionnels (gastroscopie, coloscopie, CPRE, écho-endoscopie radiale, fibroscan en cours d'achat).

Projet de développer la vidéo-capsule endoscopique, l'écho-endoscopie avec ponction.

VOTRE ÉQUIPE

Vous intégrez une équipe médicale composée de 5 praticiens et 1 Interne (1 départ à la retraite prévu en 2024).

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, CONTACTEZ

Stéphanie JONAS, Directrice des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique
06 07 60 86 84 - stephanie.jonas@ch-angouleme.fr

UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

EN GASTROENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE

à temps plein

PROFIL RECHERCHÉ : Praticien inscrit ou rapidement inscriptible au Conseil de l'Ordre des Médecins, statut d'assistant, PHC ou PH.

VOS MISSIONS

- Participation à la prise en charge des patients du secteur d'hospitalisation complète, de jour ou de semaine.
- Activité de consultations d'hépatogastroentérologie.
- Participation aux activités d'endoscopie bloc et en salle d'endoscopie.
- Participation aux astreintes opérationnelles (1 jour/semaine et 1 WE sur 5, variable selon les présences).
- Possibilité d'une activité de coopération médicale éligible à la prime d'exercice territorial.

Selon votre profil et vos compétences, la direction sera à l'écoute de nouvelles activités et/ou de formations.



Docteur Mercedes de LUSTRAC, Chef de service

06 72 43 49 86 ou 05 45 24 40 94 - mercedes.delustrac@ch-angouleme.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE

RECHERCHE

UN GASTROENTÉROLOGUE



Afin d'anticiper un futur départ en retraite et d'accompagner le renouvellement du service d'hépatogastroentérologie, le Centre Hospitalier de Grasse cherche à recruter un nouveau praticien.



UN ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE DES ALPES MARITIMES

Le Centre Hospitalier de Grasse est un hôpital à taille humaine (1600 agents), situé entre mer et montagnes, qui a une souplesse d'organisation permettant de construire une équipe unie et solide, tout en jouissant d'une certaine autonomie. Il existe de nombreux réseaux de soins de qualité à proximité et notamment une convention public/privé qui a été établie avec une clinique grassoise.

LE SERVICE GASTROENTÉROLOGIE : DE L'AUTONOMIE ET DE BEAUX PROJETS

Le service dispose d'un médecin interniste, de 14 lits d'hospitalisation, d'un plateau technique en plein renouvellement avec un nouveau bloc d'endoscopie. Celui-ci sera livré en 2026 comportant 2 salles (dont une d'endoscopie interventionnelle) attenante au futur bloc opératoire. La chefferie de service est assurée par un ancien interne des hôpitaux de Nice et ancien Chef de Clinique des hôpitaux de Paris.

PROFIL SOUHAITÉ

Nous cherchons à recruter un praticien hépatogastroentérologue, afin de poursuivre le développement d'un service dynamique, diversifié, ouvert sur la recherche clinique, comportant une équipe paramédicale investie et qui respecte la qualité de vie au travail.

QUALITÉS ATTENDUES

Le candidat doit savoir travailler en équipe, être investi, dynamique et être motivé afin de développer une activité.



CONTACT MÉDICAL : Dr BOUSSOUKAYA, Chef de service ☎ 04 93 09 53 57 ✉ s.boussoukaya@ch-grasse.fr

CONTACT ADMINISTRATIF : Madame DUVAL, Responsable des affaires médicales ☎ 04 93 09 53 86 ✉ j.duval@ch-grasse.fr



LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES **FORME ET RECRUTE**
DES GASTRO-ENTÉROLOGUES

SOIGNER SERVIR AUTREMENT



devenez-medecin-militaire.fr

Découvrez notre environnement.



L'HÔPITAL DU VALAIS CHERCHE

pour le Centre Hospitalier du Valais Romand

UN-E MÉDECIN CADRE

pour le service de gastro-entérologie à 50-80%.

1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5'900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40'000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633'000 visites ambulatoires sont assurées.

VOS MISSIONS

Prise en charge des patients ambulatoires et hospitalisés.
Activité de consultations et d'endoscopie sur les sites de Martigny et de Sion.
Participation aux formations et colloques du service
Participation aux piquets du service
Possibilité d'avoir si désiré un cabinet privé dans ou hors de l'hôpital (conditions à définir).

VOTRE PROFIL

Diplôme fédéral de médecin ou porteur d'un diplôme équivalent de l'UE.
Un titre de spécialiste ISFM en gastro-entérologie ou une formation jugée équivalente (MEBEKO).
De bonnes compétences en endoscopie de routine et d'urgence.

Formation en examens fonctionnels :

Manométrie, ph-impédancemétrie (un atout)
Bonne maîtrise du français (allemand un atout)
Autonomie, flexibilité et travail en équipe.

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieux de travail : Hôpitaux de Martigny et de Sion.

Entrée en fonction : 1^{er} juin 2024 (ou à convenir).

Délai de postulation : 15 avril 2024.



Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du Centre Hospitalier du Valais Romand,

☎ +41 (0)79 523 67 29 ✉ thomas.nierle@hopitalvs.ch ou

Dr Christian Mottet, Médecin chef de service

☎ +41 (0)27 603 43 14 ✉ christian.mottet@hopitalvs.ch

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page www.hopitalvs.ch/emploi

Une offre spéciale pour vous !

La Lettre de l'Hépatogastroentérologue

La revue bimestrielle des médecins spécialistes en hépatogastroentérologie. Toute l'actualité scientifique et l'expertise de spécialistes reconnus dans leur domaine, à travers des articles de synthèse didactiques et illustrés, utiles à la pratique clinique.

- Dossiers thématiques
- Actualités des congrès internationaux
- Cas cliniques
- Images commentées
- Traitements difficiles

25%
de réduction*
avec le code
AFIHGE

Abonnez-vous

et bénéficiez d'une offre exceptionnelle

- Recevez la revue imprimée (6 numéros par an et des suppléments)
- Consultez les articles en ligne et téléchargez-les au format pdf
- Feuilletez les revues au format numérique sur le site et l'application mobile
- Accédez aux archives de la revue



* Offre valable sur l'abonnement au tarif particulier



Rédacteurs en chef :

Pr Laurent Peyrin-Biroulet et Pr Philippe Sogni

Abonnez-vous sur Edimark.fr



ou auprès du service
abonnements

Email : abonnements@edimark.fr

Tél. : 01 46 67 62 74