

ANGH

Info

« Participer aux études,
c'est améliorer la connaissance
en améliorant nos pratiques »

29ème congrès



2021 Avignon

BUREAU 2021

Président

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Secrétaire Général

Dr Christophe Renou (Hyères)

Trésorier

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

Représentants ANGH sociétés savantes

SNFGE : Jean-Pierre Arpurt (Avignon), Camille Barrault (Créteil),
Isabelle Rosa (Créteil), Stéphane Nahon (Montfermeil),

SFED : Vincent Quentin (St Brieuc)

AFEF : André-Jean Rémy (Perpignan)

FFCD : Christophe Locher (Meaux), YH Lam (Cholet)

ANRS : Isabelle Rosa (Créteil)

FMC HGE : Aurore Baron (Corbeil) ; Gilles Macaigne (Jossigny)

FRPH : André-Jean Rémy (Perpignan)

CNPHGE : Denis Grasset (Vannes)

Secrétariat

Mme Soizic Blanleuil (Créteil)

Mme Lydie Levisse (Montfermeil)

Conseil d'Administration

Dr Jean-Pierre Arpurt (Avignon)

Dr Aurore Baron (Corbeil)

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Xavier Causse (Orléans)

Dr Claire Charpignon (Paris)

Dr Bernard Denis (Colmar)

Dr Armand Garioud (Vill.-St-Georges)

Dr Denis Grasset (Vannes)

Dr Hervé Hagège (Créteil)

Dr Mehdi Kaassis (Cholet)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Gilles Macaigne (Lagny)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Thierry Paupard (Dunkerque)

Dr Arnaud Pauwels (Gonesse)

Dr Magali Picon (Aix en Provence)

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Dr René-Louis Vitte (Poissy)

Conseil scientifique - 2021 -

Président : Dr Armand Garioud
(Villeneuve-St-Georges)

Membres

Dr Sandrine Barge (Bry-sur-Marne)

Dr Aurore Baron (Corbeil Essonnes)

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Serge Bellon (Avignon)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Frédéric Heluwaert (Annecy)

Dr Clémence Horaist (Montfermeil)

Dr Frédéric Moryoussef (Poissy)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne)

Directeur Publication : Dr Bruno Lesgourgues

Comité de rédaction

Dr Camille Barrault Dr Armand Garioud Dr Hervé Hagège

Maquette : Dr Bruno Lesgourgues

Crédit Photographique : Wikimedia commons

CHI Créteil , Bruno Lesgourgues

Dépôt légal Septembre 2021 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 800 exemplaires Septembre 2021

IMPRIMÉ PAR

SAXOPRINT 

Editorial



Chers amis, chers confères et chères consoeurs,

Bonjour et bienvenue à tous dans ce magnifique lieu historique qu'est le palais des Papes ! Réjouissons-nous que le congrès de l'ANGH a bien lieu en présentiel cette année encore. Aucune interruption COVID en 2020 et aucune interruption en 2021.

Après Annecy l'année dernière, c'est Avignon et l'équipe de Jean-Pierre ARPURT qui nous accueillent dans ce lieu prestigieux.

Depuis Annecy, nous avons tous vécu un deuxième puis un troisième confinement, puis la vaccination progressive de l'ensemble de la population. 29ème congrès de l'ANGH, 29ème moment de travail scientifique et de convivialité ensemble. Un programme de qualité a été validé par le Conseil Scientifique lors de sa session de printemps à Porquerolles.

Commençons par cette partie scientifique : 32 communications et cas cliniques ont été soumis au Conseil Scientifique, tous de grande qualité. Le CS a dû faire des choix pour préserver le temps de présentation et de discussion. Je le remercie de ce travail parfois ingrat et qui peut engendrer des frustrations. Une session IDE, grand classique désormais, complètera utilement nos sessions médecins et abordera cette année la délégation de tâches et les nouvelles pratiques professionnelles. Contrairement à certains corporatismes exacerbés, nous n'avons pas peur dans nos hôpitaux de déléguer et de faire confiance aux infirmières et aux infirmiers de prendre en charge nos patients communs pour un FIBROSCAN ou une ponction d'ascite ! Ce n'est pas renoncer à notre cœur de métier c'est travailler ensemble et mieux. D'ailleurs les enquêtes auprès des patients démontrent le bien fondé de ces délégations. Il nous faut accepter, même si c'est un peu difficile pour notre égo, que les patients préfèrent la prise en charge infirmière.

Quel bilan puis-je faire de cette première année en tant que président de l'ANGH, en dehors de longs mois sous COVID ? D'abord un congrès réussi à Annecy qui a fait l'objet d'un numéro spécial très apprécié d'Hépatogastro et Oncologie Digestive (HGOD pour les intimes), opération renouvelée cette année pour Avignon, une présence massive et suivie sur le site web et les réseaux sociaux LINKEDIN et FACEBOOK, outils complémentaires de notre visibilité. Je n'oublierai pas non plus la très méritée Légion d'Honneur remise à notre ancien président Hervé HAGEGE qui nous honore tous indirectement.

Au nom du Conseil d'Administration, du Bureau et du Conseil Scientifique qui m'épaulent avec efficacité, je vous souhaite un excellent congrès dans le monde d'après ! Je remercie également Jean-Pierre, Dominique et son équipe de nous accueillir en Avignon.

Le congrès de l'ANGH est le point culminant annuel de la vie de notre association, année après année. Déjà nous avons les lieux et les dates en 2022 à Aix, en 2023 aux Sables d'Olonne (organisé par l'équipe de Cholet) et des candidatures déjà pressenties pour 2024 et 2025.

Je ne terminerai pas sans un hommage aux membres de l'ANGH disparus ces 12 derniers mois : Luc Turner du CH de Dourdan, Pierre Coutarel du CH de Creil.

Bon congrès à tous et bonne lecture de cet ANGH Info

André-Jean REMY (Perpignan)
Président de l'ANGH

Partenaires 2021

Merci à tous nos partenaires de soutenir fidèlement notre Association

abbvie

AMGEN

Biogen

Boston
Scientific

Advancing science for life™

HEALTHCARE
CELLTRION
CELLTRION HEALTHCARE FRANCE S.A.S

COOK®
MEDICAL

echosens
because liver health matters

FERRING
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

FRESENIUS
KABI
caring for life

Galápagos 

 GILEAD


Creative Technologies
Worldwide

Intercept 

 IPSEN
Innovation for patient care

Janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

 MAYOLY
SPINDLER
LABORATOIRES


NORGINE

 Novatech
new biotechnology for life
a bess group company

 Pfizer

 Takeda

Au sommaire

Partenaires 2021	4
Programme du congrès	6
Programme de la session de formation infirmière au 29ème congrès de l'ANGH en Avignon	9
Bienvenue en Avignon !	10
Les communications du congrès	11
Présente-moi ton hôpital : le centre hospitalier d'Avignon	22
Les échos du Conseil scientifique	23
Renouvellement complet du parc d'endoscopes digestifs et bronchiques du GHT Confluence	26
Une Légion d'Honneur bien méritée..	27

Communications du congrès

1 - A propos de 20 patients ayant bénéficié de la pose d'endoprothèse auto-expansive	11
2 - Transmural inflammation in Crohn's disease : correlation between intestinal ultrasound and magnetic resonance	11
3 - Colite aiguë sévère de RCH : quand il ne reste presque plus aucune option	12
4 - ANGH et immersion : acte II	12
5 - Un proctologue à bout de nerfs...	13
6 - Une rectite mystérieuse..	13
7 - Coloscopie sous MEOPA en immersion : une alternative à l'anesthésie générale ?	13
8 - Dépistage biologique de la fibrose hépatique en hôpital psychiatrique : l'expérience de l'utilisation du FIB4.	14
9 - Complications hémorragiques sévères après ponctions d'ascite thérapeutiques.	14
10 - Cas clinique : une cholécystite atypique	15
11 - Ou en est-on du recours au TIPS en France ?	15
12 - Une diarrhée chronique chez une patiente atypique	16
13 - Pancréatite aiguë et paralysie faciale périphérique	17
14 - Astreinte en endoscopie digestive dans les CHG : Résultats d'une étude observationnelle nationale	17
15 - A l'heure du duodénolescope a usage unique, qu'en est-il de l'écologie bactérienne de nos endoscopes interventionnels ?	17
16 - Une occlusion digestive de cause inhabituelle	18
17 - Création d'un poste d'infirmière de coordination MICI au sein du GHT HOPE (HOpitaux Publics Eureliens) : il ne faut pas désespérer !!!	18
18 - Mise en place d'une activité de biopsie hépatique par voie transjugulaire en CHG. Evaluation et résultats à 1 an.	18
19 - Une pseudo tumeur du grêle d'étiologie rare et méconnue	19
20 - Un test FIT positif.....	19
21 - Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B	20
22 - Que sont devenus nos carcinomes hépatocellulaires durant ces 25 dernières années ?	20
23 - Etude de l'Impact de la pandémie COVID-19 sur le diagnostic et la prise en charge du Cancer Colorectal dans les hôpitaux généraux français en 2020	21



Programme du congrès

Vendredi 17 septembre 2021

14h00 Allocution présidentielle : André-Jean REMY / **Accueil des personnalités locales**

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Serge BELLON (Avignon) ; Laurent COSTES (Créteil)

14h21 - 14h33 : A propos de 20 patients ayant bénéficié de la pose d'endoprothèse auto-expansive (SX-ELLA Stent Danis) dans le cadre d'une hémorragie digestive massive par rupture de varices.

A.Raoto ; S.Bellon ; A.Benezech ; S.Bramli ; N.Andriantseho ; J.Sigrand ; J.P. Arpurt (CHG Avignon)

14h34 - 14h46 : Transmural inflammation in Crohn's disease : correlation between intestinal ultrasound and magnetic resonance

Catarina Nascimento¹, Catarina Frias-Gomes¹, Gonçalo Freire², Bárbara Morão¹, Joana Revés¹, Luís Gargatè², António Alberto Santos³, Luísa Glória¹, Joana Torres¹, Carolina Palmela¹ (CH Lisbonne)

14h47 - 14h57 : **Cas clinique n°1** : Colite aiguë sévère de RCH : quand il ne reste presque plus aucune option
Alix Pelcé, Yael Abitbol, Weam EL Hajj, Stéphane Nahon (CH Montfermeil)

14h58 - 15h10 : ANGH et résection de polype en immersion : acte II

S. Bellon, T. Andriantseho, A. Raoto, A. Benezech, J. Sigrand, J.P. Arpurt (CH Avignon)

15h11 - 15h21 : **Cas clinique n°2** : Un proctologue à bout de nerfs...

Manon Haas, Lucas Spindler, Nadia Fathallah, Vincent de Parades (CH St Joseph - Paris)

15h22 - 15h32 : **Cas clinique n°3** : Une rectite mystérieuse...

Amine Alam (1), Thomas Severyns (2), Vincent de Parades (1) (CH St Joseph - Paris)

15h33 - 15h45 : Coloscopie sous MEOPA en immersion : une alternative à l'anesthésie générale ?

Clara Beunon, Frederick Moryoussef, Ilana Levy, Aline Derosiere, Rene Louis Vitte (CH Poissy)

● **15h46 - 16h07 : Conférence n°1** : « Endoscopie sous muqueuse : un nouvel accès pour l'endoscopie thérapeutique ? » Pr Jean-Michel GONZALES (Marseille)

16h07 – 16h47 : Pause

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Sandrine BARGE (Bry-sur-Marne) ; Isabelle ROSA (Créteil)

● **16h48 - 17h08 : Conférence n°2** : « VHE » Pr Jean-Marie PERON (Toulouse)

17h09 - 17h21 : Dépistage biologique de la fibrose hépatique en hôpital psychiatrique : l'expérience de l'utilisation du FIB4

André-Jean Rémy (1), Jérémy Hivet (1), Régis Bouquie (2) (1) Equipe Mobile Hépatites, 1. CH Perpignan 2. CH Thuir

17h22 - 17h34 : Complications hémorragiques sévères après ponctions d'ascite thérapeutiques.

Charlotte Vanveuren (1), Ambroise Laliou (1), Xavier Pauwels (2), Benjamin Le Coq (3), Elodie Warmoes (1), Faustine Wartel (1), Arnaud Boruchowicz (1). (CH Valenciennes)

17h35 - 17h45 : **Cas clinique n°4** : Une cholécystite atypique

Andreea Alexandru, Bénédicte Lambare, Aurore Baron (CH Corbeil Essonne)

17h46 - 17h58 : Ou en est-on du recours au TIPS en France ? Résultats d'une enquête nationale sur l'accessibilité et les indications des TIPS

Isabelle Rosa (1), Armand Garioud (2), Christophe Bureau (3), Dominique Thabut (4) et le groupe ANGH enquête TIPS. (1) – Service d'hépatogastroentérologie (CH Créteil)

17h59 - 18h09 : **Cas clinique n°5** : Une diarrhée chronique chez une patiente atypique

Dany Rizk (1), Julia Roux(1), Anne-Laure Desgabriel(1), Sihem Asselah(1), Danielle Jaafar(2), Armand Garioud(1). 1. Service d'hépatogastroentérologie 2. Service d'infectiologie - CHI Villeneuve-Saint-Georges.

