

# ANGH

*Info*

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

# AIX EN PROVENCE 30<sup>e</sup> CONGRÈS

16 et 17 septembre 2022  
Hôtel du Roi René

N°23  
Septembre  
2022

## BUREAU 2022

### Président

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

### Secrétaire Général

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

### Trésorier

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes).

## Conseil d'Administration - 2022 -

Dr J.-Pierre Arpurt (Avignon)

Dr Aurore Baron (Corbeil)

Dr Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Xavier Causse (Orléans)

Dr Isabelle Etienney (Paris)

Dr Armand Garioud (Vill.-St-Georges)

Dr Denis Grasset (Vannes)

Dr Hervé Hagège (Créteil)

Dr Mehdi Kaassis (Cholet)

Dr Gilles Macaigne (Montfermeil)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Thierry Paupard (Dunkerque)

Dr Arnaud Pauwels (Gonesse)

Dr Magali Picon (Aix en Provence)

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

Dr André Jean Rémy (Perpignan)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Isabelle Rosa (Créteil)

Dr R.Louis Vitte (Poissy)

## Représentants ANGH et Sociétés savantes - 2022 -

**AFF** : I Rosa (Créteil)

**CEFA-HGE** : I Rosa (Créteil), L Costes (Créteil)

**CNP-HGE** : D Grasset (Vannes), AJ Rémy (Perpignan)

**FFCD** : C Locher (Meaux), YH Lam (Cholet)

**FMC HGE** : A Baron (Corbeil), F Heluwaert (Annecy),  
G Macaigne (Montfermeil)

**FRPH** : AJ Remy (Perpignan), C Barrault (Créteil)

**SNFGE** : JP Arpurt (Avignon) Président, C. Barrault  
(Créteil), I Rosa (Créteil), AJ Rémy (Perpignan),

**SFA** : C Barrault (Créteil)

**SFED** : M Kaassis (Cholet)

## Conseil scientifique - 2022 -

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 Marion Jager (Saint-Denis)

Dr Frédérick Moryoussef (Poissy)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Vincent Quentin (St Brieuc)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dr Juliette Verlynde (Dunkerque)

Dr David Zanditenas (Bry sur Marne)

## Secrétariat

Mme Soizic Blanleuil (Créteil)

Mme Lydie Levisse (Montfermeil)

**Directeur Publication** : Dr Bruno Lesgourgues  
**Comité de rédaction**

Dr Camille Barrault, Dr Armand Garioud

**Maquette** : Dr Bruno Lesgourgues

**Crédit Photographique** : Wikimedia commons

CHI Créteil, Bruno Lesgourgues

Dépôt légal Septembre 2022 N° ISSN 1964-8278

Imprimé à 800 exemplaires - Août 2022

IMPRIMÉ PAR

**SAXOPRINT** 

# Editorial



Chers amis et collègues,

**B**ienvenue à Aix en Provence pour ce 30<sup>ème</sup> congrès de l'ANGH !  
30 ans déjà que depuis Vichy, notre association se réunit aux quatre coins de l'Hexagone (comme disait Christian FOUCHET, Ministre de l'Éducation Nationale du Général de GAULLE en 1966 !), de Dunkerque à Porquerolles, de Perpignan à Vannes et de Pau à Colmar.

Quels ingrédients faut-il pour un congrès ANGH réussi ? une équipe régionale de l'étape motivée + un lieu de congrès fonctionnel et agréable + une soirée de gala époustouflante ? Ces 3 ingrédients ont été réunis à Annecy et Avignon pour ne parler que des congrès 2020 et 2021 et ils le seront à Aix où le congrès a été préparé de main de maître(sse) par Magali PICON. J'y ajouterai pour être complet un programme scientifique de qualité, mais c'est toujours le cas de ces sessions mises en musique par un Conseil Scientifique efficace qui sait se renouveler et sélectionner de façon efficace parmi les très nombreuses soumissions des communications orales et des cas cliniques qui couvriront tous les aspects de notre spécialité. Je l'en remercie de nouveau chaleureusement. Je n'oublierai pas notre équipe événementielle de choc Isabelle, Soizic et Lydie !

Le congrès annuel est aussi l'occasion de faire le bilan de l'année écoulée. 2021 et le début de 2022 ont vu l'ANGH augmenter sa visibilité au sein de notre spécialité, avec une présence forte sur les réseaux sociaux, Facebook et LinkedIn, un stand toujours très fréquenté aux JFHOD et bientôt à l'AFEF et à la SFED et comme acteur incontournable au sein des groupes de travail et de recommandations institutionnels ou mis en place par les sociétés savantes. 2022 est aussi l'année de la présidence de la SNFGE par un membre de l'ANGH et à nouveau je cite Jean-Pierre ARPURT.

Un autre fait marquant de l'année écoulée est la reprise des réunions régionales de l'ANGH, interrompues depuis 2 ans par la pandémie COVID. Avignon d'abord où, sous la houlette de Jean-Pierre ARPURT se sont tenues les 3èmes rencontres Méditerranée, Clisson ensuite organisé par Medhi KASSIS avec les CHG des Pays de Loire et en novembre Loudéac pour nos collègues bretons. A chaque fois, une réunion riche et conviviale, alliant des présentations d'un grand intérêt scientifique et des échanges professionnels entre membres de l'ANGH d'une même région. Chacun des participants a pu ainsi s'exprimer sur ses réussites et sur ses difficultés dans une atmosphère chaleureuse. Nos 2 collègues détaillent dans ce numéro d'ANGH Infos « leur » réunion régionale. Vous trouverez aussi des articles sur l'impact à venir de l'intelligence artificielle en endoscopie digestive, les changements très importants induits dans notre pratique quotidienne sur la gestion de l'hypertension portale selon Baveno VII ainsi qu'un bilan sur la recherche clinique au sein de notre association et un point de vue sur ces 30 années de congrès par un de nos plus anciens membres, le Dr Alexandre PARIENTE.

Je conclurai cet éditorial sur l'aspect relations internationales : l'ANGH est un « produit » qui s'exporte et qui s'exporte bien ! Après le Portugal, partenaire régulier depuis de nombreuses années avec des échanges croisés toujours enrichissants, c'est au Maroc que l'ANGH a été invité via l'AGEN (association des gastro-entérologues de Nador) pour leur 20<sup>ème</sup> journée de formation. Cela a été l'occasion de partager des connaissances mais aussi des expériences de terrain dans un pays où seulement 40% de la population bénéficie d'une couverture maladie ! Il est évident que là bas les recommandations de Baveno VII fondées sur les valeurs du FIBROSCAN auront un impact plus limité !

Bonne lecture et bon congrès

ANGHment vôtre

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

## Partenaires 2022

---

Merci à tous nos partenaires de soutenir fidèlement notre Association.

abbvie

AMGEN

AstraZeneca 

 Biogen

**Boston  
Scientific**  
Advancing science for life™

 HEALTHCARE  
**CELLTRION**

 Dr Falk

**echosens**  
because liver health matters

 **ENDRA**  
LIFE SCIENCES

**FERRING**  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

 **FRESENIUS  
KABI**

**Galapagos** 

 GILEAD

 Incyte

**Intercept** 

janssen  | PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF **Johnson-Johnson**

*Lilly*

 **MAYOLY  
SPINDLER**  
LABORATOIRES

 **NORGINE**

 Orphalan | Innovation  
for Orphan  
Diseases

 Pfizer

ACT TO IMPROVE LIFE  
**PROVEPHARM**

 **Takeda**

 **VIATRIS**

## Au sommaire

Partenaires 2022	4
PROGRAMME DU CONGRES	6
Bienvenue à Aix-en-Provence !	11
ANGH : 1992, le premier Congrès	12
Les communications du congrès	14
Les échos du Conseil scientifique	28
L'Intelligence Artificielle en endoscopie. Partage d'une expérience en coloscopie diagnostique.	30
Baveno VII Dépistage et prise en charge de l'hypertension portale cirrhotique, Quelles nouveautés ?	32
Switch Biothérapie IV vers SC L'expérience d'Annecy	33
Nos premiers docteurs juniors en CH	34
Retour sur les Journées régionales ANGH 2022	36
Cotisation	37

## Communications du congrès

1 - Hépatite B Delta : Evaluation des connaissances et des pratiques des Hépatogastroentérologues exerçant en milieu non universitaire.	14
2 - VULNAPSY-C, Etude des facteurs de vulnérabilité psychologique liés aux réinfections par le virus de l'hépatite C : résultats préliminaires	15
3 - Quand un abcès hépatique en cache un autre	16
4 - Fréquence de l'Antigène HBs au Bénin. Bilan de 4 campagnes de dépistage en milieu rural et urbain. Les enfants sont significativement moins souvent positifs que les adultes.	16
5 - Un passager clandestin	17
6 - Vomissements itératifs révélant une forme inhabituelle d'adénocarcinome pancréatique	17
7 - Une néoplasie oesophagienne d'origine infectieuse et génétique	17
8 - Un bulky abdominal chez un jeune homme	18
9 - Collaboration en endoscopie entre hépato-gastro-entérologue et pneumologue dans la prise en charge en oncologie thoracique	19
10 - Une douleur anale pas si banale !	19
11 - La dermite anale qui m'aimait...	19
12 - Impact d'une activité physique régulière sur la qualité de vie des patients suivis sur une MICI	20
13 - C'est l'histoire d'une maladie diffuse du tube digestif rare	20
14 - Heureuse sera la chute..!	21
15 - Comment financer sa formation médicale continue : trucs et astuces	21
16 - Varice au sein d'un diverticule de la face interne du deuxième duodénum.	22
17 - Une coloscopie pas compliquée qui se complique.	22
18 - Evaluation du niveau d'information des patients avant endoscopie : une étude pilote.	23
19 - Traitement endoscopique réussi d'un gros calcul biliaire impacté dans le duodénum (syndrome de Bouveret) par lithotritie endoscopique au laser. T Tatagiba, G Barjonet, W Al Rafei, I Oria, H Osman, S Fayde, GHPP Montélimar.	23
20 - Système d'apposition luminale biliaire HOT AXIOS° : 2020 À 2022 : que sont nos amours devenues ? Serge Bellon, Alban Benezech, Andry Raoto, Tina Andriantseno, Julie Sigrand, Jean-Pierre Arpurt. CH d'Avignon ;	23
21 - The safety of endoscopy units during the COVID-19 pandemic.	24
22 - Hépatite aiguë après biothérapie pour RCH Roua Kallel, Hannene Habbassi, René-Louis Vitte. CH de Poissy.	25
23 - Repérage et prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool par des médecins d'un hôpital général public : il faut diffuser les recommandations de l'AFEF !	25
24 - Modalités pratiques de la ponction d'ascite ambulatoire en centre hospitalier non universitaire Enquête ANGH - CREGG.	26
25 - Une hépatite virale pas si virale que ça !	27
26 - Un cas clinique qui casse des briques !	27

## PROGRAMME DU CONGRES

Vendredi 16 septembre 2022

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

### Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Marion JAGER (St Denis) ; You Heng LAM (Cholet)

14h15 - 14h27 : Hépatite B Delta : Evaluation des connaissances et des pratiques des Hépatogastroentérologues exerçant en milieu non universitaire

JF. CADRANEL (1), H.T. ZOUGMORE (1), JR. NGELE EFOLE (1), B. HANSLIK (2), X. CAUSSE (3), H. HAGEGE (4), M. SCHNEE (5), C. MOKHTARI (1), D. OUZAN (6), T. FONTANGES (7), T. THEVENOT (8), T. DELACOUR (1), M. MEDMOUN (1), R. SMADHI (1), G. FANTOGNON(1), AJ. REMY, G. MACAIGNE, P. HALFON (9), D. ROUOT (10), V. LOUSTAUD-RATTI (11), T. LEMAGOAROU (12).

Service d'Hépatogastroentérologie de : (1) Creil, (2) Cabinet de gastroentérologie Montpellier, (3) Orléans, (4) CHI Créteil, (5) La Roche sur Yon, (6) St Laure

14h28 - 14h40 : VULNAPSY-C, étude des facteurs de vulnérabilité psychologique liés aux ré-infections par le virus de l'hépatite C : résultats préliminaires

A.J. REMY (1), J HERVET (1), J DELMONTE (2)

(1) Centre Hospitalier de Perpignan (2) Laboratoire LPS, Université d'Aix-Marseille

14h41 - 14h51 : **Cas clinique n°1** : Quand un abcès hépatique en cache un autre

Clément DUPRE, Agathe BOUNHIOL, Christelle NGUEMO, Julia ROUX, Céline SOMSOUK, Anne-Laure DESGABRIEL, Dany RIZK, Pauline CARAUX-PAZ, Armand GARIOUD (CHI de Villeneuve St Georges)

14h52 - 15h04 : Fréquence de l'Antigène HBs au Bénin. Bilan de 4 campagnes de dépistage en milieu rural et urbain. Les enfants sont significativement moins souvent positifs que les adultes

O. NOUEL(2), R. AGOSSOU(1), B. BOUR(3), R KPOSSOU(1), J. SEHONOU(1), Cotonou(1), St Brieuc(2), Le Mans(3).

15h05 - 15h15 : **Cas clinique n°2** : Un passager clandestin

Zlata CHKOLNAIA , Marion JAGER, Caroline De KERGUENEC (CH de St Denis)

15h16 - 15h26 : **Cas clinique n°3** : Vomissements itératifs révélant une forme inhabituelle d'adénocarcinome pancréatique

Céline ROLLAND, Lucie DUVAL, Camille CANDILLER, Julien BAUDON, Mehdi KAASSIS, Solène AUDIAU, Charles TEXIER, You-Heng LAM (CH de Cholet)

15h27 - 15h37 : **Cas clinique n°4** : Une néoplasie œsophagienne d'origine infectieuse et génétique

Lina HOUTONJI, Clothilde SORIANO, Caroline AMOUROUX, Bertrand TISSOT, Anna SAEZ, Marie-Carmen ORTIZ, Dora LIPPAL, Andre Jean REMY, Faiza KHEMISSA-AKOUC (CH de Perpignan)

15h38 - 15h48 : **Cas clinique n°5** : Un bulky abdominal chez un jeune homme

Mathilde OSTY (1), Marc PRIETO (1), Houcem ZEMNI (2), Viviane BODIGUEL (3), Christophe LOCHER(1)  
(1) Hépatogastroentérologie, Meaux (2) Imagerie médicale, Meaux (3) Anatomopathologie, Jossigny et al Gastroentérologie Oncologie

15h49 - 16h01 : Collaboration en endoscopie entre hépatogastro-entérologue et pneumologue dans la prise en charge en oncologie thoracique

