



Association Française des Internes
d'Hépatogastro-Entérologie

Journal des Jeunes Gastros

JJG

Numéro 06
Mars 2025



Interview

Entretien avec une Équipe Mobile
de la douleur et des Soins Palliatifs

Présentation d'une FST

La FST d'addictologie

Présentation d'une association

La chaîne de l'Espoir : Entretien avec
le Pr Gabriel Rahmi

Case Reports

Sept case reports originaux de 2024

SOMMAIRE

05. AGENDA

Calendrier des événements du semestre

06. PRÉSENTATION D'UNE ASSOCIATION

La Chaîne de l'Espoir, entretien avec le Pr Gabriel Rahmi

09. INTERVIEW

Entretien avec une Équipe Mobile de la douleur et des Soins Palliatifs

14. COMMUNIQUÉ MEDEMPRUNT

Acheter un bien immobilier quand on est interne en hépato-gastro-entérologie

16. CASE REPORTS

7 case reports originaux de 2024

22. UN CAS CLINIQUE

29. PRÉSENTATION D'UNE FST

FST d'addictologie

33. ANNONCES DE RECRUTEMENT

N°06

Mars 2025



**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

Crédit photos

Adobe Stock, 123RF, AFIHGE

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.

Imprimé sur papier recyclé



ÉDITO



EL HACHEM Sami

Rédacteur en chef

Interne au CHU de Toulouse

Jamais cinq sans six, paraît-il !

LAFIHGE vous offre sa sixième édition de sa revue faite par les internes et pour les internes, le Journal des Jeunes Gastros (ou JJG pour les intimes).

Mariant harmonieusement cas cliniques, retours d'expériences et case reports à lire avant de s'endormir, le JJG revient (un peu plus timide cette fois-ci) pour vous divertir durant vos pauses cafés (quand elles existent).

En complément des nombreuses revues et des nombreux supports existants, il a pour vocation de mettre à votre disposition des outils simples et pratiques pour votre quotidien d'interne.

Entre les questionnaires diffusés sur la qualité de la formation, les échanges constructifs avec les sociétés savantes, les stands pendant les congrès et les journées de formation (sans oublier les soirées), l'AFIHGE vous représente, vous les internes, et œuvre avec rigueur en faveur de la qualité de votre parcours académique et vos conditions de travail.

Cette année, nous vous donnons rendez-vous en Alsace pour les journées de l'AFIHGE : la capitale de Noël (oui, avec quelques mois de retard, ou d'avance...) vous attend pour des présentations variées par des intervenants incroyables ! Ces journées seront également l'occasion d'élire le nouveau bureau.

Je vous souhaite une bonne lecture et à bientôt pour le prochain numéro !



Calendrier des événements

Avril 2025
à Novembre 2025

Avril 2025

3-4 avril 2025 • Cours intensif de la FFCD (Fédération Française de Cancérologie Digestive)
Montpellier

3-5 avril 2025 • ESGE Days (European Society of Gastrointestinal Endoscopy, Société européenne d'endoscopie gastro-intestinale)
Barcelone, Espagne
<https://esgedays.org>

Mai 2025

3-6 mai 2025 • Digestive Disease Week (La semaine des maladies digestives)
San Diego, États-Unis
<https://ddw.org>

7-10 mai 2025 • Congrès de l'EASL (European Association for the Study of the Liver, Association européenne pour l'étude du Foie)
Amsterdam, Pays-Bas
<https://www.easlcongress.eu>

24 mai 2025 • 7^{ème} Journée Coloproctologique de Printemps
Paris

31 mai - 1^{er} juin 2025 • Journées de l'AFIHGE (Association Française des Internes d'Hépatogastro-Entérologie)
Strasbourg

Septembre 2025

18-19 septembre 2025 • Cours intensif de la FFCD (Fédération Française de Cancérologie Digestive)
Marseille

24-26 septembre 2025 • 97^e Journées Scientifiques de l'AFEF (Société Française d'Hépatologie)
Paris

Octobre 2025

17-21 octobre 2025 • Congrès de l'ESMO (European Society for Medical Oncology, Société européenne d'oncologie médicale)
Berlin, Allemagne
<https://www.esmo.org/meeting-calendar/esmo-congress-2025>

Novembre 2025

20-21 novembre 2025 • Vidéo-Digest / Cours intensif
Paris

La Chaîne de l'Espoir

Entretien avec le Professeur Gabriel Rahmi



Adèle PAYER



Vous êtes engagé dans l'association la Chaîne de l'Espoir, qui est une ONG médicale internationale fondée en 1994. Pouvez-vous nous présenter en quelques mots l'association ?

Présidée par le Docteur Eric Cheysson, La Chaîne de l'Espoir, association française fondée en 1994 par le Professeur Alain Deloche, est un réseau d'excellence et d'expertise médico-chirurgicales, un acteur de santé engagé

dans des actions pérennes visant à donner accès aux soins et à l'éducation aux enfants et aux adultes les plus pauvres dans les pays économiquement faibles. Résolument tournée à l'international, La Chaîne de l'Espoir intervient au-

jourd'hui dans 28 pays. L'association dispose d'un vaste réseau de partenaires médicaux principalement en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud.

Comment avez-vous découvert l'association et pourquoi avez-vous décidé de rejoindre l'association ?

Je suis né à Dakar au Sénégal et j'y ai vécu 18 ans avant de venir faire mes études de médecine en France. C'est assez naturellement qu'il m'est venu l'envie d'aider mes collègues sénégalais à développer ce qui était devenu mon domaine d'expertise, l'endoscopie digestive. En effet, il existe au Sénégal environ 20 millions d'habitants, et aucune CPRE n'était réalisée faute d'équipement disponible et

de formation des hépato-gastroentérologues avant notre action avec la Chaîne de l'Espoir.

J'ai découvert cette ONG grâce à ma rencontre avec le Pr Alain Deloche, chirurgien cardiaque ayant exercé à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, qui m'a toujours encouragé et soutenu dans mon programme de soutien au développement de l'endoscopie au Sénégal, le programme SENENDO.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur votre rôle et le(s) projet(s) mené(s) au sein de la Chaîne de l'Espoir ?

Je suis membre du Conseil d'Administration de la Chaîne de l'Espoir et j'ai ainsi pu avoir une vision globale des actions humanitaires menées dans le monde et particuliè-

rement en Afrique. Je coordonne le programme SENENDO qui a pour objectif de soutenir le développement de l'endoscopie digestive au Sénégal et dans la sous-région.





Au laboratoire de simulation de la Faculté de Médecine

Ce programme comprend plusieurs volets correspondant chacun à des défis majeurs : la disponibilité des équipements (colonnes d'endoscopie, endoscopes, bistouris, amplificateur de brillance) et leur maintenance, l'accessibilité à un coût raisonnable aux dispositifs endoscopiques (clips, anses, pinces, prothèses, etc.) et la formation des endoscopistes.

Le programme SENENDO a débuté en septembre 2021 grâce à un soutien financier significatif de plusieurs industriels impliqués en endoscopie. Ce programme a permis de créer un centre de référence à l'hôpital Principal de Dakar où l'endoscopie digestive thérapeutique de niveau 3 (comme notamment la CPRE) est maintenant possible en

“
SENENDO : Développer un centre d'endoscopie de référence à Dakar et construire un hub pour l'endoscopie diagnostique et thérapeutique en Afrique de l'Ouest

routine. Les missionnaires endoscopistes et infirmières viennent de services d'endoscopie référents en France et au Canada. La formation a été un axe majeur du programme avec trois collègues sénégalais qui sont venus en France se former en endoscopie interventionnelle pendant au minimum 6 mois chacun et en mettant en place des masterclasses d'endoscopie à la Faculté de médecine Cheikh Anta Diop de Dakar. Un gros travail de formation des aides endoscopistes a également été accompli. En parallèle, des projets de recherche en endoscopie coordonnés par nos collègues universitaires sénégalais ont pu être initiés.

En quoi est-ce important de développer l'endoscopie digestive dans le monde et pourquoi en particulier en Afrique Subsaharienne ?

L'endoscopie digestive permet d'offrir pour de nombreuses indications des traitements mini-invasifs associés à une très faible morbi-mortalité. La durée d'hospitalisation est ainsi diminuée et l'ambulatoire favorisée. Dans les hôpitaux des pays à faibles ressources, il me semble donc important de développer ces techniques.

En Afrique sub-saharienne, l'infection par le virus de l'hépatite B est particulièrement préoccupante avec un nombre de décès en augmentation continue selon l'OMS. L'évolution vers une cirrhose est responsable d'une hypertension portale avec un risque élevé de rupture de varices œsophagiennes et de mortalité. L'endoscopie est un outil thérapeutique incontournable dans cette situation et permet de sauver des vies grâce à la ligature de ces varices.

D'autre part, il existe une augmentation de l'incidence des cancers digestifs en Afrique avec la nécessité d'organiser des campagnes de prévention par endoscopie, comme pour le cancer colorectal.

Bien d'autres exemples de pathologies dans cette région du monde me font penser que le développement de l'endoscopie digestive est nécessaire et incontournable.



En salle d'endoscopie (hôpital Principal de Dakar)

Quel serait votre conseil pour les jeunes gastro-entérologues qui souhaitent s'engager dans un projet humanitaire ?

Une fois leur formation terminée, c'est d'abord un choix personnel et cela nécessite un engagement fort qui sera toujours récompensé. C'est au fond la volonté de partager son savoir qui sera le moteur initial et qui provoquera inmanquablement des rencontres amicales et durables. Concrètement, je leur conseille de travailler en équipe et de se rapprocher d'une ONG comme la Chaîne de l'Espoir qui permet d'assurer un cadre juridique pour les missions. En effet, chaque missionnaire est préparé, suivi et assuré pour toutes ses missions.

Chaque fin de mission est marquée par une fatigue intense, mais est toujours associée à la grande satisfaction d'avoir vécu une véritable aventure humaine.



Au laboratoire de simulation de la Faculté de Médecine



**La chaîne
de l'espoir**

<https://www.chainedelespoir.org>



Entretien avec une Équipe Mobile de la douleur et des Soins Palliatifs



EL HACHEM Sami
Toulouse

Entretien avec Dr Marie-Pierre SAFFON, Dr Olivia BOESPFLUG et Cécile PÉPION (infirmière), de l'équipe mobile de la douleur et des soins palliatifs du Centre Hospitalier de Tarbes-Lourdes.

Un entretien enrichissant, pratique et, le plus important, humain, sur les soins palliatifs en France, avec une équipe mobile de la douleur et des soins palliatifs au centre hospitalier de Tarbes-Lourdes.

Comment définissez-vous les soins palliatifs ?

La SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) définit les soins palliatifs comme des soins actifs qui peuvent être proposés à un patient dès lors qu'il est atteint d'une maladie grave, évolutive, incurable, parfois dans une phase assez précoce de la maladie. Ils visent à améliorer la qualité de vie des patients sans chercher à agir sur la quantité de vie, en considérant que la mort est un processus naturel qui fait partie de la vie. Cette prise en charge s'inscrit dans une approche globale de la personne malade ; on parle d'une approche « biopsychosociale et spirituelle » :

- La dimension « Bio » : concerne tout l'aspect physique, c'est-à-dire la prise en charge des symptômes d'inconfort (la douleur, la dyspnée, les troubles digestifs, etc.) ;

- La dimension « Psycho » : concerne tout l'aspect psychique (l'anxiété, l'angoisse, etc.) ;

- La dimension « Sociale » : cet aspect s'intéresse à la fois au retentissement professionnel (avec un intérêt majeur de l'accompagnement par une assistante sociale) et au retentissement familial (quel est l'impact de la maladie sur l'équilibre de la famille et quelle place occupe-t-elle ?) ;

- La dimension « Spirituelle » : elle n'est pas réductible à la religion. En effet, la maladie déclenche souvent un questionnement existentiel : les malades font le « bilan » de leur vie, s'interrogent sur ce qu'ils laissent derrière eux.

Les soins palliatifs s'adressent au patient mais également à sa famille et aux équipes soignantes.

Enfin, ils ont aussi une mission de formation et de recherche qu'il ne faut pas oublier.

Selon la loi de 1999, tout patient a le droit à des soins palliatifs où qu'il soit : ces soins sont donc aussi bien déployés en institution qu'au domicile.

Insistons sur l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge : médecins, infirmiers, psychologues, assistante sociale, et bénévoles d'accompagnement formés (kiné, orthophoniste, ergothérapeute...).

À quel moment rencontrer un patient et comment vous présentez-vous ?

Dès lors que le médecin « spécialiste » a acté que l'on ne pourra pas guérir la maladie et qu'il l'a annoncé au patient et à sa famille. Il y a un outil développé par la SFAP sous forme de fiche : « Pallia10 » (avec une version gériatrique : « Pallia10 Géronto ») permettant

de vérifier qu'un patient est éligible à la sollicitation de l'équipe mobile de soins palliatifs.

Comment nous présentons-nous ? Cette question a été posée et la réponse est très simple : nous nous présentons souvent comme « équipe mobile de soins pallia-

tifs » puisque le patient et son entourage sont censés avoir été informés du caractère incurable de la maladie. Mais, cette présentation sera à moduler suivant les capacités du patient à « entendre » le stade palliatif de sa maladie.

Quelles sont les urgences palliatives ?

C'est un paradoxe qui existe : la douleur, la dyspnée, les vomissements incoercibles, les hémorragies cataclysmiques, la détresse psychique avec des angoisses de mort envahissant le malade sont de vraies urgences. La détresse respiratoire asphyxique reste l'ur-

gence la plus fréquente et la plus grave et pose souvent l'indication d'une sédation immédiate.

Très important : lors de l'entretien, il faut être pro-actif, poser beaucoup de questions et interroger activement le malade, notamment sur sa souffrance psychologique.

En effet, certains patients pourraient ne pas exprimer leur souffrance spontanément et devant tous les membres de l'équipe, d'où l'intérêt aussi de communiquer avec ses collègues de l'équipe médicale et paramédicale du service.

On en est où de la fin de vie en France ?

4 grandes lois régissent les soins palliatifs en France : 1999, 2002, 2005 et 2016.

La plus récente c'est la loi « Claeys-Leonetti » de 2016 qui permet « une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès » devant des symptômes réfractaires, que le patient lui-même juge insupportables, si le pronostic vital est engagé à court terme, et à l'issue d'un processus réflexif qui s'appelle « procédure collégiale ». Ceci s'applique également pour des patients qui ne sont pas en capacité d'exprimer leur volonté.

En 2024, il y a eu un projet de loi qui visait à « aller plus loin » : suite à la convention citoyenne sur la fin de vie, 75 % des personnes interrogées étaient favorables à « une aide active à mourir ». Les textes prévoient 2 schémas différents : une option de « suicide assisté » et une option d'« euthanasie ». La discussion a été interrompue par les événements récents sur la scène politique (d'abord la dissolution de l'Assemblée nationale puis la motion de censure du gouvernement). Une reprise est prévue au premier trimestre de 2025.

Les limites des premières versions du texte sont : l'impossibilité aux pharmaciens d'utiliser leur clause de conscience en cas de refus de délivrance de la substance létale, la possibilité d'administration de la substance par la famille, le délai de réflexion de 48h...

Cependant, une grande question se pose : est-ce que toutes les ressources (médicamenteuses mais aussi psychologies et sociales) ont été mises à disposition du patient et de sa famille avant de leur ouvrir la possibilité d'une « aide active à mourir » ? On parle souvent de « liberté de choix » mais les patients ont-ils vraiment le choix entre « avoir mal » ou « vouloir mourir » ?

N'oublions pas l'impression de « fardeau pour la société » ressenti par les personnes âgées dépendantes : qu'offrons-nous aux gens vulnérables ? Jusqu'à quand ferons-nous le culte de la personne jeune, en bonne santé et rentable ? Pourquoi vieillir est-il « mauvais », mal vu, « indigne » ?

Dans les pays où l'euthanasie a été légalisée, il y a des dérives, une tendance à l'élargissement des cri-

“

Le débat est très complexe et dans tous les cas, les décisions doivent être collégiales et personnalisées, en gardant toujours en tête que la dignité est intrinsèque à l'être humain et non à ce qu'il pourrait apporter ou représenter pour la société.

”

tères d'éligibilité : la mort devient vite une prestation dans une société qui privilégie l'utilitarisme et la productivité.

Le débat est très complexe et dans tous les cas, les décisions doivent être collégiales et personnalisées, en gardant toujours en tête que la dignité est intrinsèque à l'être humain et non à ce qu'il pourrait apporter ou représenter pour la société.



Je suis interne de garde et je suis appelé par l’infirmière pour un patient que je ne connais pas, en soins palliatifs, qui présente une détresse respiratoire, comment devrais-je agir ?

Un maître-mot : l’anticipation. Anticiper l’échange et l’information du malade et de sa famille. Anticiper la discussion collégiale dans l’équipe dès lors qu’un patient est atteint d’une maladie grave et qu’il est susceptible de présenter un événement aigu. Mais surtout, anticiper les prescriptions. Prescrire de la morphine et du midazolam en « si besoin ». Ne pas avoir peur de prescrire ces médicaments : le TRANXENE et le VALIUM,

médicaments à demi-vie longue, sont régulièrement utilisés au détriment de l’HYPNOVEL qui fait paradoxalement peur alors que sa demi-vie est plus courte et sa maniabilité plus facile (et pourtant, ils font tous partie de la famille des benzodiazépines). Il faut démystifier son utilisation.

Si une sédation profonde n’a pas été validée en discussion collégiale et s’il n’y a pas de prescription anti-

cipée, un compromis consisterait à prescrire des médicaments visant à soulager au maximum les symptômes présents (anxiolytiques par exemple avec un pousse-seringue de MIDAZOLAM à 0.2 mg/h ou de la morphine à faible dose si le patient est polypnéique) pendant la nuit, sans viser, d’emblée, une sédation profonde du patient.

Comment bien orienter un malade en soins palliatifs à la sortie d’hospitalisation ?

C’est le quotidien dans les services. L’organisation des soins palliatifs est dépendante des départements.

Pour faire simple :

- Un patient en soins palliatifs mais avec peu de soins techniques et peu de risque de présenter un événement aigu au domicile : discuter une inclusion dans un réseau de soins palliatifs. En pratique, il faut appeler le « DAC » (Dispositif d’Appui à la Coordination) qui nous met en lien avec le réseau de soins palliatifs. Il faut également avoir l’aval du médecin traitant et des

infirmières libérales qui restent au centre de la prise en charge du patient au domicile. Une visite au domicile est organisée. L’assistante sociale qui instruit le dossier met en place des aides qui sont opérationnelles très rapidement. Le réseau de soins palliatifs n’est pas effecteur de soins, mais a un rôle de conseil.

- Un patient en soins palliatifs mais avec des soins techniques (exemples : oxygénothérapie, nutrition artificielle, PCA, etc.) et/ou qui est à risque de présen-

ter un événement aigu au domicile : appeler l’HAD (Hospitalisation à domicile) qui vient évaluer le patient au cours de l’hospitalisation et qui mettra tout en place ; le médecin et les infirmiers de l’HAD accueilleront le malade le jour de la sortie. À la différence du réseau de soins palliatifs, l’HAD est effectrice de soins.

- Si un retour au domicile n’est pas possible de manière temporaire ou définitive (isolement socio-familial important, impossibilité pour la famille...), une institutionnalisation peut être discutée. Les

orientations sont nombreuses et dépendent à la fois du profil du patient et de son pronostic. Si le patient n'est pas « soulagé », un séjour en service de SMR (Service Médicale de Réadaptation) doté de LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs) voire à l'USP (Unité de Soins Palliatifs, si l'inconfort du malade est majeur) peut être organisé. Ces structures peuvent également accompagner les malades en fin de vie. Ensuite, si l'objectif c'est une rééducation en vue d'un retour au domicile avec reprise possible d'un traitement spécifique (chimiothérapie par exemple), un séjour en SMR devra être anticipé. Enfin, pour les personnes âgées sans retour au domicile possible et sans indication à une



À gauche, Dr Marie-Pierre SAFFON et à droite, madame Cécile PEPION IDE, de l'équipe mobile de la douleur et des soins palliatifs du centre hospitalier de Tarbes

rééducation, une demande de placement peut être faite (EHPAD pour Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ou USLD pour Unité de Soins de Longue Durée).

Dans tous les cas, ne pas hésiter à solliciter les équipes mobiles de la douleur et des soins palliatifs : elles sont présentes dans toutes les structures, elles sont accessibles, et ont l'habitude de la prise en charge multidisciplinaire.

Comment se former aux soins palliatifs ?

- **Pour les médecins :** la formation spécialisée transversale (FST) de soins palliatifs accessible notamment aux internes en hépato-gastro-entérologie.
- **Pour les infirmières :** une formation institutionnelle à l'IFSI (Institut de Formation aux Soins Infirmiers) avec 2 fois 2 journées de formation faites par l'EMSP et une formation continue au sein du centre hospitalier.
- **Et pour la formation continue :** les DU/DIU (diplômes universitaires et inter-universitaires) et le congrès annuel de la SFAP ouvert à tous les professionnels de santé et aux bénévoles ; il y a également des journées de formation régionales. Il faut se renseigner auprès des acteurs locaux.



Pour conclure, même si cela paraît évident, une règle d'or :

Apprendre à écouter le patient, l'aborder dans sa globalité. Mais aussi, en tant que professionnel, savoir demander de l'aide, connaître ses limites, faire appel à des collègues, être réactif, savoir anticiper. Et surtout, ne pas oublier que la mort fait partie de la vie, et l'accepter soi-même afin de pouvoir y être confronté quand on exerce des soins palliatifs.



Medemprunt

Acheter un bien immobilier quand on est interne en hépato-gastro-entérologie

Acheter un bien immobilier quand on est interne en Hépato-Gastro-Entérologie ? Revenus mal compris, statut "atypique" pour les banques, emploi du temps surchargé... autant d'obstacles qui compliquent l'achat immobilier. Heureusement, Medemprunt est là pour vous simplifier la vie. On s'occupe de tout pendant que vous sauvez des vies !

Saviez vous que plus de **70 %** des jeunes médecins considèrent l'achat immobilier comme un levier essentiel pour sécuriser leur avenir financier ?