18h10 - 18h20 : **Cas clinique n°6** : Pancréatite aiguë et paralysie faciale
Apolline Leproux, Marie Lazareth, Caroline De Kerguenec (CH St Denis)

Assemblée générale : André-Jean REMY

Samedi 18 septembre 2021

Communications originales, protocoles et conférences

Modérateurs : Jean-Pierre ARPURT (Avignon) ; Hervé HAGEGE (Créteil)

08h30 - 08h42 : Astreinte en endoscopie digestive dans les CHG : Résultats d'une étude observationnelle nationale

Mathilde Petiet Dumont (1), Gilles Macaigne (2), Armand Garioud (3), Christophe Locher (1) et l'ensemble des centres ANGH Service d'hépatogastroentérologie (1) Meaux, (2) Jossigny, (3) Villeneuve Saint Georges

08h43 - 08h55 : A l'heure du duodéno-scopie à usage unique, qu'en est-il de l'écologie bactérienne de nos endoscopes interventionnels ? Résultats d'une étude monocentrique sur 6 ans et mise au point sur les recommandations et les techniques de prélèvements.

Vincent Quentin, V Marie (CH Saint-Brieuc)

08h56 - 09h26 : **Session Protocoles** Armand GARIOUD (Villeneuve St Georges)

09h27 - 09h37 : **Cas clinique n°7** : Une occlusion digestive de cause inhabituelle

Louis Piton, Gilles Macaigne - Service d'Hépatogastroentérologie GHEF - CH Marne la Vallée

09h38 - 09h50 : Création d'un poste d'infirmière de coordination MICI au sein du GHT HOPE (Hôpitaux Publics Eureliens) : il ne faut pas désespérer !!!

E. Cuillerier (1), O. Daboussi (2), P. Ruffin (1,2), N. Ledoux (3), A. Heron (3), G. Savoye (4), A. Landau (1), A. Herber (2) - (1) Service d'Hépatogastro-Entérologie, Hôpital de Dreux, (2) Service d'Hépatogastro-Entérologie, Hôpital de Chartres, (3) Unité de Recherche Clinique, Hôpital de Dreux, (4) Service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU de Rouen.

09h51 - 10h11 : **Session de pratiques professionnelles** : Coopérations inter-professionnelles

- Ponction d'ascite (Jessica Bassot et Marie-Laure Siles - IDE Hôpital Paul Brousse)
- Réalisation du fibroscan (Hakim Bouchkira - IDE CH de Perpignan)
- Explorations fonctionnelles en endoscopie (Olivier Sylvant - IDE CHU de Besançon)
- Protocole de coopération IDE et programme du GIFE (Olivier Sylvant - IDE CHU de Besançon)

10h12 - 10h24 : Mise en place d'une activité de biopsie hépatique par voie transjugulaire en CHG. Evaluation et résultats à 1 an.

Floraine Zuberbulher, Lucie Duval, You Heng Lam, Julien Baudon, Mehdi Kaassis - Service d'Hépatogastro entérologie (CH Cholet).

● **10h25- 10h45 : Conférence n°3** : « Cholangite à IgG 4 » Pr Olivier CHAZOUILLERES (Paris)

10h45 – 11h15 : Pause

Communications originales, conférence et remise du prix du meilleur cas clinique.

Modérateurs : Aurore BARON (Corbeil Essonne) ; Marine BESNARD (Montfermeil)

11h17 - 11h27 : **Cas clinique n°8** : Une pseudo tumeur du grêle d'étiologie rare et méconnue

Emilien Brousset (1), Stéphane Talom (1), Jacquot Rakotobe (2), David Pho (3), Jean Pierre Giesz (1), Hatem Salloum (1), Marc Prieto (1), Christophe Locher (1)

(1) Service d'hépatogastroentérologie, Meaux, (2) Imagerie Médicale, Meaux, (3) Anatomopathologie, Jossigny

11h28 - 11h38 : **Cas clinique n°9** : Un test FIT positif.....

Karine Louvion, Anne Wampach, Valérie Garrait, Laurent Costes, Mathias Vidon , Hervé Hagège, Isabelle Rosa (CH Créteil)

11h39 - 11h49 : Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B dans les hôpitaux français non universitaires. Résultats d'une étude transversale et multicentrique menée par l'Association nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux.

Sandrine Barge, Armand Garioud, David Zanditenas, André-Jean Rémy, Isabelle Rosa et le groupe d'étude de l'ANGH pour le dépistage du CHC.

11h50 - 12h02 : Que sont devenus nos carcinomes hépato-cellulaires durant ces 25 dernières années ?... N'oublions pas le rôle de l'origine ethnique !

Edeline Kaze, Jean Henrion (CH Jolimont - Belgique)

12h03 - 12h15 : Etude de l'Impact de la pandémie COVID-19 sur le diagnostic et la prise en charge du Cancer Colorectal.

Marine BESNARD ; Stéphane NAHON (CH Montfermeil)

● **12h16 - 12h28 : Conférence n°4** : «Immunothérapie en oncologie digestive» *Pr Laëtitia DAHAN (Marseille)*

12h35 - Remise du prix du meilleur cas clinique. Adieux émus...



Paul Munhoven, CC BY-SA 3.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0>, via Wikimedia Commons



Groupement Infirmier
pour la
Formation en Endoscopie

Programme de la session de formation infirmière au 29ème congrès de l'ANGH en Avignon

Organisée avec les membres du GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie)

Vendredi 17 septembre 2021 de 12H30 à 18H00 AVIGNON

12H30 Accueil des congressistes

Remise du badge individuel et émargement, remise des attestations Cocktail déjeunatoire

14H00 Ouverture du 29ème Congrès de l'ANGH : Dr Jean Pierre ARPURT

Allocution présidentielle par le Dr André JEAN REMY

14H15 **Ouverture et présentation de la session infirmière** Dominique IMBERT, référent pédagogique GIFE, cadre de santé en endoscopie au C.H. Avignon

Anne HOUDARD, référent pédagogique GIFE, infirmière coordinatrice en endoscopie au C.H.I.A de Toulon

Présentation de l'association du GIFE

14H30 **Protocole de coopération national:** réalisation des explorations fonctionnelles digestives, Ph métrie et Manométrie par un infirmier d'endoscopie. Expérience au C.H.U de Besançon, formation et principes d'adhésion

Olivier Sylvant, IDE endoscopie CHU Besançon 14H50 Discussion, échanges

15H20 **Le rôle des infirmiers de consultation et de programmation dans la coordination du parcours endoscopie:** Expérience d'Avignon et de Gap

Dominique IMBERT ; Céline Ray, référent pédagogique GIFE, infirmière coordinatrice en endoscopie C.H.I.C.A.S de Gap

15H40 **Discussion**, échanges

16H10 **Pause**

16H40 **Table ronde/débat autour :**

Echanges d'expériences autour des coopérations interprofessionnelles et délégations de tâches : réalisation des Fibroscan par des infirmiers au C.H de Perpignan et réalisation des ponctions d'ascite par des infirmiers Hôpital Paul-Brousse Villejuif.

Animé par : Hakim Bouchkira (infirmier C.H de Perpignan), Jessica Bassot et Marie-Laure Siles (infirmières CH Paul-Brousse de Villejuif)

17H50 **Evaluation de la journée de formation**

18H00 Fin de la session

Le régional

Bienvenue en Avignon !



Cher(e)s ami(e)s de l'ANGH,

Bienvenue à notre 29ème congrès annuel en Avignon, sous la présidence d'André-Jean Rémy. Depuis la création de notre association professionnelle, cela sera la troisième édition dans la Cité des Papes (les précédentes furent en 1996 et 2002).

Le Centre des Congrès du Palais des Papes, en plein centre historique, nous accueillera pour les sessions scientifiques du 17 au 18 septembre 2021 dans un lieu chargé d'histoire... Après le temps de travail, nous aurons le temps de nous retrouver pour un moment convivial le vendredi soir à l'Espace Jeanne Laurent, situé à deux pas du Centre des Congrès, et peut être de danser sur le pont d'Avignon après avoir parcouru une portion du chemin de ronde sur les remparts...

En ce qui concerne le Centre Hospitalier d'Avignon, il s'agit d'un « gros » centre hospitalier général avec 780 lits MCO. Toutes les spécialités y sont représentées sauf la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie. En 2016, il est déclaré établissement support du GHT regroupant 10 établissements publics (hors psychiatrie). Sa zone d'influence est étendue de par sa situation au confluent de trois départements et de deux régions et draine 500 000 habitants.

En mars 1994, quittant le CHU de Nice, j'ai pris les fonctions de chef du service d'HGE du CH d'Avignon. En 1995, Serge Bellon m'a rejoint et nous avons structuré progressivement le service qui est actuellement constitué de 28 lits d'hospitalisation conventionnelle dont 2 lits de soins palliatifs, de 11 lits d'hôpital de semaine, de 3 HDJ et de 5 lits de chirurgie ambulatoire. Nous sommes désormais 5 PH TP, 2 Praticiens Contractuels, 1 Assistant Spécialiste et 2 Internes. D'emblée nous avons intégré des vacataires des différents cabinets libéraux pour fédérer la pratique de notre spécialité. Nous pratiquons tous les domaines de la spécialité et notamment l'endoscopie interventionnelle de A à Z ... En 2006, nous avons intégré le Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif.

Merci au CA de l'ANGH d'avoir choisi Avignon pour ce 29ème congrès. Nous vous y attendons nombreux.

A très bientôt, toujours ANGH'ment vôtre

Jean Pierre Arpurt (Avignon)



Les communications du congrès

1 - A propos de 20 patients ayant bénéficié de la pose d'endoprothèse auto-expansive

(SX-ELLA Stent Danis) dans le cadre d'une hémorragie digestive massive par rupture de varices œsophagiennes. Etude rétrospective 2011-2020.

A.RAOTO ; S.BELLON ; A.BENEZECH ; S.BRAMLI ; N.ANDRIANTSEHENO ; J.SIGRAND ; J.P. ARPURT (CHG Avignon)

En cas d'hémorragie cataclysmique par rupture de VO, réfractaire au traitement vasoactif et à la ligature, le tamponnement, soit par sonde (Blackmore, Linton) soit plus récemment par une prothèse auto-expansible dédiée est une indication recommandée selon la réunion d'experts BAVENO VI 2015.

Méthodes :

20 hommes, âge moyen : 60,7 ans (47 – 85 ans). Cirrhose Child B : 10 (B7:5 ; B8:4; B9:1) Child C : 10 (C10:3; C11:3; C12:4) .Etiologies: éthylique:17, VHC:1, éthylique + VHC:2. Complications avant épisode actuel : carcinome hépatocellulaire : 4, thrombose porte : 3, thrombose TIPS : 4. Mode de révélation à l'arrivée : hématomène massive 100% avec premier épisode d'hémorragie par RVO : 8 et antécédents de LVO : 12. Taux d'hémoglobine moyen : 6.8g/dl, Nombre moyen de culots globulaires/patient : 3,1. La pose a été réalisée au bloc endoscopie sous intubation par un opérateur sénior avec IDE endoscopie d'astreinte pour 15 patients avec contrôle par scopie pour 5 patients ou en service de réanimation pour 5 patients. L'heure de réalisation s'est faite en astreinte d'endoscopie digestive pour 12 patients /20.

Résultats :

La durée moyenne du geste d'implantation a été de 18 minutes [12-30 minutes] Le taux de réussite immédiat a été de 95% (1 échec par défaut de largage au début de l'expérience). Le délai moyen de retrait à 7,8 jours [7-11 jours] sans utiliser le dispositif de retrait dédié. Une simple pince à corps étrangers était suffisante. Au retrait du dispositif, 1 récurrence hémorragique nécessitant la remise en place d'une prothèse. Pas eu de récurrence hémorragique J7 à J30 : 6 décès, 1 perforation œsophagienne traitée par prothèse spécifique et 4TIPS de sauvetage (délai entre hémorragie et TIPS 2- 20jours).

Conclusion :

L'endoprothèse auto-expansible SX-ELLA Stent Danis a donc sa place dans le traitement d'urgence d'une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes non contrôlée par les traitements conventionnels. Ce dispositif reste un traitement temporaire en attendant un TIPS de sauvetage si le patient est éligible Après la réunion de

référencement au sein de la HAS 2020, ce dispositif a accédé au niveau ASA III et est en cours de négociation avec le Comité Economique des Produits de santé (CEPS). Un projet d'observatoire national sur l'HTP va être mis en place en 2021 regroupant CHU-CHG-Libéraux sous l'égide du Club Français de l'Hypertension Portale.

2 - Transmural inflammation in Crohn's disease : correlation between intestinal ultrasound and magnetic resonance

Catarina Frias-Gomes¹, Catarina Nascimento¹, Gonçalo Freire², Bárbara Morão¹, Joana Revés¹, Luís Gargaté², António Alberto Santos³, Luísa Glória¹, Joana Torres¹, Carolina Palmela¹ 1 Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal 2 Serviço de Imagiologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal 3 Serviço de Gastrenterologia, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introduction:

Intestinal ultrasound (IUS) is a non-invasive tool to assess transmural inflammation (TI) in Crohn's disease (CD). Our aim was to correlate the bowel wall thickness (BWT) evaluated by IUS and magnetic resonance enterography (MRE) in CD patients with active disease, before starting biologic treatment.