You-Heng LAM(1), Julien BAUDON (1), Philippe MASSON(2), Lucie DUVAL (1), Mehdi KAASSIS (1), Camille CANDILLER(1), Charles TEXIER (1), Solène AUDIAU (1). (CH de Cholet)

● **16h02 - 16h22 : Conférence n°1** : « Nouveautés dans le cancer de l'oesophage et de l'estomac » Pr Rosine GUIMBAUD (Toulouse)

**16h22 – 16h52 : Pause**

### Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Isabelle ETIENNEY (Paris) ; Stéphane NAHON (Montfermeil)

● **16h53 - 17h13 : Conférence n°2** : « Thérapie cellulaire dans les MICI » Dr Mélanie SERRERO (Marseille)

17h14 - 17h24 : **Cas clinique n°6** : Une douleur anale pas si banale  
Simon WEISS (1), Isabelle ETIENNEY (1), Christiane STRAUSS (2), Sarah TAIEB (4)  
Hôpital de la Croix Saint Simon (Paris). 1 Service de Proctologie médico-interventionnelle 2 Service de Radiologie

17h25 - 17h35 : **Cas clinique n°7** : La dermite anale qui m'aimait...  
Amine ALAM (1), Erwan VO QUANG (1), Michaël LEVY (2), Vincent de PARADES (1)  
(1) Service de proctologie, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris (2) Service de gastro-entérologie, CHU Henri-Mondor, Créteil

17h36 - 17h48 : Impact d'une activité physique régulière sur la qualité de vie des patients suivis sur une MICI  
Marine JEAY, Gilles MACAIGNE, Frédéric HELUWAERT, Florence SKINAZI, Emmanuel CUIILLERIER .... ,Anne BUISSON, Alain OLYMPIE, Pierre LAHMEK, Stéphane NAHON et al Gastroentérologie

17h49 - 17h59 : **Cas clinique n°8** : C'est l'histoire d'une maladie diffuse du tube digestif rare  
Ombline MIRON de l'ESPINAY, Gilles MACAIGNE, Florence HARNOIS (CH de Marne la Vallée)

18h00 - 18h10 : **Cas clinique n°9** : Heureuse sera la chute..!  
Marion OLIVARI, Sabine TEDJINI, Sylvain MERLE, Frédéric HELUWAERT. (CH Annecy Genvevois)

### Samedi 17 septembre 2022

#### Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Hervé HAGEGE (Créteil) ; Frédéric MORYOUSSEF (Poissy)

#### Session de pratiques professionnelles

08h30 - 08h40 : Activité libérale  
Jean-Pierre ARPURT (CH d'Avignon)

08h41 - 08h51 : Comment financer sa formation médicale continue : trucs et astuces  
André-Jean REMY (CH de Perpignan)

08h52 - 09h02 : Retour de la session IDE  
Jean-Guy BERTOLINO (CH de Gap)

09h03 - 09h13 : **Cas clinique n°10** : Varice au sein d'un diverticule de la face interne du deuxième duodénum.  
Mohamed BEJAOUJ, Raluka POP, Mourad REMITA, Ana PIGUI et Mohamed RAMDANI (CH de Béziers)

09h14 - 09h24 : **Cas clinique n°11** : Une coloscopie pas compliquée qui se complique  
Valerie ROSSI, Carlos TEYSSEDOU (CH du Haut Anjou - Chateau-Gontier)

09h25 - 09h37 : Évaluation du niveau d'information des patients avant endoscopie : une étude pilote  
Frédéric MORYOUSSEF, Julie DASSONVILLE, René-Louis VITTE (CH de Poissy)

09h38 - 09h48 : **Cas clinique n°12** : Traitement endoscopique réussi d'un gros calcul biliaire impacté dans le duodénum (syndrome de Bouveret) par lithotritie endoscopique au laser.  
T. TATAGIBA, G. BARJONET, W. AL RAFEI, I. ORIA, H. OSMAN, S FAYDE (GHPP de Montélimar)

09h49 - 10h01 : Système D'apposition luminale biliaire HOT AXIOS° : 2020 à 2022 : que sont nos amours devenues ?  
BELLON Serge, BENEZECH Alban, RAOTO Andry, ANDRIANTSENO Tina, SIGRAND Julie, ARPURT Jean Pierre (CH d'Avignon)

10h02 - 10h14 : The safety of endoscopy units during the COVID-19 pandemic  
Margarida GONCALVES, Andreia GUIMARAES, Tânia CARVALHO, Pedro ANTUNES, Sofia MENDES, João SOARES, Bruno ARROJA, Ana REBELO, Raquel GONCALVES (Hospital de Braga, Portugal)

● **10h15- 10h35 : Conférence n°3** : « Drainage biliaire sous écho endoscopie à la lumière des recommandations européennes » Dr Mohamed GASMI et Pr Marc BARTHET (Marseille)

**10h35 – 11h05 : Pause**

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

Modérateurs : Magali PICON (Aix-en-Provence) ; Juliette VERLYNDE (Dunkerque)

11h06 - 11h36 : **Session Protocoles** Armand GARIOUD (Villeneuve St Georges)

11h37 - 11h47 : **Cas clinique n°13** : « Hépatite aiguë » après biothérapie pour RCH  
Eroua KALLEL, Hannene HABBASSI, René-Louis VITTE (CH Poissy)

11h48 - 12h00 : Repérage et prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool par des médecins d'un hôpital général public : il faut diffuser les recommandations de l'AFEF !

M. MEDMOUN (1), G. FANTOGNON (1), H. ZOUGMORE (1), B. AFFELTRANGER (1), P. PULWEMACHER (1), R. SMADHI (1), D. BELLOULA (1), T. LEMAGOAROU (2), C. BARRAULT (3), JF. CADRANEL (1)

(1) Service d'Hépatogastroentérologie, Nutrition, Alcoologie, GHPSO Creil (2) DIM, GHPSO Creil (3) Service d'Hépatogastroentérologie, d'Addictologie, CHI de Créteil

12h01 - 12h13 : Modalités pratiques de la ponction d'ascite ambulatoire en centre hospitalier non universitaire Enquête ANGH - CREGG

JF. CADANEL (1), H.T. ZOUGMORE (1), M. MEDMOUN (1), JR. NGELE EFOLE(1), R. SMADHI (1), G. FANTOGNON (1), M. LAVILLE (1), COSTES (2), A. BARON (3), G. MACAIGNE (4), JJ. MEURISSE (5), X. CAUSSE (6), I. ROSA (2), JA. SEYRIG (7), C. LOCHER (8), A. REMY (9), G. BARJONET (10), J. HENRION (11), M. SCHNEE (12), A. LANDRAU (13), F. LECLERCQ (1), T. LEMAGOAROU (1)

(1)GHPSO Creil, (2) CHI Créteil, (3) CH Corbeil, (4) CH Jossigny, (5) CH Bourg en Bresse, (6) CH Orléans, (7) CH Pontivy, (8) CH Meaux, (9) CH Perpignan, (10) CH Montelimar, (11) Jolimont, Belgique, (12) CH La Roche sur Yon, (13) CH Dreux, ANGH, CREGG

12h14 - 12h24 : **Cas clinique n°14** : Une hépatite virale pas si virale que ça...

Eugénie CHEVALIER, Bénédicte LAMBARE, Aurore BARON (CH Corbeil Essonnes)

12h25 - 12h35 : **Cas clinique n°15** : Un cas clinique qui casse des briques !

Nadia DARWANE, Isabelle ROSA, Mathias VIDON, Anne WAMPACH (CHI Créteil)

● **12h36 - 12h56 : Conférence n°4** : «La recherche sur la bile de Sumer à la biologie moléculaire» Pr Serge ERLINGER (Aix)

## 13h00 - Remise du prix du meilleur cas clinique. Adieux émus

# LE CHOLANGIOCARCINOME

## une maladie rare



Bien que rare, l'incidence du cholangiocarcinome, en particulier du cholangiocarcinome intra-hépatique, est en augmentation dans le monde<sup>1</sup>



Chez ~70 % des patients, la maladie est diagnostiquée à un stade avancé, ce qui limite les options thérapeutiques et conduit à un pronostic sombre<sup>2</sup>



~50% des patients présentant un cholangiocarcinome possèdent au moins une altération génomique « actionnable », ce qui justifie le profilage moléculaire lors du diagnostic<sup>3</sup>



Pour en savoir plus, visitez [www.cholangiocarcinome.fr](http://www.cholangiocarcinome.fr)

1. Bañales JM, et al. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13:261-80;  
2. Bañales JM, et al. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17:557-88;  
3. Lowery MA, et al. *Clin Cancer Res*. 2018;24:4154-61.

Développé et financé par Incyte biosciences International Sàrl.  
© 2021, Incyte Biosciences International Sàrl. Tous droits réservés.  
Date de préparation : novembre 2021. ENV.PEM.024.2021  
Le logo Incyte est une marque déposée d'Incyte.







Groupement Infirmier  
pour la  
Formation en Endoscopie

## Programme de la session de formation infirmière au 30ème congrès de l'ANGH à Aix-en-Provence

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

Vendredi 16 septembre 2022 de 12H30 à 18H00 - Hôtel du Roi René - Aix-en-Provence.

### **12H30** Accueil des congressistes

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

### **14H00** Ouverture du 30ème Congrès de l'ANGH : Dr Magali PICON

Allocution présidentielle par le Dr André JEAN REMY

### **14H15** Ouverture et présentation de la session infirmière

Dominique IMBERT, référent pédagogique GIFE, cadre supérieur de santé au C.H. Avignon

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

Céline RAY, référent pédagogique GIFE, référent endoscopie au CHICAS de GAP

### **Présentation de l'association du GIFE**

### **14H30** L'hôtel hospitalier pour la prise en charge des patients en endoscopie : retour d'expérience au CHICAS de Gap - Céline RAY

**14H50** Discussion, échanges

### **15H20** : Les astreintes en endoscopie : 2 retours d'expériences des CH d'Avignon et de Toulon - Dominique IMBERT et Anne HOUDART

**15H50** Discussion, échanges

### **16H10** Pause

### **16H40** Table ronde/débat autour :

### **Les effectifs en endoscopie, la formation et la qualification des professionnels en endoscopie**

Animée par Dominique IMBERT, Anne HOUDARD et Céline RAY

### **17H50** Évaluation de la journée de formation

### **18H00** Fin de la session

# WINTER LUNCHEON



# La régionale de l'étape !

## Bienvenue à Aix-en-Provence !

Dr Magali Picon  
Cheffe du service d'Hépatogastroentérologie

Bienvenue à notre 30ème Congrès... dans ma belle ville d'Aix-en-Provence !

Tout d'abord, quelques notions sur l'histoire du Centre Hospitalier du Pays d'Aix...



**XVIème siècle** En 1518 Jacques de la Roque fonde le premier hôpital pour les indigents de la ville d'Aix qui, livrés à eux-mêmes et privés de ressources, divaguaient dans les rues où ils représentaient une source de troubles, de désordres et souvent de scandales.



**XVIIIème siècle** Différentes adjonctions sont réalisées sous l'impulsion de Monseigneur de Jarente Archevêque d'Embrun, Monseigneur de Brancas et Monsieur de Lagarde. Le bâtiment est dénommé « Hôpital Saint-Jacques » ou « Hôtel Dieu ».



**XXème siècle** Construction de l'hôpital Cézanne qui comprend 7 niveaux et 2 ailes. Ouverture de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, du Centre de Moyen et Long Séjours « Roger Duquesne, d'un nouveau service des urgences et du Centre d'Action-Médico-Sociale Précoce.

**XXIème siècle** Fusion du Centre Hospitalier du Pays d'Aix avec le Centre Hospitalier de Pertuis et création du Centre hospitalier du Pays d'Aix – Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis. Inauguration du scanner sur le site de Pertuis.

Avec l'ouverture, début 2020, d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation de 14 000 m<sup>2</sup> sur son site aixois, le CHIAP a renforcé son rôle d'hôpital de référence sur le territoire de santé et de pôle d'excellence au sein des Hôpitaux de Provence au bénéfice du patient.



### Quelques chiffres en 2021 :

- 54 services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques, toutes les spécialités y sont représentées (hormis la chirurgie cardiaque et la neuro-chirurgie).
- 938 lits et places dont 30 en HAD
- 3054 personnels médicaux et non médicaux

Je pars à la retraite cette année, mais laisse un Hôpital et un Service qui auront comblé ma vie professionnelle.

Bienvenue dans cette région magnifique du Sud de la France et bon congrès ANGH 2022 !



## ANGH : 1992, le premier Congrès

Dr Alexandre Pariente A4 (Mauvezin d'Armagnac)



L'ANGH était née en 1985 ; le temps de se rencontrer, de commencer à travailler ensemble, de mesurer toutes les difficultés mais aussi les atouts spécifiques qui étaient les nôtres, notre besoin de clinique non satisfait par les différentes réunions de la spécialité, et nos premières publications, bref à la fois la prise de conscience de notre force collective et de nos besoins inassouvis nous conduisirent à décider d'un premier congrès national.

Comme souvent à l'ANGH il ne se passa pas longtemps entre le lancement de l'idée (aux journées francophones) et sa réalisation, à Arles, les 6 et 7 novembre 1992. On avait défini les conditions nécessaires : une ville agréable, non universitaire, un hôtel ou deux proches (avec une salle de réunion équipée pour une centaine de personnes, j'y reviendrai), facilement accessible par le rail et la route, un congrès sur deux demi-journées : vendredi après-midi puis samedi matin, en fin de semaine, avec les conjoints (on n'exigeait toutefois pas de certificat de mariage), un dîner et une soirée festive le vendredi soir, un déjeuner dit de départ le samedi à midi, laissant aux participants la possibilité de prolonger un peu le séjour sur place si ça leur disait.

Denis Labayle, Jacques Lafon et Philippe Cassan ont été les chevilles ouvrières de ce premier congrès : Denis, pas auvergnat et d'origine protestante, se révéla cependant un redoutable négociateur tarifaire, obtenant des prix imbattables d'hôtels respectables, marchandant tout,

les repas, les en-cas, les transports, les attractions, et obtenant à l'usure des conditions inespérées.