(source : Enquête APHG, 2023)



Les galères d'un interne pour obtenir un crédit (et pourquoi on est là pour ça)

Entre les réunions, les gardes et les (trop courtes) pauses café, trouver un prêt immobilier, c'est mission impossible. Les banques ne comprennent pas le statut d'interne ou vos "revenus variables". Résultat, des conditions pas toujours adaptées.

Pour vous aider dans vos démarches, voici les infos essentielles à connaître.

Les différents types de prêts pour les internes

- **Le prêt classique** : remboursement du capital et des intérêts chaque mois.
- **Le prêt à paliers** : idéal pour les internes, il permet de commencer avec de petites mensualités (adaptées à vos revenus d'interne) avant d'augmenter progressivement le remboursement selon votre cursus.

Comprendre vos mensualités et la durée d'un prêt

- La durée d'un prêt immobilier peut aller de 12 à 25 ans en fonction de votre projet et de votre capacité d'endettement.
- Plus la durée est longue, plus les mensualités sont faibles, mais le coût total du crédit sera plus élevé.
- L'apport doit représenter les frais du projet, à savoir environ 10 % de la valeur du bien (pour de l'ancien).



Voici quelques capacités d'emprunt pour vous aider à vous projeter :



Tristan, interne en 5^{ème} semestre qui fait 3 à 4 gardes par mois peut emprunter 210 000 €, pour une mensualité de 1 000 € par mois (hors assurance)* sur 25 ans, avec un taux de 3,10 %.



Mélanie et Pierre, en 1^{ère} année d'assistantat avec 2/3 gardes par mois peuvent emprunter 620 000 € grâce à une mensualité de 2 920 € par mois (hors assurance)* sur 25 ans, avec un taux de 2,95 %.

Mais attention, toutes les capacités d'emprunt ne se valent pas !

Pour arriver à ces résultats, Medemprunt utilise les prêts à palier et prends en comptes 100 % des revenus (gardes, astreinte, primes et remplacement).

Par ailleurs, avoir un taux bas permet d'augmenter votre capacité d'emprunt. Justement chez Medemprunt les taux moyens étaient de 2,98 %* en janvier 2025,

contre 3,56 %* chez notre concurrent "meilleurtaux.com" ! Autant dire qu'avec Medemprunt, vous êtes gagnant dès la signature.

En plus, nous pensons que 2025 est une année favorable pour acheter ! En effet, malgré la baisse des taux, les prix de l'immobilier restent stables dans toute la France.

*Sur 25 ans

Medemprunt : les Experts du crédit immobilier des internes et des médecins

On pourrait vous dire qu'on est les meilleurs (ce qui est vrai), mais voici pourquoi on sort du lot :

- **On parle votre langage :** PH, CCA, assistants... on connaît vos statuts sur le bout des doigts.
- **On est flexibles :** RDV en visio du lundi au samedi, jusqu'à 23h. Oui, vraiment.
- **On est experts :** On sait comment convaincre les banques et vous dégoter le meilleur taux.

Ils nous ont fait confiance (et vous devriez aussi)

"Medemprunt m'a permis d'obtenir un prêt parfaitement adapté à mon statut d'interne. Leur expertise et leur accompagnement ont été décisifs pour réaliser mon premier achat immobilier."

"Grâce à leur connaissance des spécificités médicales, j'ai pu finaliser mon projet sans stress. Le service en visioconférence a simplifié les démarches malgré mon emploi du temps chargé."

Pourquoi choisir Medemprunt, en 4 points ultra simples

- 1 **Gain de temps :** Vous avez déjà des journées de 28 heures. On s'occupe des démarches.
- 2 **Meilleurs taux :** Votre banquier propose son meilleur taux ? Nous, on peut sûrement proposer mieux.
- 3 **Il n'y a pas que le taux qui compte :** Découvrez l'impact des frais de cautions, frais de dossier, frais d'assurance et des indemnités de remboursement anticipé...
- 4 **Zéro prise de tête :** On fait tout pour que vous restiez zen (et concentrés sur vos patients et vos études).



Comment prendre rendez-vous et changer votre vie (ou au moins votre logement)

1. Allez sur [medemprunt.fr](https://www.medemprunt.fr)
2. Cliquez sur "RDV visio"
3. Choisissez un créneau. On est dispo jusqu'à 23h

Le premier entretien est **100 % gratuit** et sans engagement. Juste un moment sympa pour parler de vos projets immobiliers et voir comment on peut vous aider.

Vous sauvez des vies ; nous, on sauve vos finances. Avec Medemprunt, réaliser votre projet immobilier, c'est aussi simple qu'un clic. Et nous vous aidons aussi après votre achat (conseil en assurance vie, retraite, fiscalité...). Alors, qu'est-ce que vous attendez ? Laissez-nous gérer pendant que vous vous concentrez sur ce qui compte vraiment.





case reports originaux de 2024



FILALI-ANSARY Zakia
CHU Toulouse

Relecture par Dr Théo IZOPET

Article 1

Une cause atypique d'occlusion digestive

Rana R, Bhattacharya S, Bhattacharya B, Ghimire RK, Joshi N. Isolated visceral manifestation of Buerger's disease presenting as intestinal obstruction: a case report. Ann Med Surg (Lond). 2024 Apr 29;86(6):3770-3775.

Il s'agit du cas d'un patient de 42 ans, fumeur et consommateur d'alcool, admis aux urgences au Népal pour des douleurs abdominales évoluant depuis deux mois, associées à un syndrome subocclusif et à des épisodes de diarrhée parfois glairo-sanglantes. Il avait comme seul antécédent une suspicion d'ischémie transitoire d'un membre inférieur non explorée. L'examen clinique retrouvait une sensibilité épigastrique et plusieurs petits lipomes abdominaux.

Le bilan biologique montrait un taux de CRP à 22 mg/L avec une hémoglobine normale. L'échographie révélait un épaississement pariétal du jéjunum avec une rétro-

dilatation, confirmés à l'entéro-IRM qui objectivait une sténose segmentaire et circonférentielle du jéjunum associée à des adénomégalies mésentériques.

Devant ce tableau occlusif avec suspicion de maladie de Crohn, une résection-anastomose jéjunale coelioscopique a été réalisée.

L'examen anatomopathologique a révélé une inflammation aiguë et chronique de la muqueuse, une sclérose sous-muqueuse, ainsi qu'une atteinte vasculaire marquée : épaississement pariétal des artéioles avec œdème, fibrose, occlusions multiples et inflammation des vaisseaux. Ces lésions étaient compa-

tibles avec une thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger).

Pathologie vasculaire que nous connaissons peu en gastro-entérologie, la thromboangéite oblitérante est plus fréquente en Asie et au Moyen-Orient, touchant principalement des hommes jeunes et fumeurs. Elle a pour conséquence la survenue des ischémies aiguës des extrémités des membres pouvant mener à des amputations. Son mécanisme repose sur une toxicité du tabac entraînant une réaction immunitaire altérant la paroi vasculaire. Aucun traitement curatif n'est défini, mais le sevrage tabagique reste essentiel, permettant une régression des lésions dans 95 % des cas.

Article 2

Une hémostase de cowboy

Wang P, Zhang H, Xu S, Zhang Y, Ma H, Feng J, Wang X, Zhang D. Hemorrhagic Shock Caused by Spontaneous Bleeding from Early Gastric Cancer Was Successfully Cured by Emergency Endoscopic Submucosal Dissection: A Case Report. *Clin Med Insights Case Rep.* 2024 Aug 27;17:11795476241271552. doi: 10.1177/11795476241271552. PMID: 39206022; PMCID: PMC11350541.

Une patiente de 70 ans consulte aux urgences en Chine pour malaise et méléna évoluant depuis deux mois. Elle est instable sur le plan hémodynamique avec une hémoglobine à 4,1 g/dL.

La gastroscopie met en évidence deux lésions gastriques, une lésion de type 0-Isp (classification de Paris) sur la face postérieure de l'antra et une lésion de type 0-IIa au niveau de l'angulus, avec l'analyse en NBI différente de la muqueuse normale adjacente.

L'écho-endoscopie ne retrouve pas d'atteinte sous-muqueuse, et les biopsies concluent à de la dyspla-

sie de haut grade. Une dissection sous-muqueuse (DSM) est programmée, et la patiente sort sous IPP.

Elle est réhospitalisée peu après pour récurrence hémorragique avec méléna. La gastroscopie objective un saignement actif sur la lésion de l'antra. Une DSM en urgence est réalisée en une dizaine de minutes, permettant l'hémostase et, dans la foulée, l'endoscopiste résectionne la lésion de l'angulus par la même technique. L'analyse anatomopathologique conclut à un adénocarcinome bien différencié avec résection R0.

Ce cas poserait la question de l'intérêt de la DSM dans la prise en charge des hémorragies sur lésions néoplasiques précoces, sous réserve d'un bilan d'extension complet et d'un opérateur expérimenté (ici, l'endoscopiste avait plus de 300 DSM gastriques et œsophagiennes à son actif). En effet, les vaisseaux tumoraux, de gros calibre, rendent l'hémostase conventionnelle difficile (clips, coagulation thermique) et peuvent compromettre l'analyse histologique.

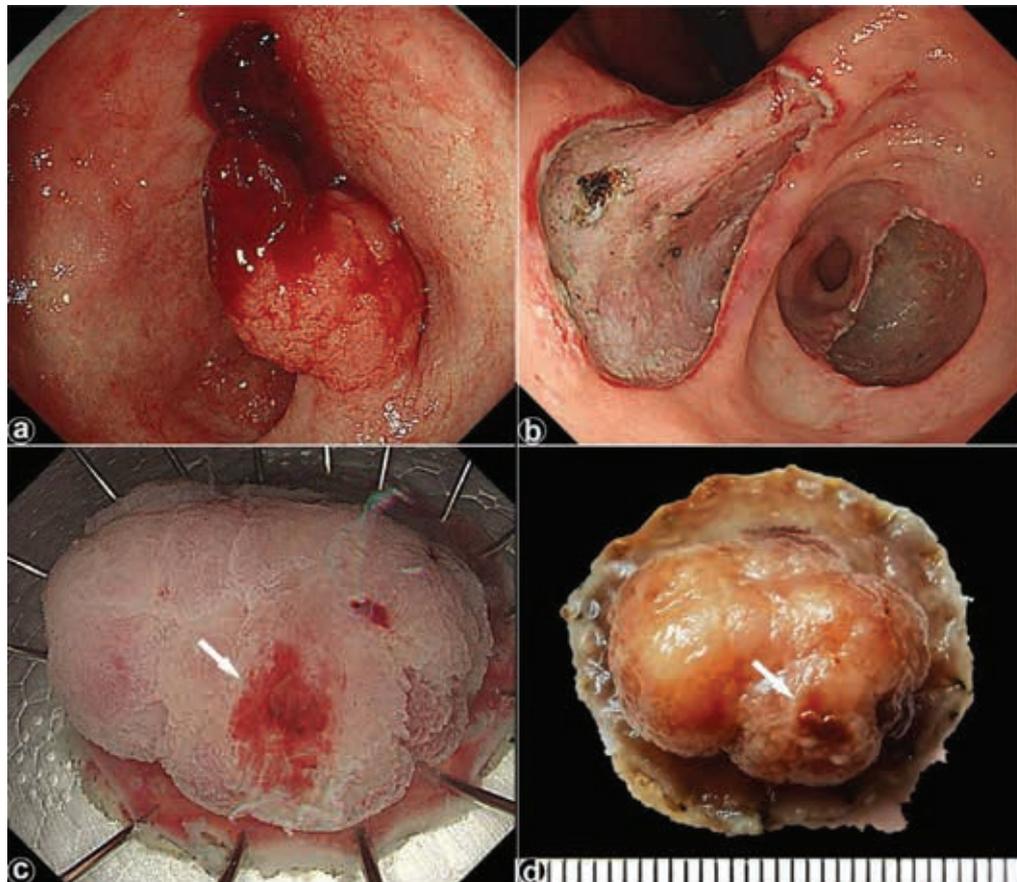


Figure 1 : a) Vision endoscopique de la lésion de l'antra 0-Isp avec caillot adhérent. b) Vision endoscopique directe après résection des deux lésions. c) Pièce opératoire avec vaisseau à l'origine du saignement. d) Pièce après fixation au formol.