Methods:

Prospective cohort study of CD patients who started infliximab therapy. Biochemical markers (including C-reactive protein [CRP] and faecal calprotectin [FCaI]), colonoscopy, IUS and MRE were evaluated before starting infliximab treatment. The most affected segment was selected for analysis. TI was defined when BWT \geq 3 mm. Other IUS parameters, such as lymph nodes, strictures and fistulae were also evaluated (peri-anal disease was not assessed). Results: Overall, 21 patients were included (male gender 62%; median age 33 years [IQR 25-45]). Most patients were A2 (n=15), with ileocolic disease (n=13) and inflammatory phenotype (n=14). Fifteen patients (71%) were biologic naïve and 13 (62%) were treated with combination therapy. The most affected segment was the terminal ileum (51%, n=11). Median BWT assessed through IUS and MRE was 4.5 mm [4-6.15] and 9 mm [6.5-10], respectively. Regarding the most affected segment, a very strong correlation was observed between IUS and colonoscopy ($r=0.93$, $p<0.001$), with a strong correlation between IUS and MRE ($r=0.82$, $p<0.001$). A moderate correlation was found between IUS and MRE BWT evaluation ($r=0.60$, $p=0.008$). Lymph nodes (33% vs 14%, $p=0.51$) and strictures detection (10% vs 29%, $p=0.50$) were not different between the two examinations, whereas fistulae were more frequently detected by IUS (25% vs 9.5%, $p=0.048$). A trend

towards a moderate correlation between FCal and IUS was observed ($r=0.41$, $p=0.06$), while no correlation was found between CRP and IUS ($r=0.25$, $p=0.26$).

Conclusion:

IUS and MRE showed a good correlation in transmural inflammation evaluation (defined by BWT) in Crohn's disease, suggesting that IUS is an accurate 1st line tool to assess these patients in clinical practice.

3 - Colite aiguë sévère de RCH : quand il ne reste presque plus aucune option

Alix Pelcé, Yael Abitbol, Weam EL Hajj, Stéphane Nahon (Montfermeil)

Madame A, 43ans, sans antécédent particulier, est diagnostiquée en décembre 2015 d'une RCH pancolique, dont les premiers symptômes ont débuté pendant sa première grossesse avec une diarrhée glairo-sanglante. Elle est contrôlée pendant 2 ans par 45 ASA puis Adalimumab depuis janvier 2020. Cependant, la mauvaise tolérance du traitement oblige à l'arrêter. Réapparition des symptômes en juin 2020 menant à l'introduction de l'Infliximab en combothérapie avec de l'Imurel. Mais aggravation progressive des symptômes malgré l'optimisation rapide basée sur les taux résiduels. Hospitalisation en octobre 2020 pour prise en charge d'une pancolite sévère (Mayo,3, UCEIS 6 et ulcérations creusantes). Devant l'échec primaire de l'Infliximab, elle reçoit successivement : une corticothérapie par voie intraveineuse, de la ciclosporine IV puis per os avec un bridge avec le vedolizumab ... Mais la maladie n'est toujours pas contrôlée. Que proposeriez vous à madame A ?

4 - ANGH et immersion : acte II

S. Bellon, T. Andriantseno, A. Raoto, A. Benezech, J. Sigrand, J.P. Arpurt (Avignon)

Immersion et ANGH : Acte II

Les recommandations européennes de résection des polypes sessiles du colon sont établies depuis 2017. Elles préconisent, entre autres, la dissection sous muqueuse (ESD) pour les polypes ayant une taille de plus de 4 cm et/ou un aspect de dégénérescence superficielle. Cependant, l'ESD est une technique longue, coûteuse, avec une courbe d'apprentissage particulièrement lente. De ce fait, des techniques alternatives sont apparues : système FTRD, dissection hybride... La résection des polypes en immersion (UEMR : Underwater Endoscopic Mucosal Resection) en fait partie. PRINCIPES L'UEMR utilise l'instillation d'une grande quantité de liquide dans la lumière du colon. Ce qui permet de déplisser la musculature et de faire flotter la muqueuse et la sous muqueuse. De ce fait, l'utilisation d'une injection sous muqueuse est inutile. De ce fait, avec l'UEMR la surface du polype n'est pas modifiée ce qui permet de capturer des

polypes de plus grande taille que dans la mucosectomie classique (EMR : Endoscopic Mucosal Resection). De plus en UEMR, la séparation (liée à la pression du liquide) des couches superficielles par rapport à la musculature d'une part, et, d'autre part, la diminution des phénomènes de diffusion du courant dans l'eau font diminuer de façon significative le risque de perforation.

Expérience avignonnaise :

Depuis le printemps 2021, nous avons utilisé l'UEMR pour 7 lésions. Les caractéristiques seront décrites lors du congrès (les résultats du taux de récurrence à distance sont en attente). DISCUSSION L'UEMR a été mise au point en 2012 par K. BINMOELLER à partir de son expérience en minisonde d'échoendoscopie qui montrait une flottabilité importante des lésions muqueuses et sous muqueuses, à distance de la musculature, dans la lumière du colon quand il instillait une quantité importante d'eau. De plus, il remarque que l'utilisation de l'injection sous muqueuse dans l'EMR classique est basée sur un faible niveau de preuves et qu'elle peut même comporter des risques. Depuis cette date, lui et de nombreux auteurs ont publié plus de mille cas dans la littérature ; Avec des niveaux de performances supérieurs à l'EMR : Résection en bloc : 81 % (95% pour polype <20 mm et 55% pour polypes >20mm) Récurrence à 6 mois : 8 % Perforation : 0,2 % De plus, toutes les études montrent que la courbe d'apprentissage est particulièrement rapide pour les endoscopistes formés à l'EMR classique. Les performances les plus pertinentes ont été notées pour les résections monobloc de polypes de grandes tailles, les résections des polypes cicatriciels et les localisations difficiles (appendice, valvule iléocaecale). Notre expérience confirme la facilité d'apprentissage et la sûreté de cette technique. Elle est apparue particulièrement intéressante pour les polypes cicatriciels et pour faciliter les coupes successives lors d'une résection piecemeal. Pour les résections monoblocs de gros polypes, le bénéfice paraît moins tranché. La fin de la discussion des résultats sera poursuivie en septembre.

Conclusion :

L'UEMR est une technique de résection avec une courbe d'apprentissage très rapide et qui permet de suppléer parfois à l'ESD : Polypes de taille élevée à bonne flottabilité Polypes déjà travaillés Polypes de localisations difficiles L'Acte I de l'immersion nous a été présenté l'année dernière à l'ANGH par le Dr René Louis Vitte, en démontrant le bénéfice quant à la progression du coloscope. Aujourd'hui, avec l'exposé des résultats de l'UEMR pour la résection des polypes, nous proposons l'Acte II de l'immersion.

5 - Un proctologue à bout de nerfs...

Manon Haas, Lucas Spindler, Nadia Fathallah, Vincent de Parades Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, Service de Proctologie Médico-chirurgicale, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris, France

Un homme de 58 ans consulte pour des rectorragies. Parmi ses antécédents, on note une consommation d'alcool régulière, une cardiopathie ischémique stentée et un cancer colorectal chez le père à l'âge de 72 ans. La précédente coloscopie remonte à 5 ans et a révélé des polypes qui auraient été laissés en place. Aucun compte rendu de ce précédent examen n'est disponible. L'examen proctologique révèle des hémorroïdes internes congestives possiblement en cause dans les saignements récents. La coloscopie permet la résection de deux polypes centimétriques du bas fond caecal et d'un polype infracentimétrique du sigmoïde. Dans le rectum, il y a une lésion d'allure sous-muqueuse de 15m de grand axe située à environ 10 cm de la marge anale qui est simplement biopsiée. Les polypes sont des adénomes festonnées en dysplasie de bas grade et les prélèvements de la lésion rectale sont sans particularité. L'échoendoscopie rectale met en évidence une lésion arrondie de 15 mm de plus grand diamètre, hypoéchogène, homogène, vascularisée, localisée dans la profondeur de la muqueuse respectant la sous-muqueuse, sans adénopathie périrectale associée. Quel est votre diagnostic ? Quelle prise en charge proposeriez-vous ? Les réponses à Avignon !

6 - Une rectite mystérieuse..

Amine Alam (1), Thomas Severyns (2), Vincent de Parades (1) 1/ Service de proctologie médico-chirurgicale du GHPSJ Paris-France Institut Léopold Bellan 2/ Service d'Hépatogastroentérologie de l'HEGP Paris-France

Cas clinique Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans ayant pour seul antécédent un syndrome de Guillain-Barré attribué à une vaccination contre le virus B. Son histoire clinique remonte à août 2019 avec l'apparition d'un syndrome rectal et de douleurs pelviennes. Une coloscopie en février 2020 retrouve une colite œdémateuse érosive et ulcérée allant du rectum jusqu'au côlon transverse avec un sigmoïde sain dont l'analyse histologique décrit des « remaniements inflammatoires subaigus » sans granulome visible. Il y a également une fissure anale marginale postérieure d'allure chronique. Une IRM ano-périnéale en juin révèle une probable collection intersphinctérienne et intramurale postéro-latérale gauche qui est palpable et très douloureuse à l'examen clinique. Un examen sous anesthésie confirme le bombement pariétal mais ne permet pas l'évacuation de pus. Le reste du bilan est par ailleurs sans particularité : - Biologie standard -

Sérologies du VIH et de la syphilis - Prélèvements locaux à visée infectieuse - Quantiféron - Scanner thoracique - Endoscopie digestive haute. Un traitement par adalimumab est débuté en juillet sans aucun effet sur la gêne clinique. Idem pour une corticothérapie par voie orale administrée en août. Un nouveau bilan est donc réalisé en septembre. L'IRM ano-périnéale montre une « rectite intense, sans trajet fistuleux, ni collection visible » ainsi que des « adénopathies réactionnelles » La coloscopie montre un aspect boursoufflé et inflammatoire de la muqueuse avec mise à nue de la sous muqueuse sur plusieurs centimètres à plusieurs endroits, avec un aspect fibrineux et nécrotique. Les lésions sont maximales au niveau du bas rectum. Quel est votre diagnostic ? Diagnostic (exceptionnel), traitement (difficile) et évolution (préoccupante) à Avignon !

7 - Coloscopie sous MEOPA en immersion : une alternative à l'anesthésie générale ?

Clara Beunon, Frederick Moryoussef, Ilana Levy, Aline Derosiere, Rene Louis Vitte.

Introduction :

En France, les coloscopies sont traditionnellement réalisées avec insufflation d'air et sous anesthésie générale dont une grande partie sont normales ou limitées à du thérapeutique simple (polypectomie anse froide). Or, la coloscopie en immersion occasionne moins de douleurs et permet une meilleure détection. De plus, en raison de la pandémie actuelle du Covid-19, l'accès à l'anesthésie est restreint. Nous avons donc évalué les coloscopies réalisées sous anesthésie locale au gaz MEOPA montées en immersion.

Méthode :

Nous avons analysé une cohorte prospective unicentrique incluant 45 patients majeurs. Cinq opérateurs d'expérience différente ont réalisé les examens. Le critère de jugement principal était la réalisation d'un examen complet. Les critères de jugement secondaires étaient : la tolérance des patients évaluées par le patient et le médecin, et le taux de réintervention. Résultats : La population incluse était composée majoritairement d'hommes (75%), avec une moyenne d'âge de 66,3 ans. Les indications étaient les antécédents personnels et familiaux de polypes et l'hémorragie digestive. Le critère de jugement principal (coloscopie complète) était respecté dans 78% des cas. La tolérance était bonne dans 82% des cas, avec 69% des patients prêts à refaire l'examen dans ces conditions au besoin. Dans 83% des cas, une réintervention n'est pas nécessaire.

Discussion :

Les résultats de cette cohorte montrent que cet examen est réalisable en pratique courante avec des taux de succès acceptables en tant de pandémie. Cependant, ils ne sont pas transposables à tous les patients, notamment en cas de geste invasif. Conclusion : Nos résultats

permettent de conclure que la coloscopie sous MEOPA en immersion est une alternative acceptable pour permettre de maintenir l'offre de soin tant sur le plan de l'efficacité que sur le plan de la tolérance de l'examen.

8 - Dépistage biologique de la fibrose hépatique en hôpital psychiatrique :

l'expérience de l'utilisation du FIB4.