On m'avait confié l'organisation « scientifique » de la réunion : appel à communications (il avait fallu battre le tambour à plusieurs reprises, encourager et rassurer les collègues, souvent d'une humilité excessive et qui n'osaient pas affronter la présentation orale, en expliquant qu'elle ne ressembleraient pas au tir aux pigeons de certaines sociétés dites savantes), expliquer qu'on était intéressés par tout ce qui faisait notre quotidien : la clinique et la technique bien sûr, l'épidémiologie spécifique au hôpitaux généraux, mais aussi les nouvelles professionnelles - démographie, problèmes de recrutement, validation des stages d'internes, statut, retraite-, et des projets de recherche collégiaux ; on avait ajouté une conférence donnée par un universitaire invité, proche du lieu du congrès. Finalement on a eu plus de propositions que prévu et, plutôt que de devoir choisir, on a allongé les horaires et un peu réduit la durée prévue des communications (mais pas des pauses !).

Le budget qui nous parut alors conséquent apparaîtrait modeste aujourd'hui ; il reposait principalement sur l'aide que nous apportèrent 5 laboratoires, obtenue après des démarches répétées par Philippe Cassan et Denis Labayle, aide accordée avec l'assurance d'être le seul pour chaque spécialité (Glaxo, Jouveinal, Roche, Synthelabo, Takeda) ; il est vrai que nous avons longtemps fait l'économie des agences spécialisées (parasitaires ?). Tout le monde arrivait en train ou en voiture (avec déjà du covoiturage).

Après consensus des membres du bureau, j'avais concentré les résumés (qui devaient tenir sur une page A4), fait les corrections nécessaires, écrit le programme, puis fait imprimer et relier gracieusement -sans que j'aie pensé vraiment nécessaire de prévenir ma direction- une centaine d'exemplaires (hélas je n'en possède plus) du fascicule du congrès par le sympathique service reprographique de mon hôpital, dont les membres peu considérés étaient ravis d'imprimer autre chose que des documents administratifs et d'y montrer leur savoir faire.



Arrivés sur place la veille, munis de matériel de secours [projecteur de diapositives avec ampoule de rechange, microphone, flèche lumineuse à pile [ça ressemblait à un pistolet façon Star Wars mais ça éclairait assez mal], rallonges électriques, et des documents, on visita la salle de conférence, on se fit expliquer comment fonctionnait éclairage et électricité. Après un dîner chaleureux, nuit courte puis arrivée progressive des arrivants de qui j'exigeai au plus vite leurs diapositives. En ce temps-là, il fallait une petite boîte (au mieux un intercalaire transparent spécialisé) de diapositives numérotées (avec un point en bas à droite de la diapo vue comme on la lisait) et portant le nom du

présentateur. On plaçait tout cela dans le terrifiant chargeur circulaire du projecteur Carrousel®, la diapositive avec le point en haut à gauche : ce projecteur considéré comme la Rolls de sa catégorie était en fait capable de toutes les surprises, comme l'éjection brutale vers le haut des diapositives, les inversions de clichés, les erreurs de défilement, les multiples épisodes de rétention nécessitant extinction des feux (« merde, ça brûle ! ), mais aussi de la patience et des outils chirurgicaux pour extraire la diapositive coupable ; il fallait aussi simultanément écarter aussi gentiment que possible toutes les bonnes volontés d'opinions contradictoires qui arrivaient aussitôt, comme des mouches sur du miel, et bourdonnaient autour du malheureux projectionniste ...

Après un court discours du président (Jacques Lafon [Aix-en-Provence] venait de laisser la place à Philippe Cassan [Vichy] \*) et en avant ! il y avait un ou deux modérateurs, qu'on avait briefés à plusieurs reprises pour que surtout ils fassent respecter l'horaire...ce que tous ne firent pas avec la rigueur dont témoigna plus tard Olivier Nouel, surarmé il est vrai d'un remarquable minuteur à œufs coques. Toutes les communications furent vigoureusement discutées avec plaisir, simplement parce que nous parlions la même langue, de sujets qui étaient notre vie quotidienne, dans un esprit d'émulation et non de compétition ; la discussion se poursuivait naturellement pendant les pauses à la fin desquelles il fallait là aussi rappeler avec insistance l'horaire et la reprise des activités, écartant les congressistes des gourmandises, des petits cadeaux des labos, et, plus rarement pour certains d'entre nous d'accortes visiteuses médicales, en les poussant vers la salle de réunion, en ces temps où le téléphone portable n'existait pas.

Après la fin des communications (je ne me rappelle plus quel programme social on avait proposé aux conjoints) il fallut de nouveau rappeler l'horaire (ils n'en finissaient plus de bavarder, ces parisiens qui découvraient des provinciaux et même des parisiens devenus provinciaux et réciproquement, pour rejoindre - à peu près- à l'heure deux autocars qui nous conduisirent sous un beau soleil vespéral, dans une manade camarguaise proche. Verre d'accueil, puis dans une petite arène, présentation de jolies vaches noires, et invitation à venir leur cueillir une cocarde entre les cornes, invitation que, pour ma part je déclinai sans ambiguïté, laissant certains d'entre nous, comme Jean-Luc Gerbal (Mantes-la-Jolie), Jacques Denis et Denis Labayle, faux frères ennemis à Evry-Corbeil, briller dans l'arène. On avait mangé des moules farcies cuites à la braise, un bœuf qui avait rôti entier à la broche toute la journée, et bu des crus locaux tout à fait acceptables. On avait fait connaissance des conjointes des copains (il y avait très peu de femmes à l'ANGH à l'époque), noué de nouvelles amitiés et renforcé les anciennes. On avait redémarré le lendemain matin à 8 heures 30, avec une assistance un peu-plus clairsemée mais qui se compléta rapidement, jusqu'aux « adieux zémus » (formule rituelle conservée) avant un déjeuner au grand air.



Mauvezin d'Armagnac-Septembre 2019

Ouf, ça avait marché ! C'était réussi, ça avait un fort goût de revenez-y, et depuis, tous les ans ou presque la tradition s'est installée. Le besoin de se revoir est resté tel que même les retraités ont, dès l'arrêt de leur activité professionnelle, sous la houlette d'Olivier Nouël créé une association anarchique, dépourvue de statuts, mais pas de moyens grâce à leur généreuse pension de retraite, appelée A4 (pour Association des Anciens Amis de l'ANGH, un acronyme qui n'est pas sans rappeler celui des amateurs d'andouillette), dont les membres ne communiquent plus sur la médecine (sauf sur leurs propres maladies, comme tous les vieux) mais continuent à discuter fort politique, voyages, musique, cinéma,

littérature et arts plastiques tout en consommant les solides et les liquides dont une nature généreuse a richement doté notre beau pays.

### « Longue vie à l'ANGH et son irremplaçable congrès annuel ! »

\* Rappelons au passage que les 3 putchistes parisiens des débuts 1986, Michel Chousterman, Nicolas Delas et Denis Labayle, s'étaient engagés à laisser la présidence et la vice-présidence à des provinciaux... parfois récents il est vrai).



## Les communications du congrès

### 1 - Hépatite B Delta : Evaluation des connaissances et des pratiques des Hépatogastroentérologues exerçant en milieu non universitaire.

J.F.D. Cadranel (1), H.T. Zougmore (1), J.R. Ngele Efole (1), B. Hanslik (2), X. Causse (3), H. Hagege (4), M. Schnee (5), C. Mokhtari (1), D. Ouzan (6), T. Fontanges (7), T. Thevenot (8), T. Delacour (1), M. Medmoun (1), R. Smadhi (1), G. Fantognon (1), A.J. RÃ©my, G. Macaigne, P. Halfon (9), D. Roulot (10), V. Loustaud-Ratti (11), T. Lemagoarou (12). Service d'Hépatogastroentérologie de : (1) Creil, (2) Cabinet de gastroentérologie Montpellier, (3) Orléans, (4) CHI Créteil, (5) La Roche sur Yon, (6) St Laurent du Var, (7) Bourgoin Jallieu, (8) Besançon, (9), Alphabio Marseille (10), Bobigny, (11) Limoges, (12) DIM Creil. ANGH, CREGG.

Introduction : L'hépatite B-Delta (BD) est peu fréquente ou sous-estimée en France. Elle est probablement peu prise en charge dans les centres hospitaliers généraux comme en atteste la publication récente de l'étude Deltavir (R. Roulot et al, J Hepatol 2020). Ainsi, on ne dispose pas de données émanant des hépatogastroentérologues (HG) exerçant en centre hospitalier non universitaire et/ou exerçant en milieu libéral sur les modalités diagnostiques et la prise en charge thérapeutique de l'hépatite BD en France. Le but de cette étude menée sous l'égide de l'ANGH et du CREGG était d'évaluer les connaissances et les pratiques concernant le diagnostic et le traitement de l'hépatite BD chez les HG exerçant en milieu non universitaire. Patients et méthodes : Un questionnaire Google form, évalué avec l'aide de deux experts internationaux sur l'hépatite BD (D. Roulot et V. Loustaud-Ratti) a été envoyé aux HG (H : hépatologues, G : gastroentérologues) non universitaires ou libéraux séniors (S) ou juniors (J) de début mai à fin septembre 2021 avec multiples relances par voie de mail et/ou de courriers personnalisés. Etaient évalués : l'âge, le genre, l'expérience de l'opérateur, le type d'activité (hospitalière, libéral ou mixte), la spécialité prédominante (Hépatologie ou Gastroentérologie), les modalités du dépistage de l'hépatite BD en fonction du statut antigène HBs, l'utilisation des marqueurs virologiques, l'évaluation de la fibrose hépatique, les indications et les modalités du traitement (Interféron Pégylé, Bulevirtide ou association), les critères d'évaluation du traitement, biochimique, réponse virologique (RV) et RV prolongée (RVP), l'évaluation de la fibrose après traitement et les modalités du dépistage du carcinome hépato-cellulaire étaient également évaluées. Les comparaisons entre groupes ont été testées par test T de Welsh et par le test du Qui2 au

seuil de sécurité de 5 %. Résultats : 130 HG (H 58,1 % d'âge 45 ans (13,4), 42 % de femmes ayant une activité hospitalière pure (76 %), libérale (13 %) ou mixte (11 %), gastroentérologues (25 %), hépatologues (22 %), ont répondu à cette enquête. La majorité des répondants (R) (94 %) ne participaient ni à l'observatoire national et à des protocoles thérapeutiques. Seuls 8 hépatologues participaient : hépatologues versus gastroentérologues (P = 0,01). Le nombre moyen de patients suivis était de 2 (minimum 0, maximum 30), 7 en moyenne pour les hépatologues, 1 en moyenne pour les gastroentérologues (P = 0,002). La recherche d'une infection delta chez tous les patients antigènes HBs était réalisée par 89 % des répondants (78 % des juniors et 84 % des séniors, P = 0,009). La recherche de l'infection BD chez les patients antigènes HBe positifs était au total de 78 % (72 % versus 91 %, P = 0,016), chez tout patient porteur d'un antigène HBs avec anti HBe (J 67 %, S 92 %, P = 0,002), chez tout patient infecté par le VIH (J 84 %, S 95 %, P = 0,064). En cas d'hépatite aiguë antigène positif : J 72 % et S 80 % recherchaient une infection BD (NS). La recherche de l'ARN du virus Delta pour affirmer la réplication virale était utilisée par 96 % des répondants. Concernant l'évaluation de la fibrose, le Fibrotest® n'était jamais utilisé par 47 % des R, le Fibromètre® jamais par 55 % des R, le FIB-4 et l'APRI n'étaient jamais utilisés, le delta fibrosis score adapté à l'hépatite Delta était utilisé par 13 % des répondants. L'évaluation de la fibrose se faisait essentiellement par Fibroscan® dans 77 % des cas et la ponction biopsie du foie dans 81 % des cas. Un traitement était proposé chez les patients > F2 dans 49 % des cas quel que soit le niveau de transaminases et chez tous les patients par 39 % des répondants. Les répondants proposaient un traitement par Interféron pégylé dans 48 % des cas, Bulevirtide dans 43 % des cas. La moitié des répondants réfèrent leurs patients à un autre collègue de CHG ou de CHU, principalement les G (90 %), contre seulement 19 % des H (p < 0,001). Parmi les critères d'efficacité du traitement, une diminution ou normalisation des transaminases était retenue par 84 % des répondants. 60 % des répondants définissaient la RV par une annulation ou une diminution de 2 log de la réplication virale et une RVP par une disparition de l'ARN après 12 mois (45 %) ou 24 mois (17 %) avec activité des transaminases normales. 80 % des répondants évaluaient la diminution de la fibrose après traitement. 98 % des répondants dépistaient le CHC en cas de cirrhose, 96 % en cas de F3 et 58 % en cas de F2, sans différence entre H et G. Discussion : Le nombre de répondants à cette enquête est faible malgré le nombre de relances, témoignant de la rareté de la maladie ou de sa

méconnaissance en milieu non universitaire, les G réfèrent souvent leurs pts à un autre collègue, la recherche de l'infection BD n'est pas systématiquement réalisée, l'élastométrie et la biopsie hépatique sont les plus souvent utilisées pour évaluer la fibrose. Conclusion : Les résultats de cette enquête montrent un certain degré de méconnaissance de l'hépatite BD par les HG non universitaires ; les modalités du diagnostic et la nécessité du dépistage systématique d'une infection BD chez tout les patients antigène HBs doivent être rappelées par les sociétés savantes. Dans les suites de ce travail, nous avons initié un travail entre les services d'hépatogastroentérologie du CHU d'Amiens et du GHPSO de Creil – Senlis, et les unités de virologie de ces deux centres avec dépistage systématique de la sérologie delta chez tout patient antigène HBs positif couplé à un bilan hépatique et à l'évaluation du score FIB-4 que nous espérons pouvoir vous présenter l'an prochain aux JFHOD et à l'AN GH. Remerciements : Madame Christelle LEGRAND et tous les participants à cette étude et tous les participants à cette étude qui seront listés sur une diapositive en cas d'acceptation du résumé à l'ANGH.