Article 3

Quand le foie s'égare

Saglietti C, Fasquelle F, Barcena C, Schmidt S, Shirata C, Uldry E, Halkic N, Sempoux C. Primary hepatocellular carcinoma of the spleen. *Pathology*. 2024 Jun;56(4):600-601. doi: 10.1016/j.pathol.2023.09.005. Epub 2023 Oct 29. PMID: 37973456.

En Suisse, une patiente de 68 ans, diabétique de type 2 avec syndrome métabolique et antécédents vasculaires (accident ischémique cérébral, ischémie subaiguë du membre inférieur), est prise en charge pour une masse splénique fortuite découverte sur un scanner réalisé dans le bilan de son ischémie. Une IRM de contrôle à 8 mois montre une augmentation volumétrique de 40 %, motivant une splénectomie diagnostique.

L'examen anatomopathologique met en évidence une lésion multinodulaire non encapsulée, avec une prolifération carcinomateuse évoquant un carcinome hépatocellulaire (CHC). L'aspect histologique est frappant : ballonnisation cellulaire, corps de Mallory et zones de stéatohépatite tumorale. Pourtant, aucun foyer tumoral n'est retrouvé dans le foie natif à l'IRM et au TEP-Coline. En préopératoire, l'alpha-fœtoprotéine était élevée (5 027 kU/L), chutant à 3 kU/L après splénectomie.

Une entité exceptionnelle : le carcinome hépatocellulaire sur foie ectopique splénique. Le foie ectopique, bien que rare (0,47 % des laparoscopies sur 1 046 cas), est décrit préférentiellement au niveau de la vésicule biliaire, mais d'autres localisations, dont la rate, ont été rapportées. Comme le foie natif, il est soumis aux mêmes agressions métaboliques et peut évoluer vers un CHC.

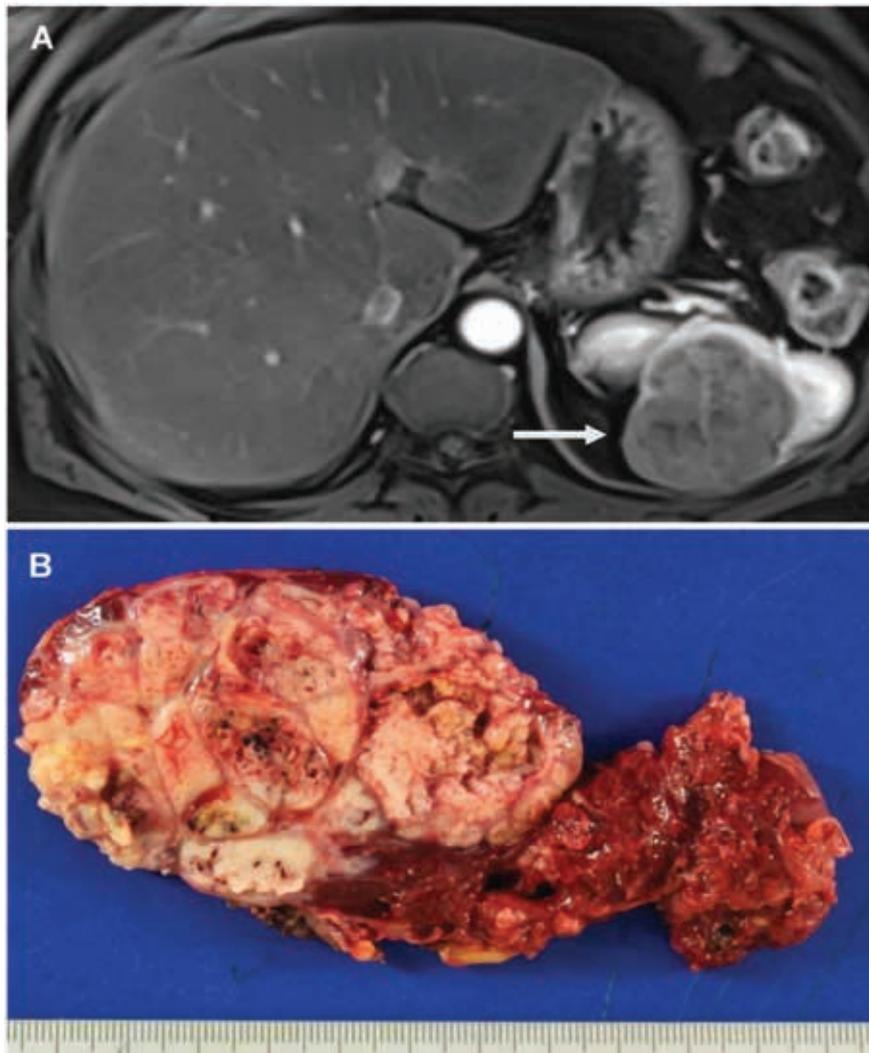


Figure 2 : A – IRM abdominale en coupe transversale en séquence T1 après injection de gadolinium montrant la lésion splénique hypointense. B – Pièce opératoire de splénectomie avec une lésion polylobée, focalement hémorragique avec parenchyme splénique congestif

Article 4

Quand le microbiote vous saoule

Zewude RT, Croitoru K, Das R, Goldman B, Bogoch II. Auto-brewery syndrome in a 50-year-old woman. *CMAJ*. 2024 Jun 2;196(21):E724-E727. doi: 10.1503/cmaj.231319. Erratum in: *CMAJ*. 2024 Jul 1;196(24):E831. doi: 10.1503/cmaj.240839. PMID: 38830676; PMCID: PMC11142034.

Une patiente américaine de 50 ans consulte à plusieurs reprises les urgences sur deux ans pour somnolence inexplicée, des troubles de l'élocution et une odeur d'alcool. L'éthanolémie est systématiquement élevée (1,8 g/L), mais la patiente nie toute consommation d'alcool, et son entourage le confirme. Bilan hépatique normal, imagerie cérébrale et abdominale sans anomalie, trois avis psychiatriques concluant à une intoxication éthylique avec déni des consommations.

Un médecin urgentiste finit par suspecter un syndrome d'auto-brasserie, pathologie rare où le microbiote entraîne une fermentation des glucides en éthanol. Une cure de FLUCONAZOLE améliore franchement les symptômes de la patiente. Pourtant, les cultures fongiques digestives restent négatives. Un régime pauvre en glucides et des probiotiques (*Lactobacillus acidophilus*) permettent une rémission de six mois. Le test au glucose est négatif, validant la guérison, et la patiente réintroduit progressivement les glucides.

Ce syndrome, décrit pour la première fois au Japon en 1952, implique principalement *Saccharomyces cerevisiae* et certaines espèces de *Candida*. Les facteurs favorisants incluent le diabète, les maladies hépatiques, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et certaines prédispositions génétiques. Aucun algorithme diagnostique standardisé n'existe, mais une ingestion de glucose suivie d'un dosage de l'éthanolémie peut être informative.

Comme quoi, les patients ne mentent pas toujours...

Article 5

L'hémobilie, ou l'épistaxis des voies biliaires ?

Chiang CM, Chiang HC, Chiu HC. An Uncommon Cause of Hemobilia. *Gastroenterology*. 2024 Aug;167(3):e5-e8. doi: 10.1053/j.gastro.2024.01.024. Epub 2024 Jan 20. PMID: 38253186.

Une patiente de 58 ans consulte pour des douleurs abdominales associées à un ictère. L'examen retrouve une sensibilité de l'hypochondre droit et l'interrogatoire révèle des épistaxis récidivantes depuis l'âge de 40 ans, avec des antécédents similaires chez son père.

Le bilan montre une cytolysé hépatique (ASAT 193 UI/L), une bilirubine augmentée à 46 µmol/L, mais pas de syndrome inflammatoire ni d'anémie. Le scanner ne retrouve pas de lithiase ni de dilatation des voies biliaires, mais met en évidence une tortuosité des artères hépatiques, des shunts artériopertes, une veine porte dilatée et une opacification précoce des veines hépatiques, traduisant une redistribution vasculaire hépatique et peut-être une hypertension portale non cirrhotique (figure 3).

À la CPRE, on constate une hémobilie spontanée (figure 4). La cholangioscopie révèle des télangiectasies biliaires (figure 5). L'évolution est spontanément favorable et le diagnostic de télangiectasies hémorragiques héréditaires (THH), ou maladie de Rendu-Osler, est retenu.

La maladie de Rendu-Osler est une maladie autosomique dominante caractérisée par des malformations vasculaires cutanéomuqueuses et viscérales. Son diagnostic repose sur les critères de Curaçao : épistaxis spontanées et répétées, télangiectasies cutanéomuqueuses, atteinte viscérale (digestive, hépatique, pulmonaire, cérébrale), antécédents familiaux au premier degré.

L'atteinte hépatique est surtout celle d'une hypertension portale non cirrhotique sur les malformations

artério-veineuses et une cholangite ischémique liée au vol vasculaire intra-hépatique menant à une cirrhose biliaire secondaire. Les télangiectasies biliaires sont une manifestation rare et méconnue de la maladie.

Le traitement repose sur l'acide tranexamique (épistaxis, saignements digestifs) et le bévacizumab en seconde ligne. En cas d'hémobilie sévère, la coagulation par plasma argon ou une embolisation artérielle peuvent être envisagées (en cas de choc hémorragique). La transplantation hépatique peut parfois être nécessaire lorsqu'il existe de fistules artério-veineuses avec retentissement cardiaque.



Figure 3 : Scanner abdominal avec coupe transversale, temps portal. (flèches : veines hépatiques, têtes de flèche : branche gauche de l'artère hépatique)

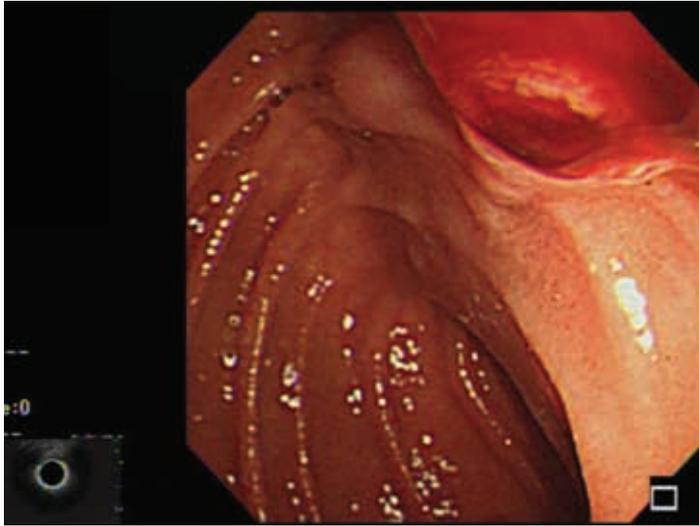


Figure 4 : Image endoscopique de d'hémobilie.