REMY André-Jean (1), HERVET Jérémy (1), BOUQUIE Régis (2)

(1) Equipe Mobile Hépatites, Centre Hospitalier de Perpignan (2) Laboratoire de Biologie, CH Thuir

Introduction :

Les maladies du foie sont fréquentes chez les patients hospitalisés en psychiatrie qui cumulent les facteurs de risque : alcool, surpoids et syndrome métabolique, hépatite C et/ou B, médicaments hépatotoxiques. L'index FIB-4 est un biomarqueur simple et gratuit pour diagnostiquer la fibrose hépatique avancée. Le calcul de l'index FIB-4 nécessite de connaître l'âge, les transaminases ALT et AST et le taux de plaquettes. Notre centre hospitalier psychiatrique (CHP) dessert un bassin de près de 500 000 habitants et est un lieu de vie mais aussi un lieu potentiel de dépistage. Il comprend 382 lits et la file active annuelle 2019/2020 est de 1434 et 878 patients hospitalisés (durée moyenne de séjour 29 jours). Une permanence infirmière bimensuelle de l'hôpital général a été mise en place en 2018 pour la réalisation de FIBROSCAN selon un protocole validé de délégation de tâches et un partenariat établi avec le laboratoire de biologie du CHP pour le suivi des sérologies virales positives. Une consultation bimensuelle d'hépatologie sur site complétait le dispositif. Il nous est apparu secondairement que dépister la fibrose hépatique pouvait être utile à grande échelle.

Méthodologie :

Le bilan biologique d'entrée (quasi)systématique fait au CHP incluait les paramètres nécessaires au calcul du FIB-4. Après information des psychiatres et des médecins généralistes exerçant au CHP, il a été mis en place le 1er octobre 2020 le calcul automatisé de l'index FIB-4 sur toutes les biologies comprenant transaminases et plaquettes afin de dépister les fibroses avancées du foie chez les patients hospitalisés. Il n'y a eu besoin d'aucun changement dans les prescriptions ni d'exams supplémentaires. Les patients ayant un FIB-4 > 1.45 ont été orientés pour un FIBROSCAN : si une fibrose F3F4 est détectée en FIBROSCAN, ils ont été ensuite orientés vers la consultation d'hépatologie. Résultats : En 6 mois, 452 mesures de FIB4 ont été réalisées chez 390 patients différents ; 66 patients avaient une valeur supérieure à 1.45 ; 47 ont eu un FIBROSCAN validé avec une valeur moyenne de 7.2 Kpa : 35 F0F1, 9 F2 0 F3 et 5 F4. Tous les patients ayant une fibrose estimée supérieure ou égale à F2 ont été vus en consultation

spécialisée. Les résultats actualisés au 1er septembre 2021 seront présentés lors du congrès. Conclusion :

le dépistage biologique de la fibrose hépatique en hôpital psychiatrique est utile pour individualiser des patients ayant une fibrose modérée ou sévère. L'apport de la sonde CAP est à évaluer dans cette population à risque de NASH.

9 - Complications hémorragiques sévères après ponctions d'ascite thérapeutiques.

Charlotte Vanveuren (1), Ambroise Lalieu (1), Xavier Pauwels (2), Benjamin Le Coq (3), Elodie Warmoes (1), Faustine Wartel (1), Arnaud Boruchowicz (1), Services des Maladies de L'Appareil Digestif (1), de Radiologie Interventionnelle (2) et de Chirurgie Viscérale (3). Centre Hospitalier de Valenciennes.

La ponction d'ascite (diagnostique et thérapeutique) est un acte réalisé régulièrement dans les services d'hépatogastroentérologie en hospitalisation conventionnelle et de jour. Les complications majeures sont constituées par les hémorragies et les infections (2). Les complications hémorragiques de la ponction d'ascite sont considérées comme rares mais peuvent engager le pronostic vital (1).

Nous rapportons 3 observations de complication hémorragique suite à une ponction d'ascite.

Le premier cas est celui d'une patiente de 65 ans présentant une cirrhose compliquée d'une ascite réfractaire et des ponctions d'ascite hebdomadaires étaient réalisées sans complication. Elle présentait une thrombopénie à 67000/mm³ et une insuffisance rénale chronique (DFG 28ml/min) Le score de CHILD était à B9 et le MELD à 21. En janvier 2016 une nouvelle ponction est réalisée de 10 litres d'un liquide citrin sans complication immédiate. Au retrait du cathéter une hémorragie était mise en évidence avec un saignement actif en regard du point de ponction. Un bilan biologique réalisé en urgence mettait en évidence une perte de 2 points du taux d'hémoglobine en 3 heures. Un scanner avec injection permettait de mettre en évidence un hématome de 25 cm et une hémorragie active artérielle au dépend d'une branche de l'artère iliaque externe gauche. Une embolisation était réalisée permettant l'hémostase. L'évolution était favorable. De nouvelles ponctions d'ascite, sous repérage échographique, étaient réalisées en hôpital de jour sans complication avec un recul de 2 ans. La patiente est décédée deux ans après d'une insuffisance rénale aiguë dans un contexte de syndrome hépato rénal.

La deuxième observation est celle d'un homme de 57 ans présentant une récurrence de cirrhose alcoolique après une transplantation hépatique effectuée en Avril 2012 pour hépatite aiguë alcoolique sévère. Des ponctions d'ascites étaient nécessaires à partir de février 2020 pour ascite réfractaire. Il existait une insuffisance rénale

chronique avec un DFG à 61 ml/min. Le score de CHILD était à C13 avec un MELD à 27. Les plaquettes étaient à 63000/mm³. Le 6 juillet 2020 il bénéficie d'une ponction d'ascite évacuatrice. A la fin de la ponction, le patient présente une douleur abdominale, une hypotension artérielle avec un état de choc réfractaire au remplissage. Le bilan biologique réalisé en urgence mettait en évidence une anémie avec un taux d'hémoglobine à 5.7 g/dl. Un scanner avec injection mettait en évidence un hémopéritoine avec un saignement actif au temps veineux en regard de la gouttière pariéto-colique gauche. Devant l'absence de possibilité d'embolisation et l'instabilité hémodynamique une prise en charge chirurgicale était décidée et une transfusion de 6 concentrés érythrocytaires était réalisée. Une laparotomie était réalisée. Un saignement intrapéritonéal était confirmé. L'évolution était défavorable conduisant au décès du patient.

Le dernier cas est celui d'un homme de 31 ans, suivi pour une cirrhose alcoolique, sévère compliquée d'ascite réfractaire, avec un projet de TIPS en cours. La cirrhose était classée CHILD B7 avec un MELD à 12. Le taux de plaquettes était à 166000/mm³, la fonction rénale était normale. Une ponction d'ascite est réalisée en hôpital de jour le 18 avril 2018 (évacuation de 8 L). Le patient se présente le 25 avril dans notre service pour douleur abdominale. L'examen clinique met en évidence une voussure abdominale. Le patient ne présente pas de signes de choc. Sur le plan biologique il existe une anémie (hémoglobine à 10.2 g/dl contre 11.8 g/dl le 18 avril). Il bénéficie d'un scanner abdomino-pelvien qui révèle un hématome avec un pseudoanévrisme de l'artère épigastrique inférieure gauche développée dans le muscle grand droit gauche. Le lendemain une embolisation du pseudoanévrisme était réalisée avec des suites favorables.

A notre connaissance il n'y a pas de facteurs de risque clairement identifiés du risque hémorragique après ponction dans la littérature. Il a été mis en évidence une possible augmentation du risque de complications hémorragiques de la ponction d'ascite au cours de la cirrhose en cas de MELD ou de CHILD élevé ou d'insuffisance rénale (1,2). Dans une revue de la littérature regroupant 61 patients avec complication hémorragique on observait la présence dans 59 % des cas d'un INR>2, dans 8 % des cas une thrombopénie sévère (définie par un taux de plaquettes < 50,000/μL) et dans 70 % des cas une insuffisance rénale (définie par un DFG <60 ml/min) (3). Dans cette étude la mortalité à J30 était de 43.3 % (3). La ponction d'ascite est considérée comme un geste à faible risque de complication (1,4,5). Notre expérience rappelle qu'une surveillance pendant et après la ponction est nécessaire car il existe un risque de complication hémorragique pouvant engager le pronostic vital. Un angioscanner abdominal en

urgence doit être réalisé pour repérer le vaisseau responsable du saignement et discuter l'indication d'une embolisation. Des complications à distance sont possibles justifiant d'informer les patients de la nécessité d'une nouvelle consultation en urgence en cas de douleur abdominale post ponction.

10 - Cas clinique : une cholécystite atypique

Andreea ALEXANDRU, Bénédicte LAMBARE, Aureore BARON Service d'Hépatogastro-entérologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes

Un homme de 77 ans ayant comme antécédents une hypothyroïdie, une cardiopathie rythmique (ACFA paroxystique), une tamponnade drainée, une insuffisance rénale minime (Clcréat = 50 ml/min), une cure de hernie inguinale, consulte aux urgences pour une douleur de l'hypochondre droit, avec signe de Murphy positif, une fébricule à 38°2C, avec biologiquement des transaminases normales, lipasémie à 1,5N, bilirubine 8μmol/L, TP 56% sous apixaban, un syndrome inflammatoire biologique (CRP 174 mg/L, leucocytes 11 000/mm³). Morphologiquement, l'échographie hépatobiliaire révèle un foie non dysmorphique, non hypertrophié, homogène, une vésicule biliaire épaissie à 6 mm de façon homogène mais alithiasique, il n'y a pas de signe d'hypertension portale. Le patient est traité par une antibiothérapie par C3G et métronidazole et est cholécystectomisé en urgence comme pour une cholécystite lithiasique. L'analyse histologique de la pièce opératoire est surprenante et fera découvrir une pathologie sévère et rare. Ce cas clinique nous permettra d'aborder les causes de cholécystite non lithiasique et en particulier une étiologie peu rapportée dans la littérature.

11 - Ou en est-on du recours au TIPS en France ?

Résultats d'une enquête nationale sur l'accessibilité et les indications des TIPS.

Isabelle Rosa (1), Armand Garioud (2), Christophe Bureau (3), Dominique Thabut (4) et le groupe ANGH enquête TIPS. (1) – Service d'hépatogastroentérologie – Centre Hospitalier Intercommunal – Créteil (2) – Service d'hépatogastroentérologie – Centre Hospitalier Intercommunal – Villeneuve-Saint-Georges (3) – Service d'hépatogastroentérologie – Centre Hospitalier Universitaire Rangueil – Toulouse – (4) Service d'hépatogastroentérologie – Centre Hospitalier Universitaire La Pitié-Salpêtrière – Paris

Contexte et objectifs:

La conférence Baveno VI a bien défini la place des TIPS chez les patients cirrhotiques. Cependant, le nombre de patients cirrhotiques adressés pour pose d'un TIPS en France n'a pas augmenté de façon spectaculaire depuis. Le but de cette étude était de décrire la pratique actuelle des hépatogastro-

entérologues français concernant le TIPS, et d'identifier les barrières à la procédure TIPS. Méthode:

Un questionnaire rédigé par l'ANGH et validé par l'AFEF a été envoyé à tous les praticiens (P) travaillant dans les unités d'hépatogastroentérologie des hôpitaux généraux et universitaires (GH et UH) par e-mail. Cette enquête a été menée entre octobre et décembre 2020.

Résultats:

94 hépatogastroentérologues ont répondu au questionnaire (53 praticiens de 35 CHG et 41 de 24 CHU). L'âge moyen du praticien était de 44,7 (29-66) ans. Le TIPS était principalement disponible en CHU (93%), très limité en CHG (14%) et toujours réalisé par des radiologues interventionnels. Le nombre d'indications de TIPS était différent entre CHG et CHU: 57% des praticiens de CHG proposaient un TIPS chez moins de 5 patients par an versus 5% en CHU tandis que 63% des praticiens de CHU prescrivait des TIPS chez plus de 10 patients par an versus 10% en CHG. Le transfert des patients de CHG au CHU pour la procédure TIPS a été considéré comme facile pour 83% des praticiens. Les indications des TIPS étaient similaires entre CHG et CHU pour l'ascite réfractaire, l'hydrothorax, l'hémorragie variqueuse réfractaire, l'échec de la prophylaxie secondaire. En revanche, seulement 45% des praticiens de CHG proposaient un early TIPS en cas de rupture de VO chez un patients Child C<12 ou B avec hémorragie active, versus 95% dans les CHU. En cas d'hémorragie réfractaire, un TIPS était discuté par les hépatologues dans 98% des cas et par les réanimateurs dans 52% des cas. Pour les early-TIPS, la procédure a été discutée dans 57% des cas (64% en CHG et 98% en CHU) par un hépatologue et par des réanimateurs dans seulement 31% des cas. Les raisons pour lesquelles les early-TIPS n'ont pas été réalisés étaient des difficultés organisationnelles pour 23% et un manque de confiance sur l'efficacité de cette procédure pour 11% des praticiens de CHG. L'échocardiographie et la recherche d'une encéphalopathie hépatique étaient systématiquement effectuées avant l'intervention. Le suivi du patient se faisait à 3 mois puis tous les 6 mois avec consultation et echo-Doppler du foie. Conclusion:

Le TIPS est principalement disponible en CHU mais les patients de CHG sont facilement transférés au CHU pour la procédure. Les indications des TIPS sont conformes aux directives de Baveno VI, mais les patients de CHG ont moins accès à l'early-TIPS, en raison de difficultés organisationnelles et également du manque de conviction des réanimateurs et des hépatologues de CHG. Une meilleure connaissance des pratiques est nécessaire surtout en CHG pour augmenter l'accessibilité des patients à l'early TIPS en France.