## **2 - VULNAPSY-C, Etude des facteurs de vulnérabilité psychologique liés aux réinfections par le virus de l'hépatite C : résultats préliminaires**

AJ Rémy (1), J Hervet (1), J Delmonte (2) (1) Centre Hospitalier de Perpignan (2) Laboratoire LPS, Université d'Aix-Marseille

Rationnel : dans le monde, la prévalence des réinfections au virus de l'hépatite C reste extrêmement élevée chez les usagers de drogue, jusqu'à 10.5/100 personnes par an. La littérature internationale suggère que l'intervalle de test pour la virémie récurrente du VHC (par exemple, toutes les 24 semaines ou 12 semaines) peut jouer un rôle dans le taux de réinfection notamment dans les populations à risque élevé de comportements à risque (échange de seringue). A notre connaissance aucune recherche n'a évalué les facteurs de vulnérabilité psychologique (cognitifs, émotionnels et traits de personnalité) majorant les risques de réinfections dans ces populations. La mise en évidence de ces facteurs de vulnérabilités pourrait conduire à maximiser l'efficacité de groupes de prévention de la rechute par la détection des populations les plus à risque. Objectifs : proposer aux patients différents questionnaires et échelles permettant l'évaluation des processus cognitifs, émotionnels et des traits de personnalité. Le nombre de réinfections au VHC a été également quantifié par quantification de la charge virale C. Notre objectif secondaire a été d'évaluer sur le nombre de réinfections l'influence du niveau de connaissance des patients concernant les facteurs de risques de contamination ainsi que le niveau de croyances reliées à la santé. Matériel et Méthodes : auto-administration d'un document comprenant le

score de précarité EPICES, des tests cognitifs, un questionnaire d'impulsivité (UPPS), un questionnaire de personnalité ; BIG 5), un questionnaire du niveau de connaissance des facteurs de risque de contamination et un questionnaire des croyances reliées à la santé. La méthodologie choisie a été de proposer l'étude à tous les patients, hommes et femmes, (primo infectés et réinfectés), soit lors de la phase diagnostique initiale, soit de la phase de surveillance post traitement, pendant laquelle les recommandations sont de réaliser un dosage annuel de la charge virale C. Une approche multi-site (CSAPA, CAARUD, prison, squats) a été utilisée pour maximiser le recrutement. Le temps de remplissage a été estimé entre 30 et 45 minutes. Le recueil des données médicosociales personnes a été effectué parallèlement par un infirmier de notre équipe. Résultats : 30 malades guéris sans réinfection et 16 malades réinfectés par le HCV par usage de drogues après guérison ont rempli le questionnaire ; 85% d'hommes, âge moyen 34 ans. Les patients réinfectés sont plus jeunes, de niveau éducatif plus bas, plus souvent sans domicile fixe et ayant des antécédents de maladies psychiatriques que les patients sans réinfection. Les autres facteurs favorisant la réinfection seront présentés lors du congrès. Chez les patients réinfectés, les résultats étaient les suivants : Plus le patient pense qu'il est responsable de sa maladie plus il est impulsif (dimension urgence impulsivité émotionnelle). Plus le patient à conscience des conséquences de sa maladie plus il est impulsif (dimension urgence impulsivité émotionnelle). Plus le patient est impulsif (score total + dimension urgence impulsivité émotionnelle), plus il présente un score élevé de névrosisme (trait de personnalité négativiste). Moins le patient exprime le trait de personnalité « conscience », plus il présente un manque de persévération de ses comportements (impulsivité cognitive). Plus le patient exprime le trait de personnalité « ouverture », plus il met en place des comportements impulsifs type recherche de sensations. Plus le patient participe aux ateliers réduction des risques, plus il se sent responsable de sa maladie, plus il a conscience des conséquences de sa maladie et plus il a de pensées magiques concernant sa contamination (exemple item : « le simple fait de voir quelqu'un de malade est suffisant pour me rendre malade aussi »). Il n'y avait pas de corrélation avec le score de précarité EPICES. Les résultats concernant les patients primo-contaminés seront détaillés lors du congrès. Conclusion : il existe des facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale favorisant la réinfection HCV par usage de drogues. Des actions ciblées sur les patients les plus à risque sont indispensables pour contribuer à l'élimination du VHC en France.

Références 1. Akiyama, M.C.; Charles, M.; Lizcano, J.; Cherutich, P.K. & Ann, E. (2018). Hepatitis, C. Prevalence, Estimated Incidence, Risk Behaviors, and Genotypic Distribution among People Who Inject Drugs in Kenya. Available online: <https://ssrn.com/abstract=3220107> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3220107>. 2. Gountas, I.; Sypsa, V.; Blach, S.;

Razavi, H. & Hatzakis, A., (2018). HCV elimination among people who inject drugs. Modelling pre- and post-WHO elimination era. PLoS ONE, 13, e0202109. 3. Muller, A.; Vlahov, D.; Akiyama, M.J. & Kurth A., (2020). Hepatitis C Reinfection in People Who Inject Drugs in Resource-Limited Countries: A Systematic Review and Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health, 9;17(14):4951. doi: 10.3390/ijerph17144951 4. Rossi, C.; Butt, Z.A.; Wong, S.; Buxton, J.; Islam, N.; Yu, A.; Darvishian, M.; Gilbert, M.; Wong, J.; (2018). BC Hepatitis Testers Cohort Team. Hepatitis C virus reinfection after successful treatment with direct-acting antiviral therapy in a large population-based cohort. J. Hepatol. 2018, 69, 1007–1014. 5. Remy AJ, Bouchkara H, Hervet J, Happiette A, Wenger H. Mobile Hepatitis Team: a new pathway of HCV outreach care, since screening to treatment. Gut and Gastroenterology 2019, 2: 1-6.

**3 - Quand un abcès hépatique en cache un autre**  
Clément Dupré (1), Agathe Bounhiol (2), Christelle NGuemo (1), Julia Roux (1), Céline Somsouk (1), Anne-Laure Desgabriel (1), Dany Rizk (1), Pauline Caraux-Paz (2), Armand Garioud (1).

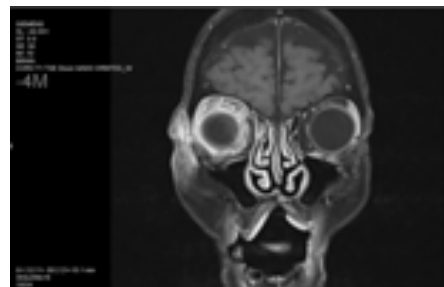
1. Service d'HGE - CHI Villeneuve-St-Georges. 2. Service de MIT - CHI de Villeneuve-St-Georges

Madame Ourdia A., une patiente de 80 ans est adressée aux Urgences médicales le 22/12/2021 pour l'exploration d'une douleur basi-thoracique et lombaire droite avec notion de fièvre – non objectivée – depuis 5 jours. A l'examen clinique, le principal signe associé est un œil droit rouge et douloureux avec baisse d'acuité visuelle depuis 3 jours. Elle a pour seul antécédent une cholécystectomie et ne prend aucun traitement habituel. Le bilan biologique initial objective un syndrome inflammatoire avec des leucocytes à 23,9 G/l, des polynucléaires neutrophiles à 20,3 G/l et une CRP à 215 mg/l. Le bilan hépatique est légèrement perturbé avec une cytolysé et une cholestase inférieures à 2 fois la normale. La bilirubinémie est normale. La bandelette urinaire objective une croix de protéines et de nitrites sans leucocytes. La patiente est vue par l'ophtalmologue qui conclut à une uvéite antérieure aiguë ; il préconise un traitement par injections sous conjonctivales de dexaméthasone. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté est réalisé à la recherche d'un foyer infectieux profond. Il met en



évidence une formation pseudokystique du foie gauche multi-loculée dont l'aspect est en faveur d'un volumineux abcès hépatique de 10 cm de grand axe (cf photo). Il n'y a pas de foyer

pulmonaire ou d'épanchement pleural associé. Une antibiothérapie probabiliste par métronidazole et céfotaxime est débutée après la réalisation d'un ECBU – négatif au direct – et la patiente est transférée en hépato-gastro-entérologie le 23/12 pour la suite de sa prise en charge. Le 24/12, la patiente présente une aggravation des symptômes et de l'aspect oculaire avec un oedème palpébral



empêchant l'ouverture de l'œil droit. Une IRM est réalisée. Celle-ci évoque un aspect

d'endophtalmie de l'œil droit (cf photo). Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et votre prise en charge devant cette association inhabituelle d'un abcès hépatique à une endophtalmie ? La suite du cas clinique et l'évolution de la patiente vous seront présentées lors du Congrès à Aix-en-Provence.

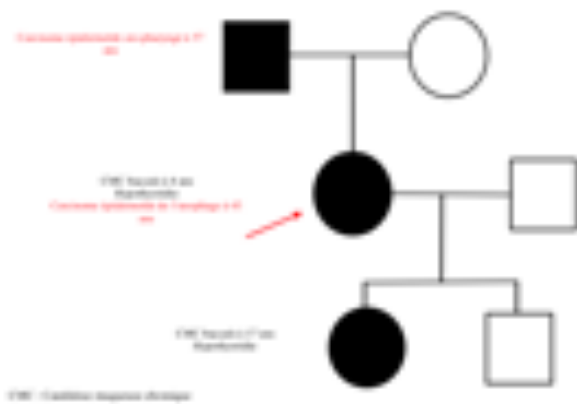
**4 - Fréquence de l'Antigène HBs au Bénin. Bilan de 4 campagnes de dépistage en milieu rural et urbain. Les enfants sont significativement moins souvent positifs que les adultes.**

O.Nouel(2), R.Agossou(1), B.Bour(3), R Kpossou(1), J.Sehonou(1). Cotonou(1), St Brieuc(2), Le Mans(3).

L'Hépatite B est endémique en Afrique de l'Ouest et infecte environ 10% de la population. La positivité de l'Ag HBs au Bénin est de 9,9 % chez les donneurs de sang. Dans ce pays du Golfe de Guinée, depuis 2002, les nourrissons sont systématiquement vaccinés contre 9 maladies dont l'hépatite B à partir de 6 semaines. Depuis 2017, l'association bretonne BASE a réalisé 4 missions et dépisté l'Ag HBs par TROD, avec l'aval du ministère Béninois de la santé. Matériel et Méthodes : Le réactif utilisé pour le dépistage de l'Ag Hbs était un TROD CHIL (sensibilité 99%, spécificité 99,6% ) d'un coût unitaire de 900 F CFA(1,37 Euros). Il était délivré par la pharmacie centrale des hôpitaux. Les TROD positifs étaient contrôlés par un deuxième examen. Lors de la première mission, il a été réalisé un dépistage systématique dans une école rurale. Chaque cas positif donnait lieu à une enquête familiale. Lors de la deuxième mission, ont été ciblées les femmes enceintes dans 7 dispensaires. Les femmes positives étaient orientées vers un centre pratiquant la sero-vaccination . La troisième mission a été réalisée dans une clinique de Cotonou et la quatrième dans les dispensaires de brousse et les grandes villes de PARAKOU et de COTONOU. Les malades positifs étaient orientés vers une consultation de gastro-entérologie. Ceux de moins de 60 ans et négatifs pour l'AgHBs recevaient une ordonnance pour vaccination. Résultats : Un total de 1427 personnes ont participé au dépistage (910 adultes, 193 femmes enceintes, 314 enfants de moins de 15 ans): 92 étaient positives (6,5%). Le contrôle systématique de l'Ag HBs s'est toujours révélé positif. La répartition était homogène sur le territoire, aussi au nord qu'au centre et au sud. Parmi les adultes, 86 étaient positifs (9,4%). En milieu urbain (COTONOU), la moitié des patients



Figure 1. Adénocarcinome



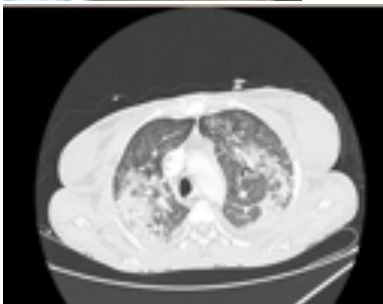
avaient déjà connaissance de cette positivité. Parmi les femmes enceintes, le plus souvent jeunes et primipares, 16 étaient positives (8,2%). Chez les enfants, 8 étaient positifs soit 1,5 %. Conclusions : Il existe une différence significative entre le taux de positivité de l'Ag Hbs des adultes (9,4%) et celui des enfants (1,5%). Ceci peut indiquer que la transmission materno-fœtale est finalement moins fréquente que prévue (charge virale faible des femmes enceintes ?) La politique actuelle de vaccination systématique des nourrissons à la naissance (2/10/2020) devrait aboutir rapidement à une chute de la prévalence de l'Hépatite B au Bénin, à une disparition des cancers du foie et à moyen terme à une éradication de ce fléau.

### 5 - Un passager clandestin

Zlata Chkolnaia, Marion Jager, Caroline De Kerguenec. Service de gastroentérologie Hôpital Delafontaine 93200 Saint Denis



Une patiente ivoirienne de 39 ans est hospitalisée au CH de Saint Denis pour des nausées, des vomissements et une intense douleur épigastrique. Le transit est ralenti, la patiente a perdu 15 kg depuis quelques mois, l'asthénie est très marquée.



On note pour seul antécédent un VIH traité depuis 6 mois. A l'examen clinique, l'abdomen est souple, très sensible dans l'épigastre, les bruits hydro aériques sont faibles. Au plan biologique, la NFS est

normale, CRP à 9 mg/L, hyponatrémie à 130 mmol/L, hyperkaliémie à 5,5 mmol/l. Albuminémie à 24 g/L, CD4 à 134/mm<sup>3</sup>, charge virale VIH à 1,99 log. Le cortisol sérique est effondré. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien est compatible avec une tuberculose pulmonaire et une possible occlusion intestinale haute sur bride avec un épaississement régulier de la paroi du côlon ascendant. Une cœlioscopie exploratrice est réalisée et est normale. Les prélèvements per opératoires, l'ECBU et les hémocultures poussent à E.Coli. Nous suspectons une tuberculose péritonéale et surrénalienne et débutons un traitement par hydrocortisone et céphalosporines de troisième génération. Trois jours plus tard, des macules érythémateuses serpiginieuses de l'abdomen apparaissent, suivies d'une détresse respiratoire aiguë avec confusion et hyperthermie à 40°C. Une ponction lombaire est réalisée en réanimation. Le résultat est en faveur d'une méningite à E. coli avec 4000 éléments dans le LCR. Toutefois, cette éruption cutanée s'avère typique pour les yeux d'une interne avertie d'une pathologie extraordinaire et gravissime. Quelle est votre hypothèse diagnostique?

### 6 - Vomissements itératifs révélant une forme inhabituelle d'adénocarcinome pancréatique

Céline Rolland, Lucie Duval, Camille Candiller, Julien Baudon, Mehdi Kaassis, Solène Audiau, Charles Texier, You-Heng Lam Service d'hépatologie-Gastro-Entérologie, Centre Hospitalier de Cholet

Une femme de 70 ans est admise aux urgences en janvier 2020 pour vomissements itératifs post prandiaux depuis 3 semaines et amaigrissement de 12 kg en 3 mois Elle présente des antécédents d'hémorragie diverticulaire, d'HTA et d'arythmie. A l'admission, l'hémodynamique est stable. L'abdomen était souple, sans masse palpée. Le bilan biologique montrait : Leucocytes 15,63 G/l, à prédominance de polynucléaires neutrophiles, CRP 13,5mg/l, urée 38,3 mmol/l, créatinine 371 µmol/l, ASAT 20U/l, ALAT 26U/l, TP 80% Un scanner abdominal réalisé sans injection montrait une lésion de 40 mm kystique et tissulaire de la jonction corps queue pancréatique et de multiples lésions d'allure kystique aux bases pulmonaires Quel est votre conduite diagnostique et thérapeutique ?