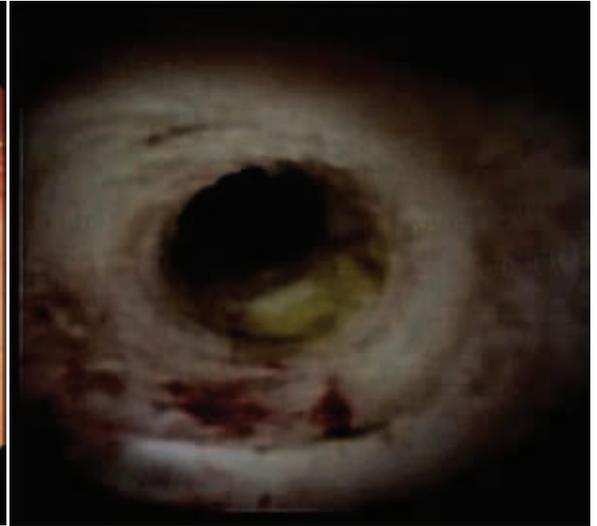


Figure 5 : Image de cholangioscopie avec télangiectasies endobiliaires

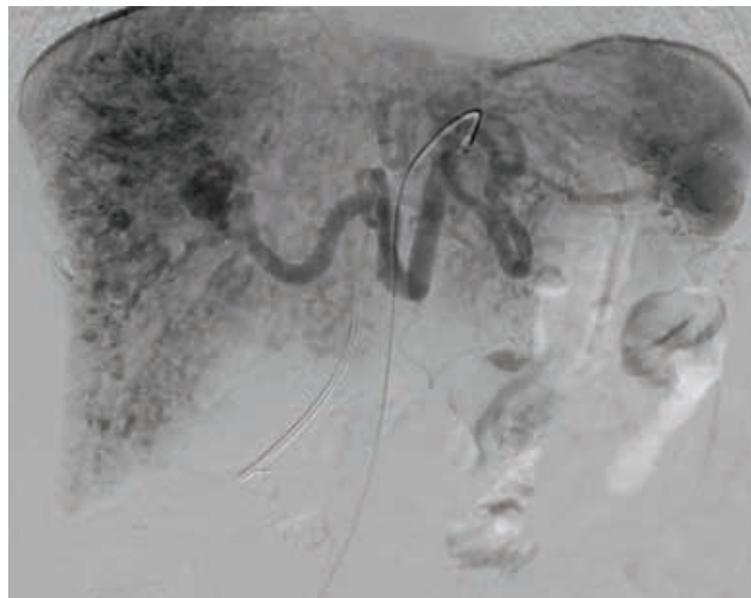


Figure 6 : Image d'artériographie hépatique avec les multiples malformations artérioveineuses

Article 6

De toutes façons, ça finit toujours par des corticoïdes...

Saad E, Agab M, Ozcekirdek EC, Awadelkarim A, Idris I. *The Diagnostic Dilemma of Acute Granulomatous Hepatitis in a Patient With Crohn's Disease: A Case Report and Review of Literature. J Investig Med High Impact Case Rep. 2022 Jan-Dec;10:23247096211069764. doi: 10.1177/23247096211069764. PMID: 35343257; PMCID: PMC8966121.*

Une patiente de 35 ans, atteinte de maladie de Crohn mais sans traitement depuis cinq ans, arrive en soins intensifs en état de choc : fièvre, hypotension, tachycardie, douleurs abdominales diffuses. Le bilan retrouve une pancytopenie, une insuffisance rénale aiguë, une hypercalcémie, des ALAT et des PAL légèrement augmentées, avec une bilirubine normale. Le scanner montre une cholécystite alithiasique modérée. Une cholécystectomie réalisée, et ne retrouve pas de calcul enclavé à la cholangiographie peropératoire. Mais après l'intervention, les perturbations du bilan hépatique s'aggravent, la bilirubine monte à 100 µmol/L.

La CPRE ne retrouve pas d'obstacle biliaire. Les sérologies virales sont négatives. Les anticorps anti-tissu hépatiques sont négatifs, pas d'argument pour une vascula-

rite à ANCA, le dosage pondéral des immunoglobulines est normal, il n'y a pas de surcharge en cuivre ou en fer. L'hépatologue réalise une biopsie hépatique. L'analyse anatomopathologique conclut à une hépatite granulomateuse sans nécrose caséuse.

Les principales causes d'hépatite granulomateuse sont infectieuses : bactériennes (tuberculose, brucellose, bartonellose, fièvre Q, coccidiose), certains virus et levures. Les causes peuvent être médicamenteuses ou toxiques. La sarcoïdose fait partie des diagnostics différentiels, mais le scanner thoracique et le taux enzyme de conversion de l'angiotensine sont normaux, l'hypercalcémie est résolutive après normalisation de la fonction rénale et il n'y a pas de franc déséquilibre phosphocalcique. De plus il existe des hépatites granulomateuse liée

à la maladie inflammatoire chronique de l'intestin, et en particulier la maladie de Crohn (moins de 1 % des patients), qui peut survenir sans corrélation avec l'activité de l'atteinte digestive.

En revanche, la sarcoïdose et la maladie de Crohn, partageant des mécanismes inflammatoires communs, peuvent très rarement être associés.

Au final, après avoir éliminé les causes infectieuses et médicamenteuses, la prise en charge reste la même : corticothérapie. L'amélioration est rapide. En deux mois, le bilan hépatique se normalise. En cas de corticodépendance, un traitement immunomodulateur par AZATHIOPRINE aurait été proposé, et en l'absence de réponse, un traitement par anti-TNFalpha aurait été discuté. Et ce, quelle que soit l'étiologie retenue...

Et un petit dernier pour la route...

Article 7

Une cause de pancréatite aiguë à faire réciter aux externes

Sajjad, Erum & Sami, Sumayya & Khanum, Iffat. (2025). *Coral snake envenomation induced acute pancreatitis. The Egyptian Journal of Internal Medicine. 37. 10.1186/s43162-025-00413-0.*

Une patiente pakistanaise de 20 ans est mordue au poignet par un serpent corail et reçoit un sérum antivenimeux dans son village. Quatre jours plus tard, elle consulte aux urgences pour un ptosis bilatéral, une faiblesse musculaire et une dyspnée.

Le tableau neurologique, évocateur d'une neurotoxicité liée au venin, est traité par néostigmine et sérum anti-venin avec une bonne amélioration.

Mais au quatrième jour d'hospitalisation, elle développe des douleurs abdominales avec une lipase significativement augmentée. Le scanner ne montre ni infiltration pancréatique ni coulée de nécrose, suggérant une pancréatite aiguë modérée. Il n'y avait d'argument pour une cause lithiasique, ni alcoolique.

Bien que rare, une pancréatite induite par le venin de serpent est décrite dans la littérature, possible-

ment liée à la présence de phospholipase A2, induisant une lyse cellulaire et pourrait affecter les glandes pancréatiques.

La prise en charge repose sur une réhydratation IV, un traitement antalgique mais aussi surtout sur l'administration de sérum anti-venin. L'évolution est rapidement favorable.



EL HACHEM Sami
Toulouse



Relecture par le Dr Guillaume LE COSQUER (CCA – CHU de Toulouse)

Un jeune homme de 25 ans consulte pour diarrhée sanglante évoluant depuis 3 jours avec 7 selles liquidiennes par jour, des urgences défécatoires et des douleurs abdominales. À l'examen clinique, l'abdomen est sensible dans son ensemble mais sans défense. Il est apyrétique, normotendu mais tachycarde à 100/min. Il n'y a pas de notion de retour de voyage. Il n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux. Il est sevré en tabac depuis 3 mois. Il pèse 80 kg pour 1m80.

1 Quelles analyses de selles prescrivez-vous ?

- A. PCR multiplex
- B. Recherche de glutamate déshydrogénase
- C. ELISA pour recherche des toxines A et B de Clostridium difficile
- D. PCR CMV
- E. Examen parasitologique des selles

2 Quel traitement prescrivez-vous ?

- A. Traitement symptomatique seul
- B. Azithromycine
- C. Ofloxacine
- D. Ceftriaxone – métronidazole

Après prescription d'un traitement adapté, vous réévaluez le patient à 72h. L'évolution est défavorable : il se plaint désormais d'épreintes avec parfois des émissions glairosanglantes afécales. A l'examen clinique, l'abdomen est toujours douloureux mais il n'y a pas de défense.

La rectosigmoïdoscopie met en évidence une disparition partielle de la trame vasculaire, du sang en faible quantité dans la lumière et quelques érosions qui débutent au niveau du bas rectum avec une limite supérieure des lésions au niveau de l'angle colique gauche. Il n'y a pas d'intervalle de muqueuse saine.

3 Concernant le diagnostic de rectocolite hémorragique RCH, choisissez la (ou les) bonne(s) réponse(s) :

- A. L'atteinte iléale permet d'éliminer le diagnostic
- B. Il existe plusieurs scores de gravité endoscopiques validés
- C. La recherche de p-ANCA est recommandée
- D. Les biopsies sont indispensables au diagnostic
- E. L'inflammation péri-appendiculaire est associée à un surrisque de cholangite sclérosante primitive

4 Concernant les signes histologiques de la RCH, choisissez la (ou les) bonne(s) réponse(s) :

- A. La désorganisation architecturale est le signe le plus précoce
- B. La perte de la mucosécrétion est un critère spécifique de la RCH
- C. La cryptite est définie par la présence de polynucléaires neutrophiles dans les cryptes et représente un signe d'activité inflammatoire
- D. Les 2 indices histopathologiques les plus utilisés sont les indices de Nancy et de Robarts

5 Vous posez le diagnostic de poussée modérée de RCH pancolique, quel traitement prescrivez-vous ?

- A. 5-ASA oraux seuls
- B. 5-ASA topiques seuls (lavements)
- C. 5-ASA oraux et 5-ASA topiques (lavements)
- D. Corticothérapie systémique seule
- E. Corticothérapie systémique et 5-ASA topiques (lavements)

L'évolution est favorable. Un traitement d'entretien est mis en place, bien toléré. Le patient revient vous voir 3 mois plus tard pour diarrhée liquidienne depuis quelques jours sans élément déclenchant particulier. La calprotectine fécale est à 270 µg/g de selles.

6 Choisissez la (ou les) bonne(s) réponse(s) :

- A. Le patient est probablement en rechute
- B. Le patient est considéré en rémission
- C. Il faut programmer une rectosigmoïdoscopie
- D. Des prélèvements infectieux doivent être réalisés systématiquement
- E. Il faut introduire une corticothérapie de courte durée sans attendre

1 an plus tard, le patient consulte aux urgences pour diarrhée aiguë fébrile avec 7 épisodes de selles liquides glairo-sanglantes par jour, des épreintes et des épisodes d'incontinence anale. L'abdomen est douloureux dans son ensemble. La CRP est à 45 mg/L. Vous suspectez une colite aiguë grave. Votre prise en charge initiale comprend : hospitalisation, hydratation intraveineuse, anticoagulation préventive, prélèvements infectieux, et rectosigmoïdoscopie.