12 - Une diarrhée chronique chez une patiente atypique

Dany Rizk1, Julia Roux1, Anne-Laure Desgabriel1, Sihem Asselah1, Danielle Jaafar2, Armand Garioud1. 1. Service d'hépto-gastroentérologie – CHI de Villeneuve-Saint-Georges. 2. Service de médecine infectieuse et tropicale – CHI de Villeneuve-Saint-Georges.

Une patiente de 29 ans sans antécédent particulier et sans notion de voyage à l'étranger a été hospitalisée par les Urgences en août 2020 pour l'exploration d'une altération de l'état général avec paresthésies et faiblesse musculaire des 4 membres associées à une anorexie et une perte de poids depuis 2 mois. On notait une diarrhée chronique non glairo-sanglante présente depuis 2 ans avec 4-5 selles par jour -dont des selles nocturnes- qui s'est aggravée depuis 3 semaines. Elle ne prenait pas de traitement particulier. Cliniquement, la patiente n'a jamais été fébrile. Elle pesait 102kgs (BMI 39). Il existait un déficit sensitivomoteur des 4 membres plus prononcé au niveau inférieur avec une incontinence fécale et urinaire occasionnelle. Les ROTs étaient faibles sans signe de Babinski. Elle marchait en déambulateur. L'évaluation psychiatrique a révélé un trouble de la personnalité type « borderline ». L'examen cutané a permis de relever la présence de placards pigmentés des membres inférieurs et de la face externe des bras, des lésions vésiculeuses et ulcérées du sillon interfessier ainsi que des ulcères de la langue et de la cavité buccale. La palpation abdominale était sans particularité. La biologie objectivait une anémie à 5,4 g/dl, macrocytaire (VGM 114), arégénérative (réticulocytes 7,4 G/L) avec des stigmates d'hémolyse (haptoglobine effondrée, LDH augmentés à 1819 U/l). La recherche de schizocytes et le test de Coombs érythrocytaire étaient négatifs. Il existait un syndrome inflammatoire : GB 11,7 G/L, CRP 70 mg/l, ferritinémie 528 ng/ml. La fonction rénale était normale. Les tests hépatiques étaient subnormaux (AST 1,5N, ALT N, GGT N, PAL 1,3N, BiliT 25µmol/l, BiliC 8µmol/l) et il existait des stigmates de dénutrition (albuminémie 19g/l, carences vitaminiques multiples en vit A, B1, B6, C, D et sélénium. Les folates étaient effondrés et la vit B12 était normale de même que la TSH. Il n'y avait pas d'argument pour une maladie coeliaque (IgA sériques normaux, Ac anti-transglutaminases et anti-gliadine négatifs). Le bilan infectieux n'a pas mis en évidence de point d'appel : PCR SARS-CoV-2 négative, hémocultures négatives, ECBU négatif, coproculture + toxine Clostridium difficile négative. La sérologie VHB était de profil post-vaccinal et les sérologies VIH et VHC étaient négatives. La PCR CMV sang était négative de même que les PCR HSV1 et 2 tant sur un écouvillon buccal et des vésicules fessières qu'au niveau du sang. La recherche de frottis - goutte épaisse était négative. La patiente a été transfusée de 5 culots

globulaires avec un bon rendement et une renutrition avec de multiples suppléments a été débutée. Le bilan endoscopique digestif a objectivé une oesophagite ulcérée des 1/3 moyen et inférieur, une gastrite/bulbite sans signe de spécificité. Sur les biopsies, il existait une duodénite chronique non spécifique, une gastrite chronique discrète sans *Helicobacter pylori* et une œsophagite sans mise en évidence de filaments mycéliens ou d'élément viral (PCR HSV1 et HSV2 négatives). L'iléocoloscopie totale Boston 9 a objectivé une iléite érythémateuse sur les tout derniers cm avec une valvule iléo caecale ulcérée. Sur les biopsies, il existait une discrète hyperplasie lymphoïde de la muqueuse iléale sans élément suspect. La muqueuse colique était peu modifiée hormis au niveau de la valvule où il existait des lésions de colite aiguë non spécifique sans argument pour une maladie de Crohn (absence de granulome). Les prélèvements histologiques pour recherche de BK et PCR CMV étaient négatifs. L'entéro-IRM qui a été faite a permis d'objectiver un discret épaissement pariétal de la dernière anse iléale sur 4 cm de longueur mais sans signe franc d'iléite terminale et sans collection ou trajet fistuleux identifiable. Des explorations neurologiques ont également été effectuées avec un EMG qui a confirmé la présence d'une polyneuropathie sévère axonale sensitivomotrice à prédominance sensitive. Quant à l'IRM médullaire, elle était normale. L'ensemble évoquait une atteinte neurologique d'origine carencielle. L'ETT était normale sans argument pour une cardiopathie carencielle. Quel est votre hypothèse diagnostique concernant cette diarrhée chronique ? Quel examen fait pendant les endoscopies digestives attendez-vous pour le confirmer ? Celui-ci reviendra positif... La suite du cas clinique vous sera présentée lors du congrès avec une revue bibliographique.

13 - Pancréatite aigüe et paralysie faciale périphérique

Abel Galland, Marie LAZARETH, Caroline De Kerguenec Service hépatogastroentérologie Hôpital DELAFONTAINE 93200 SAINT DENIS

Un patient de 41 ans, aux antécédents de remplacement valvulaire aortique par bioprothèse en 2014 et de diabète de type II en rupture de traitement se présente aux urgences de Delafontaine pour des épigastalgies brutales. A l'arrivée, le patient est apyrétique, douloureux en épigastrique sans défense, il existe une paralysie faciale droite périphérique ainsi qu'une parotidite bilatérale. Biologiquement, une lipasémie >3N, une élévation modérée des transaminases (ASAT 1,5N ALAT 1,5N) et une cholestase anictérique (GGT 8N, PAL 4N), un déséquilibre de son diabète en rupture de traitement (Glycémie à jeun 32 mmol/L). Les triglycérides et la calcémie corrigée d'entrée sont normaux. L'échographie abdominale réalisée dans les 24h ne retrouve pas de lithiasse vésiculaire. Le

scanner abdomino-pelvien réalisé à 72h objective une pancréatite aigüe non sévère CTSI 3. Un scanner thoracique est réalisé et objective des adénopathies médiastinales bilatérales. L'examen ophtalmologique retrouve une uvéite granulomateuse bilatérale. Quel autre examen simple auriez vous réalisé pour confirmer votre diagnostic ? Quel est votre diagnostic ?

14 - Astreinte en endoscopie digestive dans les CHG : Résultats d'une étude observationnelle nationale

Mathilde PETIET DUMONT (1), Gilles MACAIGNE (2), Armand GARIOUD (3), Christophe LOCHER (1) et l'ensemble des centres ANGH Service d'hépatogastroentérologie (1) Meaux, (2) Jossigny, (3) Villeneuve Saint Georges

Les modalités de prise en charge de l'astreinte en endoscopie digestive sont très hétérogènes. Nous avons réalisé au sein de l'ANGH une enquête observationnelle par questionnaire en ligne durant le mois de Mars 2021. Les objectifs de cette étude étaient :

1/ d'effectuer un état des lieux de l'organisation des astreintes d'endoscopie digestive dans les CHG (existence d'une astreinte, modalités et conditions de l'astreinte, valorisation...).

2/ de comparer les modalités en fonction du volume d'examen annuels réalisés et de la zone géographique.

L'ensemble des résultats de cette enquête sera détaillé durant le congrès

15 - A l'heure du duodéno-scopie à usage unique, qu'en est-il de l'écologie bactérienne de nos endoscopes interventionnels ?

Résultats d'une étude monocentrique sur 6 ans et mise au point sur les recommandations et les techniques de prélèvements.

V QUENTIN, V MARIE CH de Saint-Brieuc.

Pour des raisons infectieuses, il est apparu récemment sur le marché de l'endoscopie un duodéno-scopie à usage unique, de même suite à de nombreux signalement la firme Olympus a modifié l'extrémité distale de ses duodéno-scopes. Nous avons procédé au sein de notre centre à une revue rétrospective des analyses bactériologiques réglementaires réalisées de façon prospective depuis 6ans (3 ans/3ans) et ciblées sur les duodéno-scopes et échoendoscopes linéaires. La présentation des résultats permettra de montrer le taux de positivité, le caractère pathogène ou non du germe et les conséquences sur le parc d'endoscopes. Cette communication (présentée en session endoscopie ou pratiques professionnelles) sera l'occasion d'un rappel sur les réglementations d'hygiène actuellement en vigueur.

16 - Une occlusion digestive de cause inhabituelle

PITON Louis, MACAIGNE Gilles Service Gastro-entérologie GHEF - CH Marne la Vallée

Nous présentons le cas d'un patient de 31 ans, sans antécédent particulier en dehors d'une schizophrénie jusque-là bien équilibrée sous traitement, consultant pour syndrome dyspeptique évoluant depuis quelques mois avec reflux gastro-oesophagien. Il bénéficie d'une gastroscopie sous anesthésie locale 8 jours plus tard mettant en évidence une gastrite érythémateuse non ulcérée avec histologie gastrique et duodénale systématique normale. Quelques heures après la gastroscopie, le patient est admis aux urgences pour douleurs abdominales intenses d'augmentation progressive avec vomissements incoercibles faisant évoquer un syndrome occlusif. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

17 - Création d'un poste d'infirmière de coordination MICI

au sein du GHT HOPE (Hôpitaux Publics Eureliens) : il ne faut pas désespérer !!!

Cuillerier E (1), Daboussi O (2), Ruffin P (1,2), Ledoux N (3), Heron A (3), Savoye G (4), Landau A (1), Herber A (2) (1) Service d'Hépatogastro-Entérologie, Hôpital de Dreux, (2) Service d'Hépatogastro-Entérologie, Hôpital de Chartres, (3) Unité de Recherche Clinique, Hôpital de Dreux, (4) Service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU de Rouen.

Depuis quelques années, l'accent est mis sur l'intérêt de l'éducation thérapeutique (ETP) dans la prise en charge des MICI, dont la mise en place est malheureusement contrariée par le manque de ressources allouées à la création de postes d'infirmière ETP. C'est encore plus vrai en ce qui concerne les postes d'Infirmière de coordination (IDEC) MICI qui sont très rares en France, alors que les IBD nurses font partie intégrante de la prise en charge des patients depuis de nombreuses années dans les pays Anglo-Saxons et d'Europe du Nord. La collaboration de nos 2 services a finalement permis de créer, en répondant à un appel d'offre de la DGOS fin 2019, un poste d'IDEC MICI partagé (50/50) au sein du GHT HOPE (Hôpitaux de Chartres et Dreux), sur le modèle des IDE de coordination en oncologie. Nous rapportons notre expérience. Matériel et Méthode :

Tous les patients ayant rencontré l'IDEC MICI du 2/09/2020 au 30/04/2021 ont été recensés, ainsi que les différentes actions qu'elle a pu mener durant cette période. Lors du premier entretien, l'IDEC présentait sa fonction, puis remettait ses coordonnées professionnelles (téléphone portable, mail). Lors de ces entretiens ou des sollicitations ultérieures, en fonction des questions posées, l'IDE pouvait faire appel au médecin référent du patient ou au binôme médical en charge de la coordination.

Un questionnaire de satisfaction a été donné aux patients qui avaient un recul de 6 mois par rapport à la création de ce poste. Résultats : Notre file active de patients suivis pour une MICI est d'environ 500 patients. Au 30 avril 2021 (8 mois après sa prise de fonction), l'IDEC MICI a eu un premier entretien avec 201 patients (102 femmes, 99 hommes, âge moyen : 45 ans, 25% ayant une ancienneté de la maladie < 5 ans), 68% de ces patients ayant été vus en présentiel, les autres par téléphone ou visio. Par la suite, 58% (n = 116) ont recontacté une ou plusieurs fois l'IDEC MICI (présentiel, téléphone, mail ou visio), soit un total de 552 sollicitations (1ers entretiens inclus). Les thèmes abordés lors de l'ensemble des entretiens étaient : connaissance de la maladie (53%), traitement (61%), diététique (14%), problème socio-professionnel (13%), soutien psychologique (5%), vaccinations (46%). Courant Mars 2021, l'IDEC MICI a contacté les patients sous immuno-suppresseur ou biothérapie pour les informer sur le vaccin COVID. Elle a proposé des consultations d'annonce pour les patients diagnostiqués récemment et de pré-induction pour les biothérapies sous-cutanées. Elle a participé activement à la création d'un programme d'ETP et à la mise en place d'études cliniques. 60 patients ont pu remplir un questionnaire sur l'intérêt d'un poste d'IDEC MICI 6 mois après leur premier entretien : 85% ont trouvé le poste plutôt utile ou très utile, la note moyenne sur l'utilité d'un tel poste étant de 9,33/10.

Conclusion :

Les IDE de coordination MICI ont un vrai rôle à jouer dans la prise en charge des patients ayant une MICI. La collaboration de plusieurs services d'Hépatogastro-Entérologie dans les hôpitaux généraux peut faciliter la création de postes partagés qui pourraient, à terme, se transformer en poste d'Infirmière de Pratique Avancée (IPA).