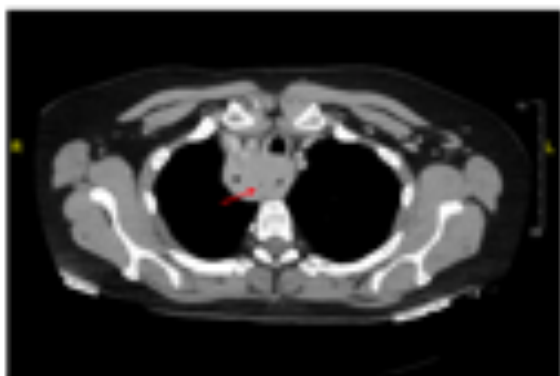
### 7 - Une néoplasie oesophagienne d'origine infectieuse et génétique

Lina Houtonji, Clothilde Soriano, Caroline Amouroux, Bertrand Tissot, Anna Saez, Marie-Carmen Ortiz, Dora Lippai, Andre Jean Rémy, Faiza Khemissa-Akouz. CH de Perpignan.

Une patiente de 43 ans est hospitalisée dans notre service pour une dysphagie et toux fébrile évoluant depuis 2 mois, avec une perte de 10 kgs. Elle rapporte comme antécédents personnels une hypothyroïdie supplémentée et une candidose

buccale chronique depuis l'âge de 4 ans, secondaire à une mutation du gène STAT1 avec gain de fonction. Les antécédents familiaux sont similaires puisque sa fille aînée présente une candidose buccale chronique depuis l'âge de 17 ans et une hypothyroïdie. Son père est décédé à l'âge de 57 ans d'une néoplasie oro-pharyngée. Un scanner thoracique injecté objective un abcès pulmonaire para-médiastinal, avec un épaississement pariétal œsophagien au contact. Un traitement par Ceftriaxone 1 g/j et Métronidazole 1,5 g/j est débuté pour 28 jours. Une nouvelle imagerie est réalisée au décours devant une récurrence fébrile à 48 heures de l'arrêt de l'antibiothérapie et objective une stabilité de l'abcès pulmonaire, nécessitant une reprise de l'antibiothérapie. Un Transit Oesogastroduodéal (TOGD) met en évidence une fistule oeso-trachéale à hauteur de T1. La gastroscopie sous anesthésie générale objective une tumeur circonscrite de l'œsophage cervical, située à 15 cm des arcades dentaires, non franchissable à 20 cm. L'analyse histologique des multiples biopsies réalisées est en faveur d'un carcinome épidermoïde infiltrant, différencié et moyennement kératinisant avec un taux CPS < 1. Le bilan d'extension permet de classer la tumeur T4bN2M0, stade IVA ; la fibroscopie bronchique objective une lésion trachéale bourgeonnante traduisant une atteinte tumorale par contiguïté, le scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté et le FDG TEP ne retrouvent pas de lésion secondaire à distance. Une prise en charge nutritionnelle par nutrition entérale sur sonde de gastrostomie est

Figure 2. Scanner thoracique injecté. Abcès pulmonaire 7x2 cm, épaississement pariétal œsophagien au contact



débutée. Un traitement antifongique intraveineux par Caspofungine et une chimiothérapie par Folfox sont débutés. Le scanner de réévaluation réalisé à 3 mois, après 4 cycles de Folfox objective une réponse complète selon les critères RECIST. Une réflexion est conduite sur la suite de la prise en charge. La candidose muqueuse chronique autosomique dominante (CMC-AD) secondaire à une mutation STAT1 avec gain de fonction (1) est une entité rare et sévère d'immunodéficience primaire. Elle est cliniquement caractérisée par une atteinte fongique cutanéomuqueuse, une auto-

immunité, des anévrismes cérébraux, et des néoplasies oro-pharyngée et œsophagienne. Le seul traitement actuellement proposé pour le CMC-AD est un traitement antifongique au long cours. Certaines études encourageantes suggèrent une efficacité des inhibiteurs de JAK 1 et 2 (2). La place du dépistage du carcinome épidermoïde oro-pharyngé et œsophagien chez les patients atteints de CMC-AD et chez les apparentés reste à préciser et pourrait être systématiquement proposé (3).

Références 1. N Egri, et al. Primary immunodeficiency and chronic mucocutaneous candidiasis: pathophysiological, diagnostic, and therapeutic approaches. Allergol Immunopathol (Madr). 2021 2. FL Van de Veerdonk, et al. Treatment options for chronic mucocutaneous candidiasis. J Infect. 2016 3. S Koo, et al. Esophageal candidiasis and squamous cell cancer in patients with gain-of-function STAT1 gene mutation. United European Gastroenterology Journal. 2017.

### 8 - Un bulky abdominal chez un jeune homme

Mathilde Osty (1), Marc Prieto (1), Houcem Zemni (2), Viviane Bodiguel (3), Christophe Locher(1) (1) Hépatogastroentérologie, Meaux (2) Imagerie médicale, Meaux (3) Anatomopathologie, Jossigny.

Figure 1. Transit oesogastroduodéal

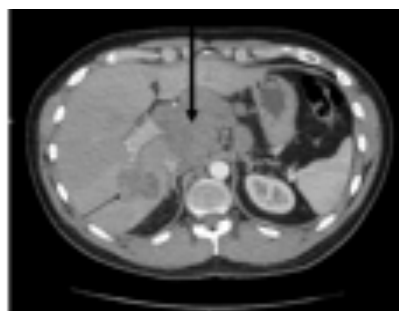
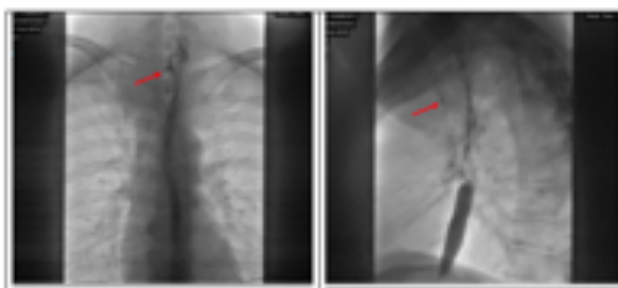


Figure 2. TAP 700. Abcès hépatique au niveau du segment VII de l'axe des segments du foie (Meaux). Note: abcsès grande Meaux

En Mars 2022, un jeune homme de 29 ans, sans antécédent particulier consulte pour des douleurs du flanc droit. P a s d'antécédents familiaux

digestifs. Il est en parfait état général, n'a pas d'amaigrissement ni fièvre ni sueurs. L'abdomen est souple et dépressible mais sensible au niveau du flanc droit, il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ni adénopathie périphérique. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. IMC= 27,7 kg/m<sup>2</sup>. Le bilan biologique est normal hormis des ALAT à 62UI/L et des LDH à 187UI/L. L'échographie abdominale met en évidence des adénopathies coeliomésentériques de 4cm et une lésion hépatique du segment VII. Un scanner TAP (Figure 1) confirme la

lésion du foie droit et les masses ganglionnaires coeliaque, rétroporte, inter aortico cave et lombo aortique gauche à l'origine d'un bulky abdominal... Ces données sont confirmées par un PET scanner (Figure 2). Une ponction biopsie hépatique est réalisée sous échographie

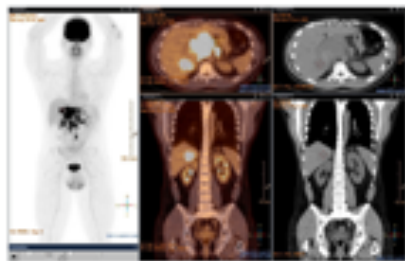


Figure 2. PET scanner

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Une relecture des lames est effectuée en centre expert. La suite de la prise en charge et la revue de la

littérature de cette maladie rare seront présentées lors du congrès.

### 9 - Collaboration en endoscopie entre hépato-gastro-entérologue et pneumologue dans la prise en charge en oncologie thoracique

You-Heng Lam (1), Julien Baudon (1), Philippe Masson (2), Lucie Duval (1), Mehdi Kaassis (1), Camille Candiller (1), Charles Texier (1), Solène Audiau (1). (1) Service d'hépatogastro-entérologie, CH Cholet, (2) Service de pneumologie, CH Cholet

La collaboration en endoscopie lors de la prise en charge de pathologies cancéreuses médiastinales ou bronchiques est fréquente entre les pneumologues et les hépato-gastro-entérologues. Les pneumologues participent à la prise en charge des carcinomes oesophagiens via la recherche d'atteinte de la muqueuse trachéale par l'endoscopie bronchique ou par la mise en place de prothèse trachéale ou bronchique en cas de carcinomes oesophagiens localement avancés. Les hépato-gastro-entérologues participent à la prise en charge de fistule tumorale broncho oesophagienne par la mise en place de prothèse oesophagienne ou d'autres dispositifs médicaux. L'écho endoscopie digestive permet surtout l'exploration du médiastin postérieur et inférieur accessible par voie endo ou trans bronchique. Elle permet une histologie sur des masses ganglionnaires et plus rarement bronchique. L'utilité d'avoir du tissu tumoral est d'autant plus nécessaire qu'il existe un nombre croissant de mutations tumorales qui peuvent faire l'objet de thérapies ciblées. Nous rapportons 6 cas de biopsies tumorales par voie transoesophagiennes ou gastriques.

### 10 - Une douleur anale pas si banale !

Simon Weiss (1), Isabelle Etienney (1), Christiane Strauss (2), Sarah Taïeb (4) Hôpital de la Croix Saint Simon, Paris. 1 Service de Proctologie médico-

interventionnelle 2 Service de Radiologie.

Une patiente de 36 ans consulte aux urgences proctologiques pour des douleurs anales évoluant depuis 2 mois. Elle présente comme seul antécédent notable quatre accouchements dont trois par césariennes. Il est à noter que la dernière césarienne a été compliquée d'une hémorragie de la délivrance nécessitant une hystérectomie d'hémostase. Elle rapporte avec elle une IRM pelvienne faite en externe dont la conclusion est un abcès de la fosse ischio-anale gauche avec prolongement en fer à cheval antérieur. Cliniquement, elle se plaint de douleur anale sans fièvre, non rythmées par les selles. L'inspection de la marge anale révèle une induration de la fosse ischio-anale sans trajet évident au toucher rectal. L'anuscopie ne met pas en évidence d'orifice interne. Devant l'induration et les résultats écrits de l'IRM, il est tenté une incision de l'induration après anesthésie locale à la xylocaïne qui se révèle infructueuse. Il est décidé un traitement par antalgiques et une évaluation dans les 10 jours par échographie endo-anale. L'échographie retrouve un sphincter anal intact et une absence de trajet fistuleux. Devant cette discordance, l'IRM fait l'objet d'une relecture dans notre centre où il est décrit un très fin trajet fistuleux à partir de la ligne antéro-médiane qui part du sphincter interne, au tiers inférieur du canal anal, traverse l'espace intersphinctérien puis se dirige vers la gauche dans la fosse ischio anale où l'on retrouve une masse, hétérogène, mal limitée, d'aspect mixte en T2 (hyper et hyposignal) sans véritable abcès constitué. Il est alors décidé d'attendre un épisode aigu. A la réévaluation en consultation deux mois plus tard, l'examen clinique est inchangé sans trajet cliniquement palpé et une patiente relevant moins de douleurs. Nouvelle évaluation 4 mois après où la patiente décrit des crises douloureuses intermittentes avec une persistance de l'induration de la fosse ischio-anale gauche. Il est finalement décidé d'une exploration au bloc opératoire de proctologie. Lors de l'intervention, aucun trajet fistuleux n'est retrouvé et il est décidé d'une exérèse monobloc de la masse palpée. Quel diagnostic finalement ? La réponse à Aix en Provence !

### 11 - La dermite anale qui m'aimait...

Amine Alam (1), Erwan Vo Quang (1), Michaël Levy (2), Vincent de Parades (1) (1) Service de proctologie, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris (2) Service de gastro-entérologie, CHU Henri-Mondor, Créteil

En 2007, un gastroentérologue pose le diagnostic de maladie de Crohn pancolique sévère chez madame B, 28 ans. Un traitement par corticoïdes est introduit rapidement mais, devant l'absence de

rémission clinique, il est remplacé par de l'infliximab 5mg/kg. Un an plus tard, la maladie de Crohn est en rémission clinique et biologique mais l'apparition d'effets secondaires (paresthésies, polyarthralgies) motive l'arrêt du traitement par anti-TNFa. Un traitement par azathioprine est donc instauré en 2009 mais arrêté en 2010 en l'absence de contrôle de la maladie. Finalement, en février 2010, un traitement par adalimumab est débuté à raison de 40mg/14 jours, puis à 40mg/7 jours en décembre 2011 en raison du contrôle insuffisant de la maladie. Désormais en rémission clinique de sa maladie luminale, la patiente se plaint d'une « boule » anale apparue en octobre 2010. Un traitement par AINS per os s'est avéré inefficace en novembre 2011. Elle nous est adressée en avril 2013 pour la persistance de cette « boule », devenue douloureuse et récemment associée à une dermatite péri-anale gênante. A noter que la patiente a également des lésions du cuir chevelu et de la peau des membres supérieurs. Les prélèvements à visée infectieuse n'ont rien montré de notable et les biopsies cutanées ont conclu à des lésions "eczématiformes" non spécifiques. Enfin, une corticothérapie per os (60 mg pendant 15 jours puis décroissance) s'est avérée inefficace sur la dermatite ainsi que sur la « boule ».

Quel est ou quels sont vos diagnostics ?  
 Diagnostiquer peut attendre Aix en 2022 !

## 12 - Impact d'une activité physique régulière sur la qualité de vie des patients suivis sur une MICI

Marine Jeay, Gilles Macaigne, Frédéric Heluwaert, Florence Skinazi, Emmanuel Cuillerier, ... ,Anne Buisson, Alain Olympie, Pierre Lahmek, Stéphane Nahon.