7 Choisissez la (ou les) bonne(s) réponse(s) :

- A. La présence d'inclusions nucléaires à CMV suffit pour introduire un traitement par ganciclovir IV
- B. Le traitement spécifique de première intention repose sur la corticothérapie intraveineuse à fortes doses
- C. L'efficacité du traitement doit être systématiquement réévalué à J7 selon les critères d'Oxford
- D. Une mise au repos du tube digestif est fortement recommandée
- E. L'antibiothérapie est systématique

L'évolution est défavorable et après discussion collégiale, une prise en charge chirurgicale a été validée.

8 Choisissez la (ou les) bonne(s) réponse(s) :

- A. L'intervention consistera en une colectomie subtotalaire avec iléostomie et sigmoïdostomie
- B. La mortalité de l'intervention est inférieure à 1 %
- C. Une deuxième intervention devra être réalisée à 1 mois
- D. L'anastomose iléo-anale sera réalisée chez 80 % des patients
- E. Le sepsis pelvien et la fistule anastomotique sont 2 complications post-opératoires classiques

Réponses du cas clinique



1 Réponse : A B C

Le bilan initial de diarrhée aiguë doit comprendre des coprocultures avec PCR multiplex permettant d'identifier un large panel de bactéries et de virus impliqués dans les iléocolites infectieuses (les plus fréquentes : *Campylobacter spp*, *Salmonella enterica non typhi*, *Yersinia spp*, *E.coli* producteur de *Shiga-toxine* et *Shigella spp* [1]). Les résultats sont rendus plus rapidement que la culture.

Par ailleurs, il faut rechercher systématiquement une infection à *Clostridium difficile* (ICD) toxino-gène même en l'absence d'antibiothérapie récente. En effet, dans 30 % des cas de colite à *C. difficile* communautaire, aucun facteur de risque ou de prise d'antibiotique n'est identifié [2]. Le diagnostic d'ICD repose sur l'association d'un tableau clinique évocateur et d'une microbiologie en faveur : la glutamate

déshydrogénase GDH est une enzyme spécifique de *Clostridium difficile* (CD) et son identification signe la présence de CD toxino-gène ou non. Il faut donc coupler ce test immuno-enzymatique à des examens permettant de rechercher la production effective in vivo des toxines A et B (par technique ELISA).

En l'absence d'immunodépression, il n'y a pas d'indication à une recherche de colite à CMV.

En l'absence de retour de voyage d'une zone d'endémie parasitaire, il n'y a pas d'indication à réaliser un examen parasitologique des selles.

Enfin, il faut mentionner la nécessité en cas de rectite isolée, la nécessité de rechercher des infections sexuellement transmissibles (gonocoque, chlamydia, syphilis, herpès) par l'interrogatoire et écouvillon rectal.

2 Réponse : B

Devant un tableau clinique bruyant d'iléocolite infectieuse, il y a une indication à débuter une antibiothérapie probabiliste après prélèvements de selles, un traitement symptomatique seul ne suffit pas.

La première cause d'iléocolite infectieuse est *Campylobacter jejuni* ; l'émergence de résistance aux fluoroquinolones de cette bactérie justifie de prescrire en première intention l'azithromycine en vérifiant l'absence de contre-indications (allongement de

l'intervalle QT notamment). En cas d'identification de *Yersinia spp.* ou d'évolution défavorable sous azithromycine, une antibiothérapie par ofloxacine sera prescrite. En effet, *Yersinia spp.* est résistante naturellement aux macrolides. L'association intraveineuse ceftriaxone-métronidazole est réservée aux patients présentant des critères de gravité nécessitant une hospitalisation.

3 Réponse : D E

Les p-ANCA sont détectés chez 65 % des malades atteints de RCH et 10 % des patients atteints d'une maladie de Crohn [3] [4] ; en raison de leur faible performance diagnostique, la recherche de p-ANCA et d'ASCA n'est pas recommandée [5].

Les 2 scores endoscopiques les plus utilisés sont : **Le score endoscopique UCEIS** : Il prend en compte la trame vasculaire, le saignement et la présence d'érosions/ulcérations [6].

Le score Mayo :

- Normale : 0
- Anomalies légères (érythème, diminution de la vascularisation, légère fragilité) : 1
- Anomalies modérés (érythème franc, vascularisation non visible, fragilité, érosions) : 2
- Anomalies sévères (saignement spontané, ulcérations) : 3

Le score Mayo est le plus utilisé en pratique quotidienne car le calcul de ce score est simple mais le score UCEIS est le seul score validé. La principale limite du score Mayo est sa faible reproductibilité liée à certains items subjectifs comme la friabilité muqueuse et la difficulté à distinguer les lésions d'intensité légère des lésions modérées (sous-score endoscopique MAYO à 1 versus un score MAYO à 2 par exemple).

Variable	Grade	Définition	Score
Trame vasculaire	Normale	Trame vasculaire normale avec arborisation capillaire nettement visible	1
	Disparition partielle	Disparition partielle de la trame vasculaire	2
	Disparition totale	Disparition complète de la trame vasculaire	3
Saignement	Aucun	Absence de sang visible	1
	Muqueux	Traces de sang coagulé à la surface de la muqueuse, lavable lors de l'endoscopie	2
	Luminal discret	Présence de sang frais en faible quantité dans la lumière	3
	Luminal modéré ou sévère	Présence nette de sang frais dans la lumière OU suintement hémorragique de la muqueuse persistant après lavage	4
Érosions, ulcères (lésions les plus sévères)	Aucune	Absence d'ulcération visible	1
	Érosions	Ulcérations planes (< 5 mm) à fond blanc ou jaune	2
	Ulcérations superficielles	Ulcérations planes (> 5 mm), recouvertes d'un enduit fibrineux	3
	Ulcérations profondes	Ulcérations creusantes, à bords surélevés	4
Total			3-11

Score UCEIS

On peut retrouver une iléite de reflux chez 20 % des patients atteints de RCH pancolique (E3 de la classification de Montréal).

L'inflammation péri-appendiculaire et l'épargne rectale sont associées à un surrisque de cholangite sclérosante primitive [7].

4 Réponse : C D

La plasmocytose basale, c'est-à-dire la présence de plasmocytes à la base de la lamina propria ou en dessous des cryptes, est le signe histologique le plus précoce et le plus évocateur de la RCH tandis que la désorganisation architecturale survient plus tardivement. L'atrophie cryptique apparaît de façon plus tardive également.

En cas de poussée, l'analyse anatomopathologique met en évidence un infiltrat constitué de polynucléaires neutrophiles et parfois d'éosinophiles. Il y a également des érosions et des ulcérations et une perte de la mucosécrétion, mais cette dernière n'est pas spécifique de la RCH [8] [9] [10].

Il est recommandé d'utiliser l'indice de Nancy (ou indice histopathologique de Robarts, plus complexe à calculer) pour évaluer le degré d'activité histologique de la RCH notamment en période de rémission endoscopique et clinique avec discussion d'un allègement thérapeu-

tique [5]. La persistance de signes inflammatoires histologiques sera un argument en défaveur de cette stratégie. En effet, il a été démontré un risque de récurrence plus élevé en cas de persistance d'inflammation histologique [11].

5 Réponse : C

Le traitement de première intention de la RCH active légère à modérée repose sur les 5-ASA en privilégiant l'association 5-ASA oral (4 g/j) et topique (1 g/j) avec une prise unique journalière afin de favoriser l'observance. En l'absence de réponse clinique au bout de

2 semaines de traitement ou de rémission clinique au bout de 8 semaines, et/ou en cas d'intolérance aux 5-ASA, il faut introduire une corticothérapie systémique mais seulement après avoir éliminé un défaut d'observance ou une autre cause [5].

6 Réponse : A C D

La calprotectine fécale est une protéine majoritaire du cytoplasme des polynucléaires neutrophiles. Elle est particulièrement résistante aux endoprotéases bactériennes et reste stable plusieurs jours à température ambiante, ce qui en fait un biomarqueur fiable des processus inflammatoires digestifs.

Elle est également corrélée à la cicatrisation muqueuse, aussi bien endoscopique que transmurale.

De nombreuses études ont démontré que son dosage permet de prédire plusieurs éléments cliniques :

Bien que la calprotectine fécale ne soit pas spécifique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin – toute inflammation digestive, haute ou basse, pouvant en augmenter le taux – elle reste un outil essentiel pour guider la prise en charge.

- Le caractère organique ou non de symptômes digestifs non spécifiques.
- Le risque de rechute sous traitement, après une chirurgie ou une désescalade thérapeutique.

Un taux inférieur à 50 µg/g de selles possède une forte valeur prédictive négative, permettant d'écarter une cause inflammatoire aux diarrhées.

À l'inverse, un taux supérieur à 250 µg/g oriente fortement vers une maladie inflammatoire en poussée [12].

7 Réponse : B

Le diagnostic positif de colite aiguë grave CAG repose sur les critères de Truelove-Witts [13].

met de prédire l'échec : une fréquence des évacuations > 8/jour ou > 3 associées à une CRP > 45mg/L prédit le risque de colectomie dans 85 % des cas [15].

La prise en charge repose sur une rééquilibration hydro-électrolytique, la prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse, et un support nutritionnel adapté (nutrition entérale ou parentérale) et une corticothérapie intraveineuse (régime de Truelove). Par ailleurs, la prise en charge de la colite aiguë grave nécessite une discussion médicochirurgicale quotidienne. Il faut envisager une colectomie de sauvetage à chaque étape en cas d'échec du traitement médical.

Une antibiothérapie n'est prescrite qu'en cas de doute sur une cause infectieuse surajoutée.

La corticothérapie par voie intraveineuse (0.8 mg/kg de méthylprednisolone) [14] est débutée sans attendre. Une réévaluation à J3 selon les critères d'Oxford per-



En l'absence de réponse, un traitement de 2^e ligne doit être proposé par ciclosporine ou infliximab, en poursuivant la corticothérapie.

La recherche par PCR CMV dans les selles n'est pas l'examen à privilégier. Le diagnostic de réactivation du cytomegalovirus (CMV) se fait par [16] :

- La recherche d'une réplication virale sanguine (*Polymerase Chain Reaction* (PCR) ou Antigénémie pp65).

- La PCR CMV sur les biopsies coliques.
- L'examen anatomopathologique par immunohistochimie et recherche d'inclusions virales (effet cytopathogène du virus).

En cas de surinfection à CMV, la prise en charge repose sur un traitement initial par ganciclovir intraveineux 5 mg/kg deux fois par jour pendant 5 à 10 jours, suivi de valganciclovir 900 mg par jour jusqu'à la fin d'un traitement de 2 à 3 semaines.

Sévérité de la poussée	Sévère	Modérée	Légère
Nombre d'évacuations sanglantes/jour (A)	> 5	Entre 4 et 5 =	< 5
Température vespérale	> 37,5 °C en moyenne sur 4j > 37,8 °C 2 j/4	fièvre légère et inconstante	absence de fièvre
Fréquence cardiaque	≥ 90/mn	entre 60 et 90 /mn	absence de tachycardie
Taux d'hémoglobine	≤ 75 % de la normale	> 75 % de la normale	normale
Albuminémie < 35 g/L	Oui		
Total Score	_ _ _	_ _ _	_ _ _

Score de Truelove & Witts

8 Réponse : A B D E

On considère qu'à terme, 20 à 30 % des patients atteints d'une RCH étendue seront opérés.