18 - Mise en place d'une activité de biopsie hépatique par voie transjugulaire en CHG. Evaluation et résultats à 1 an.

Floraine ZUBERBULHER, Lucie DUVAL, You Heng LAM, Julien BAUDON, Mehdi KAASSIS Hépatogastro Entérologie, CH Cholet

Introduction

La biopsie hépatique par voie trans jugulaire (PBH TJ) est un examen de référence en hépatologie. Nous rapportons les résultats de notre activité de PBH TJ débutée il y a 1 an au CH de Cholet. Matériel et méthodes

Les PBH TJ ont débuté en 2020, après l'arrivée d'une hépatologue formée à la technique en CHU au cours de son clinat. L'activité s'est fait en accord avec l'équipe d'hépatologie du CHU d'Angers, et le laboratoire d'anatomopathologie du CHU pour relecture des lames. Pour des raisons de disponibilité de salle, les biopsies étaient réalisées au bloc opératoire, avec matériel de scopie, et aide

de 2 IBODES. L'examen était pratiqué sous anesthésie locale (AL), avec repérage échographique de la veine jugulaire droite. Les patients étaient gardés à jeun et restaient alités 6 heures après le geste. Les PBH TJ étaient réalisées en cas de contre-indication habituelle à la biopsie trans costale : troubles de l'hémostase, ascite.

Résultats

16 patient(e)s ont eu une BPH TJ entre février 2020 et avril 2021. Il s'agissait de 10 femmes et de 6 hommes, la moyenne d'âge était de 54 ans (extrêmes 33-77 ans). 15 patients ont eu la procédure sous AL, 1 patient a dû avoir l'examen sous anesthésie générale pour anxiété et agitation. Tous les patients ont eu l'abord par la veine jugulaire droite repérée sous échographie. Les indications de la PBH TH étaient : 5 suspicions d'hépatite alcoolique aiguë (HAA) sur cirrhose, 5 cas d'ascite avec biologie et examens paracliniques discordants pour une cirrhose, 2 cas d'ascite dans un contexte de lymphome et de cavernome sur maladie de Vaquez, 3 cas d'hépatite aiguë d'origine non déterminée avec insuffisance hépato cellulaire, 1 cas d'ictère avec ascite et antécédents de cancer du sein. Le succès de la BPH était de 81.2 % (3 patients sur 16 ont eu un échec de cathétérisme des veines sus hépatiques par la gaine métallique). La taille moyenne des fragments de tissu hépatique était de 12.7 mm, avec un nombre moyen de passages de 3.2. Une étude des pressions était réalisée dans 75 % de cas, avec 9 résultats en faveur d'un bloc sinusoidal. 2 patients ont eu des complications immédiates non graves et résolutive : 1 douleur scapulaire, 1 œdème de la face d'imputabilité au geste incertaine. L'étude histologique avec relecture en CHU montrait : 3 cas d'HAA sur cirrhose, 3 cirroses micronodulaire, 1 hépatite F3 probablement d'origine vasculaire, 2 hépatites F3 d'origine plutôt toxique ou auto immune, 3 cas de foie normal dont 2 avec signes évocateurs d'hypertension portale, 1 cas de métastase hépatique de cancer du sein.

Conclusions

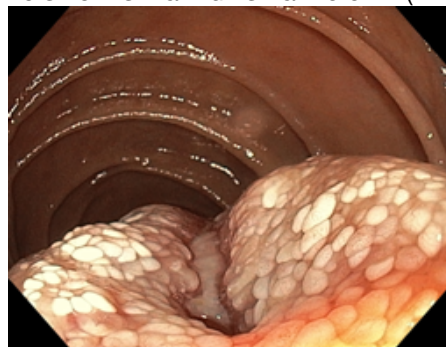
La PBH TJ est un examen performant en hépatologie permettant d'orienter le diagnostic et le traitement en cas de doute diagnostique et de contre-indication à une PBH trans costale. Notre expérience montre qu'elle est à sa place en CHG à partir d'un protocole validant l'organisation pratique, la compétence d'un PH référent, et une lecture anatomopathologie dédiée. Nos premiers résultats nous incitent à poursuivre les PBH TJ avec un retour d'expérience nécessaire pour l'amélioration de nos pratiques.

19 - Une pseudo tumeur du grêle d'etiologie rare et méconnue

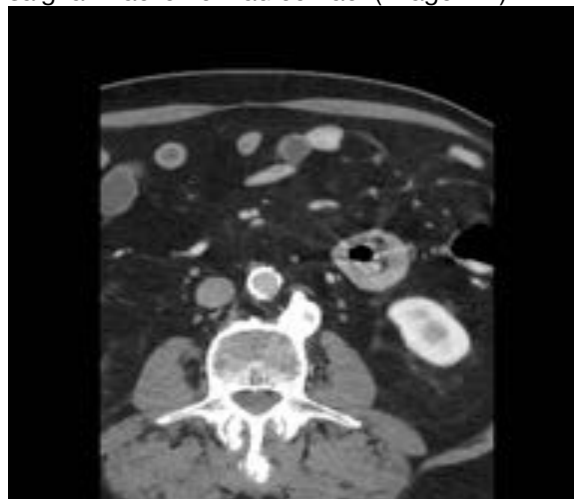
Emilien BROUSSET (1), Stéphane TALOM (1), Jacquot RAKOTOBE (2), David PHO (3), Jean Pierre GIESZ (1), Hatem SALLOUM (1), Marc PRIETO (1), Christophe LOCHER (1) (1) Service

d'hépatogastroentérologie, Meaux, (2) Imagerie Médicale, Meaux (3) Anatomopathologie, Jossigny

En Février 2019, un patient de 76 ans est hospitalisé dans le service pour anémie microcytaire sans extériorisation associée à des douleurs abdominales non spécifiques. Parmi ses antécédents : HTA, hypercholestérolémie, sigmoidite diverticulaire traitée médicalement. En reprenant l'interrogatoire, il a déjà été transfusé de 2 CG en 2018 et 2019 dans un autre établissement. L'examen clinique est normal avec un IMC =30 kg/m². Le bilan biologique montre une anémie à 7,5 g/dl microcytaire par carence martiale pour laquelle il reçoit 2 CG ; le reste du bilan est normal. La fibroscopie et l'iléo-coloscopie sont normales. Un TDM abdominopelvien réalisé avant la vidéo-capsule endoscopique du grêle retrouve une lésion tumorale du jéjunum proximal avec probable invagination sans dilatation d'amont. Pas d'adénopathie ni lésions à distance. (Image n°1)



Une deuxième endoscopie haute est réalisée à l'aide un coloscope retrouvant une lésion tumorale du jéjunum proximal de 4 cm ulcérée en son centre saignant facilement au contact (Image n°2).



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? La prise en charge de ce patient sera détaillée lors du congrès

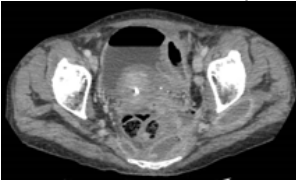
20 - Un test FIT positif.....

Karine Louvion, Anne Wampach, Valérie Garrait, Laurent Costes, Mathias Vidon , Hervé Hagège, Isabelle Rosa

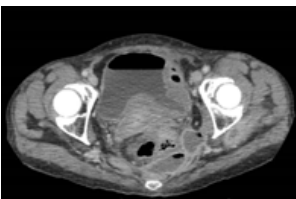
Il s'agit d'une patiente de 62 ans qui consulte pour l'apparition de douleurs abdominales évoluant depuis plus de 6 mois, avec perte de 11kg (PF 45 kg), asthénie, et présence de selles et de gaz dans les urines. Il n'existe aucun antécédent particulier personnel ou familial. La patiente avait réalisé un test

il y a 6 mois qui était positif mais n'avait pas réalisé la coloscopie. L'examen clinique était sans particularité. La biologie montrait : leucocytes 6.2 G/L, Hb 6.1 g/dL, VGM 71.9 fl, plaquettes 419 000, ferritine 482 µg/L, fer sérique 2µmol/L, CST 5.9%, CRP 180, albumine 24 g/L, pré-albumine 0.07g/L, phosphore 1.17 mmol/L, TSH 1.33 mUI/L, 25-OH hydroxy-vitamine D 24.2 ng/mL, TP 82%, TCA 0.95, ACE 2.9 ng/mL, CA 19.9 11.6 U/mL L'imagerie réalisée était la suivante :

-Scanner abdomino-pelvien :



-IRM pelvienne :



Coloscopie : aspect de compression extrinsèque entre 10 et 20 cm de la marge anale ; polype centimétrique du haut rectum d'allure adénomateuse laissé en place du fait de la mauvaise expansion luminale... Quel est votre diagnostic ?

21 - Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B

dans les hôpitaux français non universitaires. Résultats d'une étude transversale et multicentrique menée par l'Association nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux.

Barge Sandrine, Garioud Armand, Zanditenas David, Remy André Jean, Rosa Isabelle et le groupe d'étude de l'ANGH pour le dépistage du CHC

Contexte et objectifs:

Les sociétés savantes d'hépatologie, l'EASL et l'AASLD, proposent des recommandations différentes pour le dépistage du carcinome hépatocellulaire (CHC) chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB) sans cirrhose. Le dépistage du CHC est considéré coût-efficace si le risque annuel de CHC est au moins de 0,2% par an. Différents scores tels que le score

PAGE-B ont été validés pour prédire le risque de développer un CHC chez les patients porteurs du VHB. Ces scores aident à sélectionner les patients à haut risque de CHC qui nécessiteraient un dépistage échographique semestriel. Le but de cette étude était d'évaluer les pratiques professionnelles françaises concernant le dépistage du CHC chez les patients porteurs chroniques du VHB. Méthode: L'Association nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux français (ANGH) a adressé un questionnaire préétabli à tous les praticiens (P) travaillant dans les unités d'hépatogastroentérologie des hôpitaux généraux français. Cette enquête a été menée pendant deux semaines en décembre 2020.

Résultats:

66 P ont répondu au questionnaire. Le ratio homme / femme était de 1,28 et l'âge médian de 52 ans (30-71). L'hépatologie était l'activité principale pour 30% des P. Pour décider d'un dépistage du CHC, 80% des P prenait en compte le degré de fibrose, les antécédents familiaux de CHC, la consommation d'alcool et la présence d'un syndrome métabolique. Que le patient reçoive ou non un traitement antiviral, un quart des P utilisait le score PAGE-B pour décider du dépistage. Tous les P recommandaient une surveillance semestrielle chez les patients avec fibrose avancée. Pour les patients sans fibrose avancée mais avec antécédents familiaux de CHC, un tiers des P proposait un dépistage seulement annuel. Les autres recommandaient une surveillance semestrielle. Pour les hommes africains / asiatiques de plus de 40 ans et les femmes asiatiques de plus de 50 ans sans fibrose avancée ni antécédents familiaux de CHC, 5% des P ne recommandait aucun dépistage, un tiers un dépistage semestriel et près des deux tiers un dépistage seulement annuel. Conclusion:

Cette étude met en évidence l'hétérogénéité des pratiques professionnelles françaises en matière de dépistage du CHC chez les patients porteurs chroniques du VHB sans fibrose avancée. La population cible pour un dépistage utile reste floue et un grand nombre de praticiens estiment qu'une surveillance seulement annuelle est suffisante pour les patients sans fibrose avancée. Cette étude confirme que le dépistage du CHC chez les patients porteurs chroniques du VHB reste imprécis pour les praticiens français des hôpitaux généraux. L'AFEF vient d'émettre des recommandations sur le sujet. L'adhésion à celles-ci paraît indispensable pour standardiser les pratiques professionnelles.

22 - Que sont devenus nos carcinomes hépatocellulaires durant ces 25 dernières années ?

... N'oublions pas le rôle de l'origine ethnique !