Introduction : Le bénéfice d'une activité physique (AP) régulière et adaptée (APA) est démontré au cours des maladies chroniques et peut faire l'objet d'une prescription médicale. Cependant l'APA est peu connue de nos patients. L'objectif de cette enquête était de décrire les facteurs associés à la pratique d'une AP dans une cohorte de patients suivis pour une MICI, ainsi que son impact sur leur qualité de vie. Patients et Méthodes : Un questionnaire explorant l'activité physique et ses conséquences sur la MICI et la qualité de vie a été proposé aux patients suivis pour une MICI via les réseaux sociaux de l'Association François Aupetit et en consultation dans des centres hospitaliers. Les réponses étaient renseignées sur internet de façon anonyme par les patients entre juin et octobre 2021. L'intensité de l'AP était évaluée par le score IPAQ (légère, modérée et intense), la fatigue par le score FACIT (plus le score est élevé moins la fatigue est importante) et l'anxiété-dépression par le score HAD. Nous avons étudié en analyse multivariée les facteurs associés à une activité modérée à intense sur : la MICI, la qualité de vie mais aussi les bénéfices en relation avec l'AP et les freins à sa

pratique. Résultats : 538 patients dont 382 femmes (71%), âgés en moyenne de 37,7 ±11,2 ans ont répondu à cette enquête ; 298 (55%) étaient suivis pour une maladie de Crohn, 187 (35%) se considéraient en poussée. 350 (65%) étaient traités par biothérapie. 145 (27%) avaient une atteinte articulaire associée. En analyse univariée, la pratique d'une AP modérée ou intense était associée à un score FACIT plus élevé ( $p < 0,001$ ), un score de dépression plus bas ( $p < 0,001$ ), et la sensation d'être en bonne santé ( $p < 0,001$ ). Un tabagisme actif d'au moins 5 paquets-années (PA) était associé à une AP légère ( $p < 0,01$ ). Ni les symptômes de la MICI, ni une atteinte articulaire n'étaient associés à une AP légère. De même, un traitement par biothérapie ou un antécédent de chirurgie digestive n'influaient pas l'AP. En analyse multivariée, le fait de se considérer en bonne santé (OR 1,86 ; IC95% [1,10 ; 3,15] ;  $p = 0,022$ ), une fatigue moins importante (OR 1,02 ; IC95% [1,004 ; 1,044] ;  $p = 0,019$ ) et un niveau d'études supérieures (OR 1,93 ; IC95% [1,24 ; 3,00] ;  $p = 0,004$ ) étaient associés significativement à une AP modérée à intense. Après une séance d'AP, les trois principaux paramètres rapportés comme étant améliorés étaient l'état émotionnel (81%), le sommeil (68%), et la fatigue (54%). Une diminution des douleurs abdominales et articulaires était signalée chez respectivement 31% et 29% des patients et 37% d'entre eux estimaient que leur transit était amélioré. Parmi les facteurs pouvant limiter la pratique d'une AP, les principaux identifiés étaient : la fatigue chez respectivement 76% des patients en poussée et 47% en rémission, les douleurs abdominales et la diarrhée chez 64% des patients en poussée. 38% des patients en poussée estimaient que le manque d'accès aux sanitaires limitait leur AP. Un manque de motivation était un frein chez 54% des patients en poussée et 33% des patients en rémission. Enfin, le manque de moyen financier était identifié chez 20% des patients. 84% des patients n'avaient jamais entendu parler de l'APA et 60% d'entre eux se disaient favorables à un accompagnement dans un programme d'APA notamment en groupe. Conclusion : Dans cette large enquête, la pratique d'une AP modérée à intense chez les patients suivis pour une MICI était associée à un score de dépression plus bas et une fatigue moins importante qu'en cas d'AP légère. Par ailleurs, les patients ayant une AP régulière ressentaient une amélioration de leur état de santé. Certains facteurs en limitent la pratique : le manque de motivation, la nécessité de conseils adaptés : ceux-ci pouvant être remédiés par la mise en place de programmes d'APA. L'APA apparaît donc comme un outil à associer aux thérapies médicamenteuses dans la prise en charge des MICI.

## 13 - C'est l'histoire d'une maladie diffuse du tube digestif rare

Omblin Miron de l'Espinay, Gilles Macaigne, Florence Harnois. CH de Marne la Vallée. Service de Gastro-Entérologie

Nous rapportons le cas d'une femme de 32 ans, non alcoolo-tabagique, sans terrain allergique connu, qui consulte aux urgences en janvier 2022 pour des troubles digestifs évoluant depuis 2 semaines associant des douleurs abdominales, une diarrhée aqueuse d'apparition progressive invalidante, un syndrome dyspeptique avec dysphagie. L'examen clinique est sans particularité en dehors d'une sensibilité abdominale diffuse à la palpation. Le bilan biologique initial montre une hyperleucocytose sans syndrome inflammatoire. Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer à ce stade ?

#### 14 - Heureuse sera la chute..!

Marion Olivari, Sabine Tedjini, Sylvain Merle, Frédéric Heluwaert. CH Annecy Genvevois

Nous sommes amenés à prendre en charge par le biais des Urgences en janvier 2021, une patiente de 42 ans, sans antécédent particulier. Elle présente depuis 3 jours, un tableau très brutal de diarrhée sanglante avec 40 selles/j sans fièvre avec des douleurs hypogastriques. L'interrogatoire ne révèle ni prise d'AINS, ni voyage, ni consommation de volaille peu cuite récemment. Suite à une intolérance initiale à la prise d'azithromycine, elle est mise sous SMECTA par son médecin traitant. Aux urgences, état d'asthénie intense, un abdomen sensible se défendant dans l'hypogastre, une tachycardie. Syndrome inflammatoire marqué avec Hb à 150 g/l, une hyperleucocytose à 31.1 G/l, plaquettes normales à 216, TP 80%, créatinine à 65 µmol/l, CRP à 125, protéine normale à 66 g. Le scanner réalisé rapidement décrit une pancolite avec un épanchement intra péritonéal, l'hypothèse d'une colite infectieuse sévère étant majeure et devant une panne de l'automate de PCR, une coprologie des selles est réalisée, mais la patiente est rapidement mise sous Rocéphine Flagyl devant l'intolérance orale. L'évolution clinique initiale n'est pas favorable malgré les antalgiques et l'antibiothérapie. Devant l'aggravation à J2, une rectosigmoidoscopie est réalisée pour éliminer une colite aiguë grave pouvant éventuellement révéler une rectocolite hémorragique. Cet examen ne révèle pas de lésions rectosigmoïdiennes mais met en évidence une colite sévère dont l'aspect endoscopique était plus évocateur d'une atteinte infectieuse. A l'issue de la rectosigmoidoscopie, vous recevez le bilan biologique prélevé le matin...apparition d'une insuffisance rénale à 250 µmol, d'une thrombopénie à 50 G/l et d'une chute de l'Hb à 110 g/L... Que se passe-t-il ?

#### 15 - Comment financer sa formation médicale continue : trucs et astuces

AJ Rémy, Centre Hospitalier de Perpignan

La formation médicale continue est une obligation réglementaire pour les médecins à travers la validation des actions de DPC (développement professionnel continu). Au 1er janvier 2032, elle sera une condition obligatoire au début et à la poursuite de l'exercice d'une profession médicale. L'ordonnance du 19 juillet 2021 a créé une procédure de certification pour 7 professions de santé « indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances », avec une périodicité de 6 ans. Le rôle de contrôle et de gestion est attribué aux Ordres professionnels, aux CNP et à l'agence nationale du DPC. Pour les professionnels diplômés avant 2023, la certification s'appliquera à partir du 1er janvier 2032, mais à partir de 2029 pour ceux diplômés après le 1er janvier 2023. Dans l'intervalle, l'obligation de DPC triennal persiste pour tous. Cet abstract se propose de passer en revue tous les modes de financement possibles actuellement et leurs avantages et inconvénients respectifs. Pour les praticiens hospitaliers à activité libérale, les dépenses liées à la formation (frais d'inscription, déplacements, hôtellerie et restauration) sont entièrement déductibles des revenus de cette activité. C'est la solution la plus simple en termes d'organisation et d'autonomie. Le financement de la formation et des actions labélisées DPC via l'industrie pharmaceutique reste possible, particulièrement dans les congrès où coexistent des sessions scientifiques et des sessions DPC. Aucune avance d'argent n'est nécessaire ; il faut juste anticiper de s'inscrire aux sessions DPC via son compte personnel DPC et ensuite récupérer les justificatifs. L'inconvénient est de bien anticiper, la convention et le détail des prestations devant être validés au minimum 2 mois avant la formation. De plus, certains laboratoires limitent le nombre de congrès et formations pris en charge par médecin et par année civile. Les crédits MERRI attribués à chaque service hospitalier en fonction d'un algorithme obscur via les publications et les participations aux études cliniques sont une autre source de financement possible, surtout pour des congrès internationaux. La demande doit inclure le budget prévisionnel complet, être validé par le chef de service, le chef de pôle, la direction des affaires financières et la direction des affaires médicales. L'avance des frais est très souvent la règle. Ceci est possible sous réserve que la politique de l'établissement permette une utilisation directe des ces crédits MERRI par chaque service, ce qui n'est pas toujours le cas ! L'ANFH (association nationale de formation hospitalière) prend en charge les formations et les diplômes universitaires mais avec des seuils financiers très limités, notamment pour la

restauration et le logement : 17,5 euros par repas et 70 (régions) à 110 (Paris) euros par nuit d'hôtel. Pour le transport, ça reste toujours le bon vieux billet SNCF 2ème classe, même si un billet en 1ère classe avec réservation anticipée ou un billet d'avion low cost est moins cher ! Il n'y pas de limite cependant pour les frais d'inscription. Le circuit est quasi le même que pour les crédits MERRI : autorisations chef de pôle/ chef de service / Direction des Affaires Médicales, avance des frais et remboursement sur justificatif dans un délai de 2 mois (expérience personnelle). Concernant le DPC, pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui constitue pour chaque professionnel une recommandation afin de satisfaire à son obligation triennale de développement professionnel continu. Pour satisfaire à cette obligation, le professionnel de santé doit justifier de son engagement dans le parcours de DPC défini par le Conseil National Professionnel compétent ou justifier au cours d'une période de trois ans, soit de son engagement dans une démarche d'accréditation ; soit de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques. La démarche doit comporter au moins deux de ces trois types d'actions et au moins une action s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires prévues à l'article L. 4021-2. Il peut faire valoir les formations universitaires qu'il aura suivies. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Les établissements de santé, en lien avec l'ANFH, participent au financement et gèrent le DPC des personnels médicaux qu'ils emploient. Tous les professionnels de santé doivent justifier, sur une période de trois ans, de leur obligation de DPC auprès du conseil de l'ordre dont ils dépendent. Ces formations font l'objet d'une prise en compte dans le plan de formation / DPC médical validé par la CME de l'établissement. Une fois ces actions de DPC validées, il faudra les saisir sur le serveur ad hoc ANDPC, très peu pratique selon les (rares) utilisateurs, au contraire de celui des pharmaciens où l'obligation triennale de DPC peut être saisie en moins de 10 minutes. En conclusion, plusieurs modes de financement de la formation médicale continue coexistent, que ce soit pour des actions étiquetées DPC ou non. A chacun de choisir le mode de financement et la voie correspondants à ses objectifs.

#### **16 - Varice au sein d'un diverticule de la face interne du deuxième duodénum.**

Mohamed Bejaoui, Raluka Pop, Mourad Remita, Ana Pigui et Mohamed Ramdani. Service d'Hépatogastroentérologie, Béziers.

Patient âgé de 34 ans avec comme seul antécédent pathologique un diabète insulino-requérant suivi

depuis 2016 à l'étranger pour hépatopathie chronique actuellement compensée d'origine indéterminée. Elle s'est déclarée par une hémorragie digestive par ruptures variqueuses œsophagiennes. Il a bénéficié d'un total de six séances de ligatures élastiques ainsi que d'un traitement médical par des bêtabloquants non cardio-sélectifs en prophylaxie secondaire. La gastroscopie faite dans le cadre du contrôle de l'éradication des varices œsophagiennes met en évidence de façon fortuite une varice au sein d'un diverticule de la face interne du deuxième duodénum.

#### **17 - Une coloscopie pas compliquée qui se complique.**

Valérie Rossi, Carlos Teyssedou - CH du Haut Anjou, Château-Gontier.

Introduction : A propos d'un cas nous revenons sur une complication rare de la coloscopie qu'il ne faut cependant pas méconnaître. Description : Une femme de 57 ans, appendicectomisée, tabagique, sans autre antécédent, est vue en consultation afin de programmer une fibroscopie pour symptomatologie de reflux. Elle insiste pour avoir également une coloscopie en raison de douleurs de fosse iliaque droite survenues 3 mois auparavant et ayant totalement régressé. Les examens sont programmés un vendredi. La coloscopie est réalisée sans difficultés sur un colon bien préparé, et ne retrouve aucune lésion. Il n'y a pas de douleur post-procédure et la patiente est autorisée à retourner à son domicile quelques heures après. Dans la nuit du samedi au dimanche, elle commence à se plaindre de douleurs abdominales dont l'intensité progressivement croissante l'amène à se présenter aux urgences le dimanche matin. A son entrée, elle est très douloureuse (EVA 10). L'hémodynamique est préservée. L'examen clinique retrouve un abdomen sensible au niveau de l'hypochondre gauche, sans défense ni contracture. Une 1ère NFS retrouve une Hb à 10,7. Devant l'absence d'amélioration et une pâleur manifeste, une 2ème NFS est réalisée 4 heures plus tard et retrouve une Hb à 4,6gr. Le scanner demandé en urgence retrouve un volumineux hématome splénique et un hémopéritoine et la patiente sera rapidement splénectomisée. Commentaires : La rupture splénique post coloscopie est une complication rare, estimée entre 1 à 16 cas pour 100 000 colos. Elle touche le plus souvent les femmes d'âge moyen, avec certains facteurs de risque identifiés : antécédent de chirurgie abdominale, anticoagulants ou antiagrégants, gestes thérapeutiques, décubitus dorsal, MICI, inexpérience de l'opérateur, coloscopie difficile. Elle peut être due soit à un traumatisme direct, soit à une traction excessive sur le ligament spléno-colique lors du passage de l'angle gauche. Le diagnostic est affirmé par le scanner. L'embolisation doit être privilégiée

lorsqu'elle est possible, sinon on doit avoir recours à la splénectomie. Cette complication a entraîné une modification de la fiche d'information SFED puisqu'elle n'est pas mentionnée avant 2017.

### **18 - Evaluation du niveau d'information des patients avant endoscopie : une étude pilote.**

Frédéric Moryoussef, Julie Dassonville, René-Louis Vitte. Service d'Hépatogastroentérologie, CH de Poissy.