Le traitement chirurgical classique de la rectocolite hémorragique est représenté par la coloprotectomie totale avec anastomose iléoanale [17]. Du fait du caractère complexe de la proctectomie en conditions inflammatoires au cours de la colite aiguë grave, il est proposé dans un premier temps une colectomie subtotal avec double stomie : iléostomie et sigmoïdostomie. La mortalité de cette chirurgie est inférieure à 1 % actuellement [18].

Le second temps chirurgical consiste en une proctectomie complémentaire avec réalisation d'une anastomose iléoanale avec réservoir en J. Selon les pratiques de centre et facteurs de risque du patient, l'anasto-

mosé iléoanale peut être protégée par une iléostomie de décharge qui est fermée dans un troisième temps chirurgical. En dehors de cette procédure, un faible nombre de patients est opéré avec réalisation d'une iléostomie terminale notamment dans des contextes de fonction sphinctérienne ne permettant pas la remise en continuité. Une anastomose iléorectale peut également être proposée au cas par cas notamment chez le sujet âgé après discussion collégiale et selon l'expertise du centre.

Le sepsis pelvien et la fistule anastomotique sont deux complications particulièrement morbides de l'anastomose iléoanale avec un impact majeur sur le résultat fonctionnel et nécessitant parfois la réalisation d'un démontage du réservoir avec iléostomie définitive.

Bibliographie

1. VAN C, CAUTEREN DV, STRAT YL, SOMMEN C, BRUYAND M, TOURDJMAN M, et al. Estimation de la morbidité et de la mortalité liées aux infections d'origine alimentaire en France métropolitaine, 2008-2013. *Estim Morb Mortal Liées Aux Infect Orig Aliment En Fr Métropolitaine*
2. Lessa FC, Mu Y, Bamberg WM, Beldavs ZG, Dumyati GK, Dunn JR, et al. Burden of *Clostridium difficile* infection in the United States. *N Engl J Med* 2015; <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1408913>, 372:825–34.
3. Riis L, Vind I, Vermeire S, et al. The prevalence of genetic and serologic markers in an unselected European population-based cohort of IBD patients. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 24-32., 13 :
4. Joossens S, Daperno M, Shums Z, et al. Interassay and interobserver variability in the detection of anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in patients with ulcerative colitis. *Clin Chem* 2004; 1422-5., 50 :
5. Amiot A, Viennot S, Uzzan M, Riviere P, Le Cosquer G, Yzet C, Biron A, Gilletta C, Abitbol V, Vuitton L, Nachury M, Simon M, Remy AJ, Nahon S, Faure P, Guillo L, Wils P, Brixi H, Bourrier A, Serrero M, Caillo L, Bouguen G, Laharie D. Recommandations de pratique pour le diagnostic et la prise en charge de la rectocolite hémorragique (version longue). *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2022 ; 29 : e297-e351. doi : 10.1684/hpg.2022.2336TravisSPL,
6. Schnell D, Krzeski P, et al. Reliability and initial validation of the ulcerative colitis endoscopic index of severity. *Gastroenterology* 2013; 98795., 145 :
7. Rajwal SR, Puntis JW, McClean P, et al. Endoscopic rectal sparing in children with untreated ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 66-9., 38 :
8. Langner C, Magro F, Driessen A, et al. The histopathological approach to inflammatory bowel disease: a practice guide. *Virchows Arch* 2014; 464:511-27.
9. Magro F, Langner C, Driessen A, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013; 7:827-51.
10. Magro F, Doherty G, Peyrin-Biroulet L, et al. ECCO position paper: harmonization of the approach to ulcerative colitis histopathology. *J Crohns Colitis* 2020; 1503-11., 14 :
11. D'Amico F, Guillo L, Baumann C, et al. Histological disease activity measured by the Nancy index is associated with long-term outcomes in patients with ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2021 ; 15(10) : 1631-40.
12. <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/quand-et-comment-utiliser-la-calprotectine-fecale-au-cours-des-mici/>
13. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis. *Br Med J* 1955; 1041-8., 2 :
14. Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, et al. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 103-10., 5 :
15. Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, et al. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut* 1996; 905-10., 38 :
16. Zidar N, Ferkolj I, Tepeš K, et al. Diagnosing cytomegalovirus in patients with inflammatory bowel disease – by immunohistochemistry or polymerase chain reaction? *Virchows Arch* 2015; 533-9., 466 :
17. Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, Larson DR, Crownhart BS, Dozois RR. The effect of ageing on function and quality of life in ileal pouch patients. A single cohort experience of 409 patients with chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 2004; 615-623., 240:
18. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Maylin V, Lavergne-Slove A, Valleur P. Subtotal colectomy for severe acute colitis: a twenty-year experience from a tertiary care center. *J Am Coll Surg* 2003; 379-385., 197:



Margaux DELHOMME
AFIHGE

FST d'addictologie

Objectifs de la FST d'Addictologie

L'objectif principal de la FST est d'apporter aux internes une formation approfondie **sur la prise en soins des troubles addictifs**, incluant les dépendances aux substances (alcool, tabac, drogues) et les addictions comportementales (jeux, alimentation, etc.).

Elle permet aux internes en hépato-gastro-entérologie :

- D'**améliorer leurs connaissances sur les conduites addictives**, leur épidémiologie et leurs mécanismes.
- De **maîtriser les techniques de dépistage** et d'évaluation des addictions.
- D'**acquérir des compétences thérapeutiques**, incluant les traitements médicamenteux et non médicamenteux.
- D'**organiser et coordonner les soins en addictologie**, en collaboration avec d'autres professionnels de santé.



Organisation de la formation

DURÉE

La FST d'Addictologie s'étend sur 1 an d'affilé et comprend :

- Des enseignements théoriques 120h répartis en cours, e-learning, séminaires.
- 2 stages pratiques de 6 mois validants pour l'addictologie.

Enseignements théoriques

THÉMATIQUES ABORDÉES

1 Santé publique et prévention

- Épidémiologie des addictions.
- Facteurs de vulnérabilité (biologiques, psychiatriques, environnementaux).
- Stratégies de prévention et de réduction des risques.

2 Dépistage et évaluation

- Outils de repérage des addictions (questionnaires, entretiens cliniques).
- Identification des comorbidités psychiatriques et somatiques.

COLLÈGE RESPONSABLE

La formation est encadrée par le Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie (CUNEA).



3 Traitement des addictions

- Techniques d'intervention brève et d'entretien motivationnel.
- Thérapies médicamenteuses et psychothérapies adaptées aux patients addicts
- Accompagnement de certaines populations (femmes enceintes, jeunes, personnes en précarité).

4 Organisation des soins en addictologie

- Réseaux de soins spécialisés (CSAPA, services hospitaliers, médecine de ville).
- Coordination interdisciplinaire.

Stages pratiques : immersion en addictologie

LIEUX DE STAGE

Les internes doivent réaliser 2 stages de 6 mois dans un établissement agréé en addictologie, tels que :

- Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- Services hospitaliers spécialisés en addictologie (consultations, hospitalisations de jour ou temps plein).
- Structures médicosociales partenaires.

Évaluation et validation de la FST

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

- Examen écrit en fin de formation.
- Soutenance d'un mémoire en addictologie.

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

- **Validation des stages** sur la base d'une grille d'évaluation.
- **Portfolio de formation**, incluant :
 - Un suivi des compétences acquises.
 - 3 **entretiens individuels** avec le coordinateur de la FST :
 - À l'inscription.
 - À mi-parcours.
 - Avant la soutenance du mémoire.

VALIDATION FINALE

Pour obtenir la FST d'Addictologie, l'interne doit valider :

- **La formation théorique et les enseignements pratiques.**
- **L'examen écrit et la soutenance du mémoire.**
- **Les stages cliniques obligatoires.**



Pourquoi choisir la FST d'Addictologie en hépato-gastro-entérologie ?

UN LIEN DIRECT AVEC LES PATHOLOGIES DIGESTIVES

Les hépato-gastro-entérologues sont régulièrement confrontés quotidiennement aux conséquences somatiques des addictions (**cirrhose, pancréatites, cancers digestifs**).

UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE

Cette formation permet aux futurs gastro-entérologues de mieux **intégrer l'addictologie dans leur pratique quotidienne** et d'adopter une approche globale du patient.

UN ATOUT POUR LA COORDINATION DES SOINS

Grâce à la FST, les internes développent **des compétences en réseau de soins**, indispensables pour collaborer avec **médecins généralistes, addictologues, psychiatres et structures spécialisées**.

Alors tu souhaites t'inscrire en FST ?

DEUX TENTATIVES POSSIBLES

Un interne peut postuler **deux fois** à une FST.

CONFIRMATION DES VŒUX

L'étudiant doit informer le **coordonnateur local** de sa spécialité de ses choix **avant fin avril de l'année précédente auprès du pilote local avec en copie la secrétaire de la faculté et le responsable de DES**. Mais plus vous le faites tôt, mieux c'est !

DOSSIER DE CANDIDATURE

Son contenu dépend des villes. On vous demandera en général un CV et **une lettre de motivation**.

VALIDATION PAR LES COMMISSIONS LOCALES

- Une **commission locale de coordination** étudie les candidatures.
- Elle établit un **classement des candidats**, transmis au pilote de formation, qui coordonne ensuite avec les UFR (unités de formation et de recherche).

DÉCISION FINALE ET INSCRIPTION

- **Le directeur de l'UFR valide les inscriptions**, en tenant compte des **places disponibles**.
- L'étudiant est officiellement inscrit dans l'option ou la FST une fois cette validation effectuée.

L'inscription est gratuite comme pour toutes les FST !

STRASBOURG

FRANCE

JOURNEES DE L'AFIHGE 2025

Rendez-vous le 31 mai et le 1er juin

2025

48h de Topos et mise à jour des
recommandations.

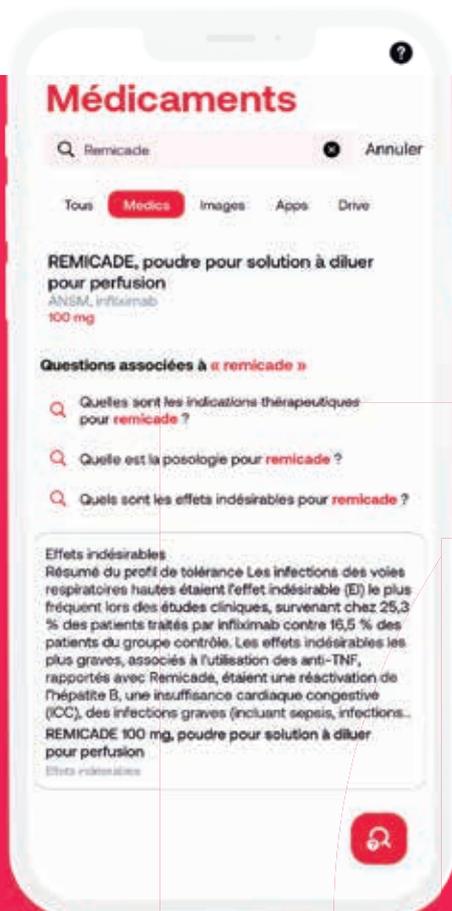
Au programme Hépatologie, Endoscopie,
Oncologie, Gastro générale et MICI

Alex Aafan

Outils en Hépatogastro-entérologie

PulseLife (ex 360 medics) est une application gratuite qui donne accès à une base de connaissances fiable et experte : informations sur les médicaments, recommandations, arbres de décision interactifs, scores et calculateurs.