Edeline Kaze, Jean Henrion

But Récemment, nous avons montré que l'épidémiologie de la cirrhose avait changé au cours

de ces deux dernières décennies dans notre institution. Le but de cette étude a été de déterminer si l'incidence, l'épidémiologie et la présentation du carcinome hépatocellulaire (CHC) avait aussi changé durant cette période de 25 ans. Méthode De janvier 1995 à décembre 2016, 1070 patients cirrhotiques ont été consécutivement inclus dans un registre de cirrhoses. Ceux-ci ont été répartis en 2 cohortes en fonction de leur période d'inclusion dans le registre : la cohorte 1 (patients inclus de 1995 à 2005) et la cohorte 2 (patients inclus de 2006 à 2016). L'épidémiologie des CHC survenus dans ces 2 cohortes a été étudiée avec un suivi limité de 4 à 15 ans pour chaque cohorte (fin 2009 pour la cohorte 1 et fin 2020 pour la cohorte 2) afin d'avoir 2 cohortes comparables. Le rôle de l'origine ethnique de nos malades fut pris en compte vu que, pour des raisons historiques, 30% de la population de notre région est d'origine italienne et que l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est reconnue plus fréquente dans cette population. Résultats : 504 patients cirrhotiques ont été inclus dans la cohorte 1 (1995-2005) et 566 dans la cohorte 2 (2006-2016). Parmi les 504 patients de la cohorte 1, 89 ont développé un CHC (18%) (groupe 1) alors que parmi les 566 patients de la cohorte 2, 73 patients ont développé avec un CHC (13 %) ($p=0.03$) (groupe 2). Concernant l'épidémiologie du CHC, le genre, l'âge au moment du diagnostic du CHC et le score de Child Pugh étaient similaires entre les deux groupes de CHC. L'étiologie de la cirrhose sous-jacente était statistiquement différente entre les deux groupes : Groupe 1 (89 cas) : alcool 27%, VHC 53%, stéatopathie métabolique (MAFLD) 10%, autre 10% versus Groupe 2 (73 cas) : alcool 60%, VHC 18%, MAFLD 11%, autre 11% ($p_{\text{alcool}} = 0.000$; $p_{\text{vhc}} = 0.000$; $p_{\text{mafld}} = 0.9$). L'origine ethnique des patients différait significativement entre les 2 groupes de CHC. Ainsi, 41% des malades, dans le groupe 1, étaient d'origine italienne versus 17% dans le groupe 2 ($p=0.004$). L'origine ethnique était aussi différente en fonction de l'étiologie alcoolique ou virale C de la cirrhose. Ainsi, de façon globale, pour les 128 CHC d'étiologie alcoolique et virale C dans les 2 groupes, l'origine italienne comptait pour 19% des CHC d'étiologie alcoolique, mais pour 43% des CHC d'étiologie virale C. La comparaison entre les 2 groupes montrait une diminution de l'origine italienne des CHC d'étiologie virale C (47% groupe 1 versus 31% groupe 2), mais la différence n'était pas significative ($p = 0.3$). Concernant la présentation du CHC, le diagnostic dans le cadre d'un programme de surveillance était similaire entre les 2 groupes (50,5% groupe 1 versus 52% groupe 2). L'observance au programme de surveillance fut aussi similaire entre les CHC d'étiologie alcoolique et virale C. Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes concernant l'examen ayant alerté de la présence d'un CHC (l'alpha-FP fut l'unique signe d'alerte dans 12% des cas), pas de différence non

plus concernant l'extension du CHC au moment de sa découverte. Conclusions et points à discuter 1/ L'épidémiologie du CHC a changé au cours de ses 25 dernières années : la prévalence du CHC lié à la cirrhose alcoolique augmente alors que celle du CHC d'étiologie virale C diminue. La MAFLD ne semble pas (encore) jouer un rôle important. 2/ Le rôle de l'origine ethnique est majeur dans notre population et s'explique par l'épidémie de l'hépatite C plus ancienne et plus fréquente en Italie 3/ Il n'y a pas de différences quant à la présentation du CHC au cours du temps 4/ La compliance au programme de surveillance est similaire entre malades alcooliques et malades porteurs de l'hépatite C. Les malades alcooliques ne devraient donc pas être ou exclus du programme de surveillance, comme cela a été suggéré 5/ L'alpha-FP garde toute sa place comme moyen de dépistage du CHC.

23 - Etude de l'Impact de la pandémie COVID-19 sur le diagnostic

et la prise en charge du Cancer Colorectal dans les hôpitaux généraux français en 2020

Marine Besnard, ANGH, Stéphane Nahon

Introduction

La pandémie COVID-19 est responsable d'une perturbation majeure du système de soins, et notamment des activités de dépistage organisé des cancers. Le dépistage et le diagnostic du cancer colorectal (CCR) sont dépendants, entre autres, de procédures endoscopiques qui ont été largement différées (en dehors du contexte d'urgence) depuis mars 2020 suite aux recommandations de plusieurs sociétés savantes. A ce jour, nous ignorons l'impact réel de cette attitude pragmatique sur le parcours de soin des patients atteints de CCR.

Méthodologie

Nous étudierons donc dans cette étude l'impact de la pandémie COVID-19 sur le nombre de nouveaux cas de CCR diagnostiqués, leur stade, la survenue d'éventuelles complications liées à la tumeur et sur les délais de prise en charge des patients. Etude rétrospective multicentrique des centres de l'ANGH. L'objectif principal est de comparer le nombre de cas de CCR nouvellement diagnostiqués et leur stade au diagnostic, pendant une année de pandémie (1er mars 2020 au 28 février 2021) versus une année « témoin » (l'année 2019). L'objectif secondaire sera d'identifier si il y a eu une augmentation des délais de prise en charge à toutes les étapes du parcours de soin des patients. Comparaison des deux périodes « Témoin » et « COVID » au moyen des tests statistiques suivant : le test t de Student et le test de Mann-Whitney pour la comparaison des variables quantitatives ; le test du χ^2 et test exact de Fisher pour la comparaison des variables qualitatives. Résultats Les premiers résultats disponibles des différents centres participant seront présentés lors du congrès ANGH en septembre 2021.



Présente-moi ton hôpital : le centre hospitalier d'Avignon

Serge Bellon (Avignon)

1981



Jean-Pierre et moi-même sommes Avignonnais et étudiants.
 Au printemps, la France a changé de Président de la République !
 A l'automne, Avignon se prépare à changer d'hôpital. Fini le centre historique et le vieil établissement (Sainte Marthe) construit en 1354 par les Papes !!!

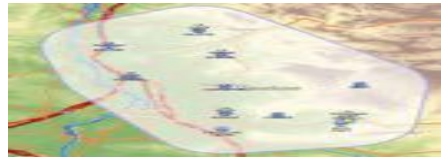
1981 -2016



Le nouveau Centre Hospitalier s'installe sur les bords de la Durance.
 Pendant 35 ans, le CHA va gagner progressivement le cœur des Vauclusiens en développant, organisant et structurant l'offre de santé de notre territoire : 881 lits d'hospitalisation, toutes les spécialités représentées (sauf la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie), 16 salles de blocs, 3 scanners, 2 IRMs, 1 Pet-Scanner, la Cardiologie interventionnelle...

Et bien sûr, un service de Gastro-entérologie « de pointe » !

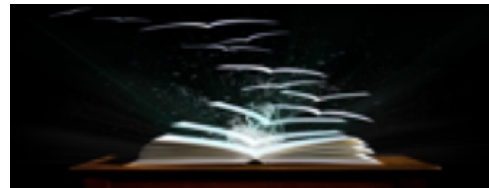
2016



Le CHA devient le Pôle de référence du GHT. Le CHA devient le Pôle de référence du GHT de Vaucluse en s'associant à 10 autres structures hospitalières : Orange, Carpentras, Cavillon, Apt ...

Avec un budget de 500 Millions d'Euros, notre GHT emploie 5500 personnels non médicaux, 450 praticiens et totalise 70 000 séjours pour 3200 places.

2021



Jean-Pierre et moi sommes Praticiens. Deux des nombreuses pages du grand livre du CH d'Avignon.
 Cet hôpital qui a toujours su allier « énorme » plateau technique et médecine à visage humain.

Cet hôpital qui conserve au fil des générations son pouvoir d'attraction. En témoignent les nombreuses et récentes arrivées de praticiens dans toutes les spécialités.

« A eux donc d'écrire les nouvelles pages du livre du CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON ... »



Les échos du Conseil scientifique

Armand Garioud (Villeneuve-Saint-Georges)



L'année passée, le Covid a quelque peu perturbé nos activités mais nous avons résisté et nous sommes adaptés pour faire avancer nos projets et nos idées. Et après moult incertitudes, nous avons pu nous retrouver lors de notre Congrès à Annecy, le premier en présentiel de l'année 2020 dans notre spécialité. Nous en sommes fiers ce d'autant plus que nous en garderons un excellent souvenir ! Qualité scientifique des sessions dans un cadre magnifique... sur les rives de son Lac. Vous pouvez d'ailleurs en retrouver les temps forts dans le supplément de la revue HGOD de décembre 2020 (HGOD, vol 27, S 5, 2020).

Cette année, nous avons reçu 32 soumissions de résumés pour notre Congrès en Avignon, 21 études et 11 cas cliniques. La sélection a été difficile tant la qualité des sujets proposés était élevée mais le Conseil scientifique a dû trancher par son vote. Vous aurez ainsi le plaisir d'écouter les meilleures communications proposées ainsi que quatre conférences en hépatologie, endoscopie digestive et cancérologie digestive. Je tiens d'ailleurs à remercier tous les orateurs et intervenants pour leur disponibilité et la qualité de leurs présentations. Aussi, nous avons aussi décidé de mettre en avant dans la Session 'Pratiques professionnelles' le travail de nos infirmier.es dans le cadre de la coopération interprofessionnelle qui se doit d'être développée à l'avenir. Elle est valorisante pour nos infirmier.es et elle permet de nous consacrer à d'autres activités.

Mi-mai 2021, Agnès Pélaquier qui était membre élue au Conseil scientifique depuis 2012 a quitté le CH de Montélimar pour le secteur privé, ce qui a laissé un siège vacant au Conseil. Nous la remercions pour son sourire, son humour, ses connaissances en oncologie digestive et son initiation à la méditation pleine conscience qu'elle avait instituée dans son centre notamment lors de la pratique des endoscopies digestives. Un nouvel appel à candidatures a eu lieu avant l'été avec une élection à la rentrée pour une intronisation à l'occasion de ce Congrès.

● Quelques nouvelles des études ANGH finies

Bravo à SANGHRIA

Très belle étude à laquelle beaucoup d'entre vous ont participé. 2498 patients inclus ! Merci à tous et un grand merci à Vincent Quentin (St-Brieuc) qui a porté et continue de porter ce projet ambitieux, celui de mener à bien une étude sur la prise en charge de l'hémorragie digestive haute 10 ans après celle que nous avons faite et publiée dans *Endoscopy*. Après des communications orales aux JFHOD et à l'UEGW, voici le temps des publications ! L'étude princeps a été acceptée en mai 2021 dans *Endoscopy international open*. Après des analyses de sous-groupes, 2 études ancillaires ont été publiées : NACO vs AVK (*Aliment Pharmacol Ther.* 2021 Mar;53(6):688-695) et hémorragies communautaires vs intrahospitalières (*United European Gastroenterol J.* 2021 Jun 8). Aussi, trois autres études ancillaires sont en cours d'écriture : HTP vs non HTP, IPP vs pas d'IPP préalable et une plus spécifique sur les traitements endoscopiques effectués.

Soumissions et écritures d'études ANGH terminées

Les résultats de plusieurs enquêtes ont été présentées ou le seront bientôt lors de congrès nationaux. Tout d'abord, l'enquête **Hydrothorax** (JF.Cadranel – Creil) qui a été présentée en communication orale aux JFHOD digitales 2021. Il s'agissait d'une enquête de pratique internationale sur la prise en charge de l'hydrothorax du cirrhotique avec 529 contributions d'hépatogastroentérologues et pneumologues francophones. L'article est en cours d'écriture. Autre enquête de pratique, celle sur **l'Hépatite B/delta** (JF.Cadranel – Creil) avec un questionnaire en ligne destiné à tous les professionnels de notre spécialité afin de mieux apprécier les connaissances sur cette hépatopathie à l'heure du développement de nouvelles associations antivirales. Terminée fin juillet 2021, elle sera présentée en Congrès puis publiée. N'oublions pas l'enquête sur le **dépistage du CHC chez le VHB chronique** (S.Barge – Bry-sur-Marne) et l'enquête **TIPS en France** (I.Rosa – Créteil) sur les indications et la disponibilité du TIPS dont les résultats seront présentés lors de ce Congrès.

Les résultats de certaines études menées au sein de l'ANGH sont en cours d'écriture. Parmi elles,

OBADÉ (C.Barrault – Créteil), une étude sur l'utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance. Les données sont en train d'être revues en vue de la soumission des résultats observés chez les patients cirrhotiques inclus dans cette étude. Et aussi **VHE-MICI** (C.Renou – Hyères), une étude sur le dépistage de l'hépatite E chez le patient MICI vu en HDJ pour biothérapie. 488 patients inclus et un papier en cours de soumission.

Un dernier effort pour PIBAC

PIBAC (X.Causse – Orléans). Nous sommes au terme des 5 ans de suivi de cette très belle cohorte de patients VHB chroniques inactifs. 581 inclusions et nous avons actuellement les données à 5 ans de 268 patients seulement. Le 1^{er} événement observé est la disparition de l'A_gHBs qui concerne 15% des patients. Dépasser 300 patients à 5 ans est tout à fait atteignable ! C'est pourquoi si vous avez inclus des patients, n'oubliez pas de revoir ces patients et d'envoyer le volets « 5 ans » à X.Causse (xavier.causse@chr-orleans.fr) avant le 15 octobre 2021, date à laquelle la base sera gelée. **Alors, un dernier effort pour PIBAC !**

● Etudes en cours

APA-MICI (S.Nahon – Montfermeil, F.Skinazi – Saint-Denis). Voici une étude sur la pratique physique de nos patients suivis pour une MICI en HDJ (biothérapies) et en consultation. Il s'agit d'un questionnaire-patient à remplir en ligne après avoir flashé un QR-Code. Son but est d'étudier l'impact de l'activité physique sur la qualité de vie de ces patients et in fine de peser sur le développement de programmes d'activité physique adaptée encadrés par des professionnels formés comme cela est déjà le cas pour certains pathologies chroniques dans certains structures hospitalières. N'hésitez donc pas une minute à diffuser ce QR-Code à vos patients !