Introduction : Une grande partie des conflits et critiques ne sont pas liées à un défaut de prise en charge mais plutôt à un défaut de communication. De façon approximative, le facteur « manque d'information-communication » ressort dans un près de 40% des situations de médiations sur notre hôpital. Or, l'endoscopie est une spécialité à risque avec des procédures parfois longues, complexes et à risque de complication. Nous avons donc souhaité évaluer sur notre niveau d'information au patient et surtout leur degré de compréhension.

Méthodes : Nous avons monté un travail observationnel prospectif de recueil de données via un questionnaire sur tous les malades consécutifs venant en HDJ pour endoscopie sur notre site.

Résultats : Nous avons recueilli 72 questionnaires-patients entre septembre 2021 et mars 2022. Les examens réalisés se répartissaient entre gastroscopie, coloscopie, écho-endoscopie et des cholangio-pancréatographies rétrogrades endoscopiques (CPRE). Les principaux prescripteurs étaient le gastro-entérologue (79%) et le chirurgien digestif (11%) vus en consultation dans 86% des cas. 90% des patients avaient signé un consentement avec prise en connaissance des fiches information de la SFED dans seulement 77 % des situations ce qui était compatible avec un score de 25 % de patients non informés des complications éventuelles de leur examen (hémorragie et perforation). 70% des patients étaient informés des signes devant faire consulter (douleurs, hémorragie...). Discussion : Ce travail limité à une courte période dans un seul centre suggère cependant que la signature du consentement est le plus souvent obtenue (elle est nécessaire à la programmation) mais que celle-ci n'est pas toujours accompagnée d'explications orales et écrites sur les risques et la conduite à tenir en cas de complications. Conclusion : Un effort de pédagogie et d'explication par les médecins prescripteurs doit être fait afin d'informer nos patients de façon optimale.

### **19 - Traitement endoscopique réussi d'un gros calcul biliaire impacté dans le duodénum (syndrome de Bouveret) par lithotritie endoscopique au laser.**

T Tatagiba, G Barjonet, W Al Rafei, I Oria, H Osman, S Fayde, GHPP Montélimar.

Nous présentons un rapport de cas d'une patiente atteinte du syndrome de Bouveret avec des résultats radiologiques intéressants, deux interventions chirurgicales et un traitement par lithotripsie endoscopique réussi. Le rapport est suivi d'une revue de la littérature concernant les moyens de diagnostic et le traitement approprié de cette entité rare. Le syndrome de Bouveret fait référence à l'état d'obstruction de la sortie gastrique causée par l'impaction d'un gros calcul biliaire dans le duodénum après le passage à travers une fistule cholécystoduodénale. De nombreuses techniques endoscopiques et chirurgicales ont été décrites dans la prise en charge de ce syndrome. Il s'agit d'un cas d'une patiente de 78 ans sans antécédents médicaux qui s'est présenté en bon état général avec des antécédents de nausées et épisodes de vomissements alimentaires et biliaires. Anorexie, d'inconfort dans l'hypochondre droit et l'épigastre et sans fièvre. Le diagnostic du syndrome de Bouveret a été posé après avoir effectué un Scanner abdominal. Le traitement chirurgical a réussi à extraire un calcul biliaire impacté par une entérotomie de la première partie du jéjunum. Récidive des symptômes après la sortie d'hospitalisation. Nouveau Scanner abdominal pose le même diagnostic d'impaction d'un gros calcul biliaire dans le duodénum. La laparotomie retrouve la présence au niveau du côlon droit d'une grosse lithiase qui fait environ 5 cm de grand axe. Le traitement chirurgical a réussi à extraire le calcul biliaire dans le côlon droit par colotomie. Après chaque intervention chirurgicale la palpation du cadre duodéal ainsi que jéjunale ne trouve rien de particulier. Devant la récurrence de symptômes un nouveau Scanner a confirmé la permanence d'un gros calcul dans le duodénum. Celui-ci a poussé la réalisation d'une endoscopie digestive haute puis un traitement endoscopique par lithotripsie avec sucées et extraction de tous les fragments de calculs par endoscopie dans une seule procédure. Conclusion : L'ablation endoscopique est la technique préférée. L'avantage de l'utilisation de la lithotripsie au laser est le ciblage précis de l'énergie sur la pierre avec un minimum de lésions tissulaires. La lithotripsie endoscopique au laser est une option de traitement sûre et réalisable pour le syndrome de Bouveret.

### **20 - Système d'apposition luminale biliaire HOT AXIOS° : 2020 À 2022 : que sont nos amours devenues ?**

Serge Bellon, Alban Benezech, Andry Raoto, Tina Andriantseno, Julie Sigrand, Jean-Pierre Arpurt. CH d'Avignon ;

Le dispositif médical HOT AXIOS° est en cours d'obtention d'AMM pour le drainage des voies biliaires (dossier HAS du 15/02/2022) mais uniquement réservé à la 2ème intention, à savoir

l'échec d'ERCP. Il y a 2 ans, nous présentions à Annecy notre expérience de ce dispositif dans cette situation. Les résultats étaient suffisamment encourageants pour que nous décidions de l'utiliser en 1ère intention chaque fois que cela serait possible. **Résultats** : De Mars 2020 à Mai 2022, nous avons utilisé le système HOT AXIOS chez 42 patients porteurs d'une sténose maligne de la voie biliaire distale. 32 prothèses ont été placées en 1ère intention. 97% de succès technique (1 échec faisant réaliser un drainage par ERCP). Durée moyenne du geste : 7 min 1 inefficacité primaire à J7 faisant placer une prothèse dans l'AXIOS 2 complications : 1 hémorragie nécessitant une FOGD pour hémostase à J2 et 1 cholécystite nécessitant un geste chirurgical (refusé par la famille du fait du statut palliatif, aboutissant au décès du patient). 5 prothèses bouchées précocement (moins de 3 mois après la mise en place), faisant réaliser un 2ème geste de désobstruction (en moyenne à la 7ème sem). 2 patients ont bénéficié d'une DPC sans gêne pour le chirurgien. **Discussion** : L'utilisation biliaire du dispositif HOT AXIOS° fait l'objet de nombreuses publications (cf JFHOD 2022), mais les analyses de pose en 1ère intention sont plus limitées et « réservées » aux centres experts. Ce qui ne permet donc pas pour l'instant de franchir le pas dans tous les centres qui pratiquent l'écho endoscopie interventionnelle. L'expérience d'un centre ANGH peut-elle aider à se positionner ? Les avantages du dispositif se sont bien sûr vérifiés dans notre expérience. Temps de pose particulièrement rapide, sans changement d'endoscope, la prothèse étant larguée juste après la ponction écho endoscopique. Pas de pancréatite aiguë interférant avec la suite de la prise en charge. 2 de nos patient (4 si on rajoute 2 patients avec stents de 2ème intention) ont été opérés par DPC dans la suite du parcours de soins. Aucune incidence sur l'intervention n'a été notée par l'équipe chirurgicale... En revanche, le déroulement du largage du système, relativement simple en termes d'ergonomie, a été responsable chez nous d'un échec technique par mauvais déploiement de la collerette distale et d'une complication grave par cholécystite (+ 3 autres similaires si on comptabilise les Axios biliaires en 2ème intention et les Axios pour kysto gastrostomie) par mauvais déploiement de la collerette proximale. Ce problème semble avoir disparu depuis que (février 2021 dans notre équipe) la société Boston nous a demandé de finir le largage non pas sous contrôle visuel du repère noir dans le bulbe mais à l'« aveugle », dans le canal opérateur. Par ailleurs sur les 32 stents mis en 1ère intention, 5 (15 %) se sont bouchés dans les 3 mois qui ont suivi la pose. Si on rajoute Les 2 patients qui ont eu besoin d'une 2ème prothèse immédiatement (< J7) par défaut d'efficacité ; Et 1 patient qui a nécessité une FOGD d'hémostase à J2 ; On arrive à 25 % de patients chez qui un 2ème geste précoce a été obligatoire **CONCLUSION** : En 2022 l'intérêt des prothèses

HOT AXIOS° dans le drainage écho endoscopique des sténoses malignes distales de la VBP n'est plus à démontrer. Il faut désormais se positionner par rapport à l'utilisation en première intention. Les études en centre expert plaident pour. Nos résultats en centre ANGH, après 2 ans de mise en pratique, vont dans le même sens. Il faut néanmoins noter que 25 % des patients ont une réintervention précoce et qu'il existe des complications potentiellement sévères. Le processus de formation pour le dispositif doit donc être solide et continu. Par ailleurs la coopération avec son équipe chirurgicale doit être complète pour la gestion de ces complications et l'organisation de la chirurgie pancréatique après HOT AXIOS° qui ne paraît pas modifiée.

## 21 - The safety of endoscopy units during the COVID-19 pandemic.

Margarida Gonçalves, Andreia Guimarães, Tânia Carvalho, Pedro Antunes, Sofia Mendes, João Soares, Bruno Arroja, Ana Rebelo, Raquel Gonçalves, Servicos de gastroenterologia – Hospital de Braga, Portugal.

**Introduction:** The COVID-19 pandemic drastically changed the daily routine of all healthcare systems worldwide and endoscopy units were no exception. Endoscopic exams were considered to have a high risk of transmission, and therefore the safety of endoscopy units and the consequent need for pre-endoscopy SARS-CoV-2 screening were questioned early on. The aim of our study was to assess the safety of endoscopy units during the COVID-19 pandemic, as well as the effectiveness/necessity for SARS-CoV-2 screening prior to endoscopies. **Material e methods:** This is a retrospective and single-center study carried out in a Portuguese Tertiary Hospital. All patients who underwent endoscopic procedures between 1st September of 2020 and 28th February 2021 were included. The pre-endoscopy screening consisted of a specific questionnaire or a RT-PCR test for SARS-CoV-2 (nasal and oropharyngeal swab). Data were obtained through patient's clinical records and the Trace COVID platform. **Results:** A total of 2166 patients were included. Patients had a mean age of 61.8 years and were predominantly male (56.2%, n=1218). Eighty-one (3.7%) patients had previous SARS-CoV-2 infection, with a median difference of 74 days (IQ 40,5:160,5) between infection and endoscopy. Most patients (70.2%, n=1521) underwent PCR screening for SARS-CoV-2 up to 72 hours before the procedure, with the remaining patients (29.8%, n=645) answering a questionnaire of symptoms and risk contacts up to 3 days before endoscopy. Of the patients who underwent RT-PCR screening for SARS-CoV-2, 21 (1.4%) tested positive, and all were asymptomatic at the time of the screening. The evaluation for SARS-CoV-2 infection up to 14 days after the endoscopic exams,



identified 9 positive patients (0.42%) for SARS-CoV-2. The median difference in days between endoscopy and the diagnosis of infection was 10 days. Discussion/Conclusion: Pre-endoscopy screening with RT-PCR test for SARS-CoV-2 identified a very small number of patients with COVID-19 infection as well as patients with COVID-19 infection in the following 14 days. Therefore, the risk of infection in endoscopy units is negligible if screening of symptoms and risk contacts is applied and individual protective equipment is used.

## 22 - Hépatite aiguë après biothérapie pour RCH

Roua Kallel, Hannene Habbassi, René-Louis Vitte. CH de Poissy.

Il s'agit d'un homme de 53 ans sans antécédents particuliers en dehors d'une RCH évoluant depuis 2013. Sa maladie a été traitée par 5ASA puis Betnesol en 2016 suivi d'une augmentation des transaminases (ALT 1,6N, AST 1,1N) spontanément régressive avec bilan étiologique négatif (VHB, VHC, Cholangio-IRM). Poussée modérée en avril 2018 avec une extension lésionnelle pancolique et abcès de la marge anale. Une mise à plat de l'abcès et d'une fistule latérale gauche a été réalisée en urgence avant corticothérapie et immunosuppression par AZATHIOPRINE qui a été poursuivi pendant un an. Introduction d'un traitement par ADALIMUMAB en avril 2019 en raison d'une efficacité incomplète. Apparition d'une dermatose psoriasiforme persistante malgré des soins actifs, et d'une sacro-iliite bilatérale motivant un switch GOLIMUMAB le 15/04/20 (Transaminases, GGT et PAL normales en février 2020). Efficacité initiale sur la plan digestif et rhumatologique avant échappement thérapeutique colique à 3 mois : 7 à 8 émissions quotidiennes avec saignement. Explorations biologiques : CRP=5mg/l, TR golimumab bas, pas d'AC anti golimumab. Endoscopie : atteinte du recto-sigmoïde avec signes d'activité (UCEIS=4). Décision de swap USTEKINUMAB avec première perfusion le 03/08/2021 de 520 mg puis injection sous cutanée de 90 mg le 02/10/2021. Tests hépatiques (AST, ALT, GGT, PAL) normaux en mars et juillet 2021. Survenue d'une ascension progressive des transaminases à partir du 30/08 (ALT 1,6N, AST 1,1N) avec un maximum le 9/11 (AST 6N, ALT 13N), sans cholestase et sans aucun symptôme hépatobiliaire. Quel est votre diagnostic ? Quelle conduite proposer ?

## 23 - Repérage et prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool par des médecins d'un hôpital général public : il faut diffuser les recommandations de l'AFEF !

M. Medmoun (1), G. Fantognon (1), H. Zougmore (1), B. Affeltranger (1), P. Pulwermacher (1), R. Smadhi (1), D. Belloula (1), G. Pulwermacher (1), T.