Inscrivez-vous dès maintenant !



BASE MÉDICAMENTEUSE | Source ANSM

Recherchez un médicament et vérifiez en quelques clics, l'indication, les contres-indications, la posologie, les interactions médicamenteuses...



SCORES | Tous les scores de référence

Child-Pugh, critères de Ranson, Cushman ou encore Globe, accédez à +300 scores et calculateurs interactifs.

ANNONCES DE RECRUTEMENT



LA CLINIQUE MUTUALISTE DE LA PORTE DE L'ORIENT
RECHERCHE
UN(E) GASTRO-ENTÉROLOGUE H/F

INSTALLATION EN LIBÉRAL

- 5 gastro-entérologues avec qui collaborer.
- Présence de 3 secrétaires pour accompagner les praticiens.
- Structure en SCM.
- Secteur 1 ou Secteur 2 (conv OPTAM, OPTAM-CO). Absence de garde.

UNE STRUCTURE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DANS L'AGGLOMÉRATION

Lorientaise La Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient est un établissement chirurgical à caractère non lucratif (ESPIC, secteur 1) qui offre un éventail très large de spécialités chirurgicales et médicales complémentaires.

Nous rejoindre, c'est intégrer un établissement à taille humaine, porté par les valeurs de solidarité, de responsabilité et de qualité.

C'est aussi rejoindre le groupe HOSPI GRAND OUEST, fort de neuf établissements médicaux chirurgicaux, de trois maternités et d'un établissement de soins de suite et de réadaptation.



NOUS VOUS PROPOSONS

- Un cabinet composé de 5 gastro-entérologues souhaitant accueillir un(e) confrère/consœur dès que possible.
- Le bloc opératoire disposant d'1 salle dédiée à l'endoscopie et d'une salle équipée, permettant 3 vacations par semaine. Une salle d'endoscopie externe pour les endoscopies hautes et basses hors bloc.
- La complémentarité d'une équipe pour assurer la prise en charge des patients : endoscopie de diagnostic, thérapeutique, proctologie, CPRE, hospitalisation.
- Une collaboration avec les 4 chirurgiens digestifs de façon à assurer la prise en charge des patients sur toute la filière digestive (autorisation de cancérologie digestive).

Pour plus d'informations : DR Reignier, reignierstephanie@yahoo.fr



BRETAGNE

ASSOCIATION DE DEUX GASTRO-ENTÉROLOGUES ET HÉPATOLOGUES

Installés dans le 12^{ème} arrondissement de Marseille à la recherche d'un troisième, en vue d'une association et d'un futur départ à la retraite pour l'un d'entre eux.

UN CABINET BIEN SITUÉ

Cabinet installé dans un centre médical important avec trois médecins généralistes, une dizaine de spécialistes, un laboratoire d'analyses médicales et un centre de radiologie. Possibilité de réaliser des échographies abdominales au sein du cabinet.

ACCÈS À UN PLATEAU TECHNIQUE COMPLET

Accès à deux cliniques privées dans le 12^{ème} arrondissement de Marseille avec un plateau technique complet (endoscopies conventionnelles, interventionnelles et vidéo-capsule). Service d'urgences dans l'une des deux cliniques. Bon chiffre d'affaires. Secteur 1.

POUR PLUS DE REINSEINEMENTS

Joindre Dr Isabelle ALLEMAND au 06 86 94 10 24

« Le SULLY » 97 avenue WILLIAM BOOTH - 13012 MARSEILLE
Sur rendez-vous : 04 91 89 87 04 - Fax : 04 91 89 86 83

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Groupe de 5 Hépatogastroentérologues exerçant en clinique privée

RECHERCHONS

ASSOCIÉ TOUT PROFIL

Temps plein ou temps partiel
Disponibilité immédiate

- **Lieu d'exercice :** Montauban (Région Occitanie), ville en plein développement avec une belle qualité de vie et à 35 mn de Toulouse.
- **Clinique du Pont de Chaume :** Établissement de 366 lits et places, 110 praticiens disposant d'équipements lourds (IRM, scanners, Dialyse, Médecine nucléaire, Réanimation polyvalente, USIC, Radiothérapie, Urgences, deuxième centre privé de coronarographie de Midi-Pyrénées ...).
- Exercice privilégié de la discipline sur le site : cabinet au sein de l'établissement avec échographie.
- **Capacité d'hospitalisation :** 8 à 10 lits.
- Plateau technique d'Endoscopie dédié, distinct du bloc opératoire. Endoscopie générale et thérapeutique (Prothèses, Gastrostomie, Dilatations, Plasma Argon), Echoendoscopie, Vidéocapsule endoscopique.
- Explorations fonctionnelles (pH-métrie et manométrie Anorectale).
- Participation à la Permanence des Soins (PDS).
- Activité soutenue mais préservant la qualité de vie grâce à une organisation interne optimisée (4 jours de travail par semaine avec une astreinte hebdomadaire toutes les 5 semaines).

CONTACT

Dr Johann DUBUC

05 63 68 34 90

dubucjohann@gmail.com



ELSAN

CLINIQUE
DU PONT DE CHAUME

OCCITANIE



Centre Hospitalier
TARBES-LOURDES

PRÉSENTATION DU SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Sur le site de Tarbes

- 21 lits.
- Activité importante de cancérologie digestive et MICI.
- Service d'endoscopie avec 3 salles, plateau technique complet, endoscopie écho endoscopie, CPRE, vidéo capsule et manométrie.

Équipe

- 7 Praticiens hospitaliers.
- 1 Praticien contractuel.
- 1 Docteur Junior.
- 1 interne.

Au sein du CH de Lannemezan lits de MCO avec un service de médecine polyvalente.
Endoscopie au bloc avec matériel Fuji neuf et bistouri de dernière génération.
Bloc polyvalent avec activité ambulatoire importante.

LE CENTRE HOSPITALIER TARBES-LOURDES RECRUTE

UN GASTRO-ENTÉROLOGUE

Situé au pied des Pyrénées et à 1h30 de la côte Landaise et du Pays Basque, le Centre Hospitalier Tarbes-Lourdes



CONTACTS

Direction des Affaires Médicales
affaires_medicales@ch-tarbes-lourdes.fr

DESCRIPTION DE LA MISSION

- Exercice d'une activité de consultation et d'endoscopie Classique au sein du CH de Lannemezan dans le cadre d'une coopération (à raison de 2 jours par semaine + 1 jour par quinzaine).
- Contribution au développement de l'activité tarbaise en fonction du profil (plateau technique complet, endoscopie conventionnelle, interventionnelle et fonctionnelle).

PROFIL RECHERCHÉ

- DES Hépto-gastro-entérologie.
- Compétence en cancérologie digestive appréciée.
- Participation à la permanence des soins : Fonctionnement en astreinte opérationnelle.
- Statuts proposés à temps plein : Praticien contractuel ou Praticien hospitalier.
- Rémunération attractive.
- Reprise d'ancienneté sur la grille des praticiens hospitaliers, possible si recrutement en qualité de praticien contractuel.

NOS ATOUTS

- Aide à l'installation lors de votre arrivée.
- Plan de carrière intéressant.
- Liberté pour la création de nouvelles activités.
- Projet en cours pour la construction d'un nouvel hôpital à l'horizon 2030.
- Engagement dynamique dans la recherche clinique.
- Cadre de vie très agréable : Stations de ski et océan Atlantique à proximité, aéroport à 10-15 min, ville à taille humaine, dynamisme avec scène nationale, événements culturels et sportifs.
- Immobilier attractif.



Dr Pierre ANDRAU, Chef de service
pandrau@ch-tarbes-lourdes.fr

CanalNORGINE

Plateforme d'offres entre Professionnels

Installation (Cession / Association) ou Remplacement

- + Vous cherchez un(e) remplaçant(e) ou un remplacement ?
- + Vous cherchez un associé, un collaborateur ou un successeur ?
- + Vous cherchez à vous installer ?



Accédez directement
à la plateforme depuis :
www.canalnorgine.com

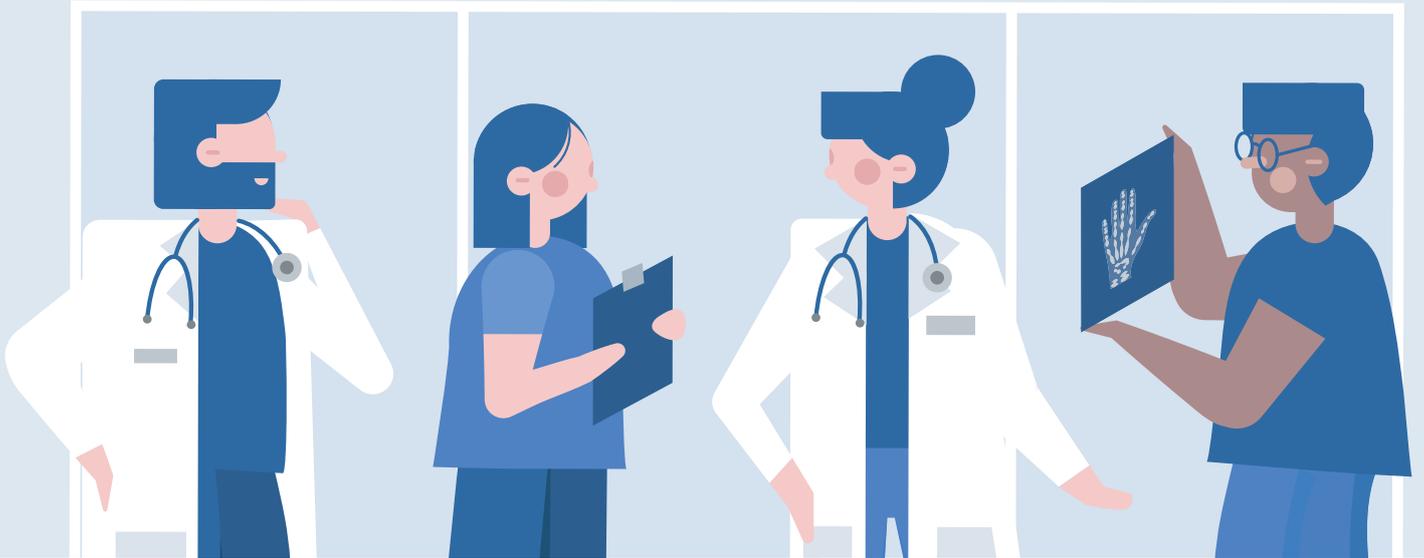


Vos données personnelles seront collectées et traitées par K Particulier. Vous pouvez exercer vos droits à l'adresse suivante : dp@k-particulier.fr

NORGINE et le logo avec la voile sont des marques déposées du groupe de sociétés Norgine.

FR-GE-NP-2400031 - Janvier 2025





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