PEREM (N.Mathieu – CHU Grenoble, S.Nahon – Montfermeil, GETAID). L'ANGH promeut et participe à cette étude rétrospective visant à évaluer le maintien de l'efficacité et de la tolérance de l'infliximab en cas de MICI après un switch de la forme IV vers la forme SC qui est autorisée depuis la mi-février 2021. Il s'agit de questionnaires de suivi à remplir pendant l'année suivant le switch. 9 centres de l'ANGH incluent déjà dans cette étude mais si vous êtes intéressés pour y contribuer, vous pouvez contacter Maud Le Querhic (mlequerhic@getaid.org) pour plus d'informations.

ETICC (S.Nahon/M.Besnard – Montfermeil). Une étude ambitieuse et d'actualité dont le but est de montrer l'impact de la crise sanitaire Covid-19 de mars/avril 2020 sur le diagnostic et la prise en

charge du cancer colorectal dans nos centres. Il s'agit donc de colliger et comparer les données des patients ayant eu un diagnostic de cancer colorectal au cours de deux périodes : l'année 2019 vs la période d'un an allant du 1/3/20 au 28/2/21. Les inclusions sont actuellement en cours sur un e-crf présent sur le site de l'ANGH avec des résultats préliminaires qui seront présentés lors de ce Congrès. Peut-être pourrons nous montrer que du fait de la crise Covid-19, il y a eu moins de cancers colorectaux avec plus de retard au diagnostic ou au traitement et notamment plus de stades avancés ?

● Etudes avec un LANCEMENT à l'occasion du Congrès en Avignon !

Trois études profitent du Congrès de l'ANGH pour être lancées !

GANASH (A.Garioud – Villeneuve-Saint-Georges). Une étude prospective de suivi sur 1 an d'une cohorte de patients diagnostiqués et pris en charge pour une NASH. Les patients inclus devront avoir eu un diagnostic de NASH dans l'année précédant l'inclusion. Les données recueillies sur un e-crf seront anamnestiques, cliniques, biologiques et morphologiques. La prise en charge globale dont les traitements pharmacologiques sera demandée. L'ensemble des données sera comparé à celles recueillies au terme d'un an de suivi. Le but de cette étude est de décrire cette population suivie dans les centres non tertiaires, de la comparer aux grandes cohortes nationales/internationales et de dégager des facteurs pronostiques.

VACCIR (A.Baron – Corbeil-Essonnes). Cette étude vise à évaluer la couverture vaccinale des patients cirrhotiques vus en consultation ou en hospitalisation dans nos centres pendant une période d'un mois. Il s'agit d'un questionnaire court format papier demandant de renseigner pour chaque patient les caractéristiques de la cirrhose et les statuts vaccinaux contre les DT-Polio, pneumocoque, VHB, VHA et Covid-19. Ce questionnaire devra être renvoyé par fax ou mail à l'URC du CHSF.

DEPIST C ENDO (A.J.Rémy – Perpignan). Une étude sur 3 mois visant à dépister les 3 virus VHB/VHC/VIH associés à la PCR Covid-19 (si nécessaire) dans une population spécifique, celle des patients de plus de 40 ans hospitalisés pour la réalisation d'une ou d'endoscopies digestives sous anesthésie générale. Il s'agira d'un e-crf court à renseigner avec les données simples relatives au patient et les résultats des sérologies et de la PCR Covid-19 effectuées.

Autres études à venir

Modalités de la ponction d'ascite en CHG (JF.Cadranel – Creil). Une nouvelle enquête de pratique dont le but est de connaître les modalités d'organisation médicale et paramédicale de la ponction d'ascite en ambulatoire. Elle aura lieu en ligne sur 2 mois à partir du 10 octobre 2021 et sera destinée aux responsables des unités où sont réalisées ces ponctions.

D'autres études sont encore en cours d'élaboration et vous seront présentées dans un prochain numéro quand elles seront plus avancées. Parmi elles, **KTG** (F.Moryoussef – Poissy) sur la réalisation et la pratique de la CPRE dans nos centres, **CAPABLES** (D.Grasset – Vannes) qui vise à comparer l'effet de la nutrition entérale par SNG vs nutrition classique orale dans la pancréatite aiguë biliaire ou **SeXcir** (A.Baron – Corbeil-Essonnes) dont le but est de mieux connaître les répercussions de la cirrhose sur la fonction sexuelle tant chez l'homme que chez la femme.

Comme vous le voyez, l'ANGH reste toujours aussi dynamique sur le plan scientifique. Ses études se transforment en articles originaux après des présentations en Congrès nationaux/internationaux comme SANGHRIA dont nous pouvons tous collectivement être fiers. L'ANGH, ce sont aussi de nouvelles idées originales qui visent à répondre à des questions quotidiennes de notre pratique avec par exemple ces trois études phares qui commencent à l'occasion de ce Congrès en Avignon. Et puis l'ANGH, c'est toujours chaque année ce Congrès dont je vous souhaite de bien profiter !

Armand Garioud

Si vous souhaitez avec plus d'informations sur ces études, utilisez la fiche de QR-Codes pour les obtenir.

QR-CODES d'information

Ensemble des études ANGH (sur le site adhérents)



Documents relatifs aux études en cours (synopsis, questionnaires, modalités de participation ...)



Supplément HGOD spécial (déc 2020) Congrès d'Annecy 2020



APA-MICI (activité physique et MICI)

Questionnaire à destination des patients MICI en HDJ ou consultation sur leur activité physique – N'hésitez pas à en l'imprimer pour le distribuer à vos patients.



Renouvellement complet du parc d'endoscopes digestifs et bronchiques du GHT Confluence

Laurent Costes, Caroline Ferlat, Hervé Hagège (Créteil)



Le GHT Confluence est constitué de deux établissements (CHI Créteil et CHI Villeneuve Saint-Georges). Ce regroupement de deux établissements a permis de mutualiser nos achats d'endoscopes (un centre d'endoscopie digestive et bronchique dans chaque établissement).

En 2016, la commission des endoscopies en lien étroit avec le service biomédical a procédé à un inventaire de parc d'endoscopes. Sur le CHI Créteil, la grande majorité des endoscopes avait plus de 7 ans. Cette vétusté du parc entraînait un coût de maintenance important, des baisses temporaires d'activité par manque d'endoscopes en cas de panne, des délais importants d'immobilisation des endoscopes lors des maintenances. L'achat annuel de quelques endoscopes dans le cadre du plan d'équipement biomédical ne permettait pas de diminuer la vétusté du parc. Il y avait également un budget de maintenance curative important, fluctuant en fonction des années avec parfois des réparations coûteuses sur des endoscopes anciens.

Début 2017, le projet de changer l'ensemble du parc en endoscopie bronchique et digestive a été initié (avec une reprise de l'ensemble du parc existant). Nous avons donné à chaque firme le nombre de salles d'endoscopie pour chaque site, le nombre d'actes annuel et l'estimation du nombre d'actes annuel dans 5 ans. Des tests des 3 firmes d'endoscopes ont été réalisés en endoscopie digestive et bronchique. En fonction du nombre de

salles des différents sites et du nombre d'actes, chaque firme devait proposer un nombre d'endoscopes et de colonnes afin de n'avoir aucune rupture d'activité lors des maintenances curatives et préventives. Chaque service a validé le nombre d'endoscopes et de colonnes. Une maintenance intégrale du parc (curative et préventive) a été demandée ainsi que le transport des endoscopes entre l'établissement et le centre de maintenance.

Après mise en concurrence, une société d'endoscopes a été retenue pour gérer le parc du GHT sur 5 ans avec une maintenance intégrale.

Cinquante-sept endoscopes ont été achetés dont 5 écho-endoscopes (avec 7 colonnes mobiles et un insufflateur CO2, une pompe de lavage par salle d'endoscopie digestive). Le choix s'est porté sur une location sur toute la durée du contrat. Le projet comportait également une partie informatique avec un logiciel de traçabilité, de gestion des images et de production des comptes-rendus d'examen.



Cette solution a permis d'obtenir sur le GHT des endoscopes et colonnes de dernière génération, une maintenance intégrale du parc avec un coût annuel fixe sur 5 ans. Ce travail au niveau du GHT a obligé l'ensemble des équipes à choisir la même firme que ce soit pour l'endoscopie bronchique ou digestive (nous avons 3 marques différentes auparavant). Le point négatif est le retard dans la mise en place du projet informatique en raison de difficultés de communication entre la firme, le service informatique et le biomédical.

L'évaluation médico-économique de ce mode de fonctionnement était très positive lorsqu'étaient pris en compte les réparations, report d'examen, voire transfert de patients avec un parc d'endoscopes vieillissant.

L'utilisation d'un matériel neuf et parfaitement entretenu contribue à l'attractivité pour l'ensemble du personnel soignant médical et non médical.

Une Légion d'Honneur bien méritée..

Dr Isabelle Rosa (Créteil).

Cher Hervé,



Ce vendredi 25 juin 2021 nous étions au CHIC pour un événement important, ta remise de Légion d'Honneur par Monsieur Claude Evin. Tes amis, tes collègues et ta famille, nous étions tous très émus de ce moment important. Beaucoup de collègues de l'ANGH ont pu être présents. Pour les autres nous avons décidé d'écrire quelques lignes pour rappeler à quel point tu as été important pour son développement et sa reconnaissance.

A l'ANGH, tu as été un membre toujours actif: tu en as été le trésorier pendant de nombreuses années puis le Président pendant deux mandats. Depuis quelque temps, tu es celui à qui l'on a confié la mission de trouver des sujets pour les pratiques professionnelles.

Alors je vais passer sur toutes les publications et toutes les autres missions dans lesquelles tu t'es investi. Je voudrais simplement rappeler que pour moi, au-delà du fait que tu es un formidable Chef de Service, tu es aussi celui qui a poussé les jeunes médecins (que nous étions...) à rejoindre l'ANGH.

Pour tout cela nous te disons merci.

Tu la mérites vraiment cette Légion d'Honneur !



Cotisation

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

Une association loi 1901 telle que l'ANGH a besoin d'un grand nombre d'adhérents en règle de leur cotisation. Cette cotisation vous permet d'entrer sur la partie "adhérents" du site internet (<https://angh.net>) et de bénéficier ainsi de divers documents en téléchargement comme les diaporamas du congrès.

Vous pourrez aussi bénéficier d'une participation de l'ANGH aux frais de déplacement pour vous rendre au congrès.

Merci d'avance de votre implication effective dans la vie de notre Association.

Le montant de la cotisation a été fixé par le Conseil d'Administration à 35 €.

(L'inscription est gratuite pour les assistants spécialistes et les internes)

Règlement par chèque à l'ordre de l'A.N.G.H ou mieux par carte bancaire :

<https://angh.net/adhesion/cotisation/>



Bien sûr, quand je t'ai demandé de me fournir ton curriculum vitae avec tes titres et travaux afin de m'aider à rédiger ces quelques lignes, tu m'as bien précisé : « n'en fais pas trop ! ».

Alors je vais juste rappeler que tu as été nommé Interne en 1980, Chef de Clinique à l'hôpital de Bicêtre puis Praticien Hospitalier au CHIC depuis 1990. Au sein de l'hôpital, tu es Président de CME. Tu es aussi membre de la fédération hospitalière de France, vice-président de la conférence des présidents de CME. Tu as également été Président de la société de Gastroentérologie.



DIFFÉRENTES QUESTION^{CS}
OBJECTIF GUÉRISON

 **EPCLUSA[®]**
sofosbuvir/velpatasvir
comprimés pelliculés 400mg/100mg



Traitement de l'hépatite C

EPCLUSA est indiqué pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les patients âgés de 6 ans et plus et pesant au moins 17 kg (voir rubriques 4.2, 4.4 et 5.1 du RCP EPCLUSA).⁽¹⁾

Chez les adultes, EPCLUSA fait partie des options thérapeutiques pour le traitement des patients ayant une hépatite C chronique de génotypes 1 à 6, sans ou avec cirrhose.

Chez les enfants qui répondent aux critères de traitement EPCLUSA (sofosbuvir/velpatasvir), est une option thérapeutique de référence, au même titre que MAVIRET (pibrentasvir/glécavir), en raison de son efficacité pangénotypique permettant une durée de traitement réduite (12 semaines) et une simplification thérapeutique (réduction du besoin de test de génotypage ou de test de résistance).

Pour plus d'informations sur la place dans la stratégie thérapeutique, consulter https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2983840/fr/epclusa.
CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I - PRIX TTC : 8 300,88 € (28 comprimés) (CTJ : 296,46 €). PRIX DE VENTE HT par UCD aux établissements de santé : 285,714 €. Agréé Coll., inscrit sur la liste de rétrocession et remboursé Séc Soc. à 100% dans le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) chez les patients âgés de 6 ans et plus et pesant au moins 17 kg.⁽²⁾

Vous pouvez retrouver le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

1. RCP EPCLUSA. 2. Ameli. Base des Médicaments et Informations Tarifaires. Consulté le 18/06/2021 sur le site : http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/fiche/index_fic_medisoc.php?p_code_cip=3400930067314&p_site=AMELI.