Lemagoarou (2), C. Barrault (3), J.F.D. Cadranel (1). (1) Service d'Hépatogastroentérologie, Nutrition, Alcoologie, GHPSO Creil, (2) DIM, GHPSO Creil, (3) Service d'Hépatogastroentérologie, d'Addictologie, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

Introduction : Le trouble de l'usage d'alcool (TUA) représente une des principales causes d'hospitalisation avec un coût sanitaire et financier important. Le repérage précoce avec intervention brève recommandé en soins de 1ère ligne a montré son efficacité, toutefois il existe peu de données sur ce sujet à l'hôpital. Le but de cette étude était d'évaluer les pratiques des médecins hospitaliers (MH) sur le repérage et la prise en charge (PEC) des patients (pts) ayant un TUA. Matériels et méthodes : Etude prospective monocentrique utilisant un questionnaire en ligne. Le questionnaire, anonyme, explorant les connaissances et les pratiques comportait 27 items. Il était adressé à l'ensemble des MH cliniciens juniors et seniors exerçant dans les unités MCO d'un hôpital général sur une période d'un mois avec une relance. Résultats : 238 MH ont été sollicités par courriel. Parmi eux, 88 ont répondu (âge moyen 42 ans, 48 % de femmes) et 77 (32%) questionnaires étaient exploitables. Les spécialités les plus représentées étaient : Urgences, Gériatrie, Médecine Polyvalente, Cardiologie, Hépatogastroentérologie. Concernant le repérage, 57,9 % des MH interrogeaient systématiquement leurs pts sur leur consommation d'alcool quand 5,5 % n'abordaient jamais la question. Ils évaluaient leur score d'auto-efficacité pour repérer le TUA à 4,48/10, permettant à 46 % des MH d'identifier un TUA chez 21,1% de leurs patients. Toutefois, seuls 28,6 % des MH connaissaient un questionnaire de repérage du TUA (DETA, l'AUDIT et FACE) et parmi eux 86,9 % n'en faisaient rarement ou jamais usage. Passée l'étape du repérage, 72,8 % des MH disaient ne pas savoir quoi proposer face à un TUA. Les obstacles identifiés étaient : le manque de formation en addictologie (80 % des MH rapportaient n'en avoir jamais bénéficié), la minimisation des consommations par les pts et le faible taux de réussite thérapeutique. D'ailleurs, en présence d'une alcoolémie positive, 38,3 % des MH ne proposaient une PEC addictologique qu'en présence de signes de dépendance ou de complications somatiques. En effet, 66,2 % des MH ignoraient l'existence d'une équipe mobile d'alcoologie au sein de leur hôpital, 72,4% ne connaissaient aucun C.S.A.P.A de leur région et 49,4 % n'avaient jamais adressé de patients à un addictologue. Ils se disaient également largement intéressés (88,3%) par une formation sur l'offre de soins alcoologique. Conclusion : Les résultats de cette enquête montrent la difficulté des MH exerçant en hôpital général pour repérer et prendre en charge les TUA chez leurs pts. Les fortes recommandations émises récemment par l'AFEF (G1+) insistent sur une évaluation systématique de la consommation d'alcool, sur l'utilisation du

questionnaire AUDIT – C pour repérer le TUA et l'implémentation de la pratique de l'intervention brève. Des formations à destination des MH doivent donc être mises en place. A la suite de cette enquête, une étude concernant l'usage de l'AUDIT – C en repérage de routine va être débutée dans notre hôpital.

#### **24 - Modalités pratiques de la ponction d'ascite ambulatoire en centre hospitalier non universitaire** Enquête ANGH - CREGG.

J.F.D Cadranel (1), H.T. Zougmore (1), M. Medmoun (1), J.R. Ngele Efole (1), R. Smadhi (1), G. Fantognon (1), M. Laville (1), L.Costes (2), A. Baron (3), G. Macaigne (4), J.J. Meurisse (5), X. Causse (6), I. Rosa (2), J.A. Seyrig (7), C. Locher (8), A. Remy (9), G. Barjonet (10), J. Henrion (11), M. Schnee (12), A. Landrau (13), F. Leclercq (1), T. Lemagaorou (1) (1) GHPSO Creil, (2) CHIC Créteil, (3) CH Corbeil, (4) CH Jossigny, (5) CH Bourg en Bresse, (6) CH Orléans, (7) CH Pontivy, (8) CH Meaux, (9) CH Perpignan, (10) CH Montélimar, (11) Jolimont, Belgique, (12) CH La Roche sur Yon, (13) CH Dreux, ANGH, CREGG

Introduction – but de l'étude : De nombreuses questions notamment organisationnelles se posent aux équipes paramédicales et aux praticiens concernant les ponctions d'ascite thérapeutiques réalisées en ambulatoire. Le but de cette étude de pratique ANGH / CREGG adressée aux responsables de structure ou équivalents et/ou responsables d'hôpitaux de jour membres de l'ANGH ou pas et aux médecins exerçant en milieu libéral, était de répondre à un certain nombre de questions concernant l'organisation médicale et paramédicale des ponctions d'ascite ambulatoire. L'étude a débuté fin novembre 2021 et est actuellement en cours. Méthodes : Un questionnaire Google forms a été envoyé à l'ensemble des responsables de structures et/ou responsables d'hôpitaux de jour de l'ANGH de tous les hôpitaux généraux membres ou non de l'ANGH et des membres du CREGG. Etaient analysés les données démographiques, âge, sexe, le type d'exercice, hôpital général, activité libérale ou mixte, la région d'exercice, la spécialité prédominante hépatologie ou gastroentérologie ; le statut, chef de service, chef de structure, responsable d'hôpital de jour, de semaine, la participation à des sociétés savantes ANGH, CREGG, SNFGE, AFEF. Etaient posées des questions d'organisations générales : structure réalisant la ponction d'ascite ambulatoire dans votre hôpital : le service, l'hôpital de jour multidisciplinaire, l'hôpital de jour du service, l'hôpital de semaine du service, l'hôpital de semaine multidisciplinaire. Qui pratique la ponction d'ascite thérapeutique ? infirmière, externe, interne ou équivalent, assistant, PH, chef de service, tous. Y avait-il une limite maximale de litres à évacuer lors d'une ponction d'ascite ? Quelle quantité ? A l'issue de la ponction, qui retire l'aiguille de ponction ? Le

médecin qui a réalisé la ponction d'ascite, un autre médecin du service, une infirmière. En cas de ponction d'ascite programmée en ambulatoire, pratiquez-vous une ponction d'ascite exploratrice ? jamais, toujours, parfois et selon quels critères. Utilisation des bandelettes ou pas. Quel est le point de ponction d'ascite. Utilisez-vous un repérage échographique en cas de ponction d'ascite difficile. L'utilisation en cas de ponction d'ascite difficile d'un repérage échographique. Utilisez-vous une anesthésie locale : patch Emla, Xylocaïne, Bicarbonate ou autre. Existe-t-il dans le service un protocole d'administration de l'albumine. Y-a-t-il des modalités de surveillance paramédicale de la ponction d'ascite et quel temps moyen passe l'équipe paramédicale ? 30 minutes, 1 heures ou plus. Le patient sort-il avec un rendez-vous pour la prochaine ponction d'ascite ? Est-il évalué pour un autre type de traitement en cas d'ascite chronique et lequel. Résultats : Au 1er avril 2022, 48 réponses ont été obtenues, il s'agissait de 70,2 % d'hommes, 29,8 % de femmes. 95,8 % des praticiens exerçaient en CHG. Tous les répondants étaient membre de l'ANGH ou travaillaient dans des hôpitaux généraux, à ce jour pas de réponse des membres du CREGG. La spécialité prédominante était la gastroentérologie pour 50,2 % des répondants, 37,5 % l'hépatologie, 8,3 % une autre spécialité. Concernant le statut, 71,5 % étaient chef de service ou chef de structure et 24 % responsables d'hôpital de jour. La majorité des ponctions d'ascite ambulatoire était réalisée en hôpital de jour multidisciplinaire pour 70,8 % des répondants (34), en secteur d'hospitalisation classique pour 12 d'entre eux (25 %), en hôpital de jour du service pour 10 (20,8 %). 60,4 % des répondants avaient une limite maximale de liquide de ponction d'ascite, le maximum étant de 18 litres. La ponction d'ascite était retirée dans 12,5 % (6) par celui qui a réalisé la ponction d'ascite, dans 12,5 % (6) par un des médecins indifféremment et dans 87,5 % (42) par une infirmière du service. Une ponction exploratrice était utilisée toujours dans 43,8 % des cas et parfois dans 52,1 % des cas. La bandelette utilisée était majoritairement une bandelette multistix (85,6 % pour 6 répondants). Le point classique de ponction classique était utilisé par 77,8 % des répondants. 19,8 % utilisaient le trajet en baïonnette pour éviter des fuites d'ascite. Une aiguille courte de longueur 4 cm était utilisée par 29,8 % des cas et dans 31,9 % une aiguille longue. 54,3 % des répondants laissaient l'aiguille en place et 45,7 % ne la laissaient pas en place. En cas d'utilisation d'un cathlon, le cathlon était laissé en place dans 78,5 % des cas. En cas de volumineux œdème de la paroi, 83 % des répondants utilisaient une aiguille longue de 7 cm, diamètre interne 1 mm. 95,8 % des répondants (48 réponses) utilisaient un repérage échographie en cas de ponction difficile. 72,5 % n'utilisaient pas d'anesthésie locale avant ponction et 37,5 %

utilisaient une anesthésie. Dans ces cas-là, il s'agissait (21 réponses) dans 28,6 % de patch Emla et dans 61,9 % de Xylocaïne bicarbonate. La majorité des répondants n'utilisaient pas de kit de ponction (70,8 %). 89,6 % des ponctions étaient réalisées par gravité et 5 % par aspiration au vide mural. 95,8 % des répondants avaient un protocole d'administration de l'albumine, écrit dans 69,6 %. La perfusion d'albumine était majoritairement débutée pendant la ponction et poursuivie pendant la ponction dans 83,3 % des cas et après la ponction dans 14,5 % des cas. 55,3 % des répondants avaient un protocole de surveillance paramédicale de la ponction d'ascite. Le temps moyen pour lequel une IDE était mobilisée était de moins de 30 minutes dans 25 % des cas, entre 30 minutes et une heure dans 37,5 % des cas et de 1 heure ou plus dans 23 %. Les patients sortaient un rendez-vous de prochaine ponction d'ascite dans 89,1 % des cas. 44 % des patients revenaient avec un bilan sanguin. 80 % des patients sortaient en général sans autre exploration. Commentaires : Dans cette étude ANGH / CREGG qui se poursuit et qui fera l'objet d'une soumission aux prochaines JHFOD, 48 réponses ont été obtenues à ce jour. Tous les médecins répondants étaient membres de l'ANGH ou exerçaient en hôpital général (la relance est faite auprès des médecins du CREGG et auprès de certains CHG). Il est intéressant de mettre en exergue ces résultats avec la présentation à l'ANGH d'Avignon publiée dans le numéro spécial de Hépatogastro Oncologie Digestive (volume 28, 7 page 30) présentée par Dominique Humbert relatant la prise en charge des ponctions ambulatoires par les IDE du centre hospitalier Paul Brousse. Dans notre enquête, la ponction d'ascite n'était jamais posée par une IDE mais en revanche elle était presque toujours retirée par une IDE. Il est à noter également que les modalités sont relativement homogènes en ce qui concerne la perfusion d'albumine et que cette activité prend un temps important aux infirmières. L'anesthésie est assez souvent réalisée, pour la plupart des répondants, il n'y a pas de limite vraie de liquide de ponction d'ascite. Beaucoup de services ont des protocoles écrits. Nous remercions l'ensemble des répondants à cette étude qui se poursuit.

### 25 - Une hépatite virale pas si virale que ça !

Eugénie Chevalier, Bénédicte Lambare, Aurore Baron. CHSF Corbeil Essonnes.

Madame M., 36 ans, consulte une première fois en août 2021 pour l'apparition de douleurs abdominales à type de pesanteur de l'hypochondre droit, une asthénie, des céphalées, et un fébricule à 38°C. Dans ses antécédents, on note une boulimie pendant son adolescence, puis une obésité à l'âge adulte, compliquée d'un diabète gestationnel. Elle pèse actuellement 73 kg, et mesure 162cm. Elle ne prend aucun traitement. La biologie réalisée est la suivante : ASAT 1204 U/L, ALAT 2234 U/L, GGT 21

U/L, PAL 60 U/L, TP 86%. Le bilan étiologique de cette hépatite aiguë avait comporté une échographie doppler hépatique sans anomalie morphologique, un bilan immun négatif et des sérologies virales négatives (VHA, VHB, VHC, VHE, CMV) hormi une sérologie EBV positive (IgG et IgM). Après cet épisode d'hépatite virale aiguë, le bilan hépatique se normalise. Mais en décembre 2021, la patiente revient en consultation pour un tableau clinique similaire. Dans ce contexte, quelles précisions demandez-vous à Madame M. ? Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

### 26 - Un cas clinique qui casse des briques !

Nadia Darwane, Isabelle Rosa, Mathias Vidon, Anne Wampach. CHI de Créteil.

Mme M-A, 52 ans, se présente à votre consultation fin Août 2021 adressée par son médecin traitant, pour ictère avec prurit. Elle n'a pas d'antécédents médicaux-chirurgicaux, a 2 enfants en bonne santé, ne fume pas, ne consomme pas d'alcool. Début Août 2021, dans les suites d'une infection à COVID-19, elle a présenté un ictère avec prurit, sans lésion cutanée, associé à une perte de poids de 4 kg, pour lequel elle a consulté son médecin traitant. Il n'existe pas de prise de médicaments, pas de consommation de drogues, elle n'a jamais voyagé en dehors de la France hormis pour aller au Portugal. Le bilan biologique réalisé le 04/08/2021 montrait : GB 6,8 G/L CRP 1 mg/l Hb 12,1 g/dl ASAT 3N ALAT 5N PAL 2N GGT N bilirubine totale 30 µmol/l. Le bilan biologique réalisé le 28/08/2021 montrait : GB 6,9 G/L CRP < 0,6 mg/l Hb 12 g/dl ASAT 40 UI/L ALAT 34 UI/L PAL 4N GGT 1,5N bilirubine totale 277 µmol/l dont 246 de bilirubine conjuguée TP 69%. Sérologies VIH, VHB, VHC, VHA, VHE négatives, sérologies EBV CMV profil immunisé. Elle vous ramène également les résultats d'une échographie abdominale réalisée en ville le 17/08/2021 : foie régulier non dysmorphique, pas d'ascite, pas de dilatation des voies biliaires intra ni extra hépatiques, vésiculaire biliaire alithiasique. L'examen clinique en consultation ne retrouve qu'un ictère cutanéomuqueux avec d'importantes lésions de grattage. Elle pèse 43 kg contre 47 kg fin Juillet 2021, pour une taille de 1m61. Intrigué par cette patiente, vous poursuivez l'enquête diagnostique avec d'autres examens complémentaires : un bilan d'auto-immunité qui s'avère être normal, et une IRM des voies biliaires également normale. Parallèlement à ce bilan, le tableau clinique et biologique de la patiente commence à s'améliorer spontanément... Que vous inspire ce tableau clinique ? Comment avanceriez-vous pour confirmer ou infirmer vos hypothèses diagnostiques ? Suite au prochain épisode !



## Les échos du Conseil scientifique

Dr Armand Garioud (Villeneuve-Saint-Georges)

### ● Renouvellement

Cette année, le Conseil scientifique a été renouvelé avec l'élection de deux nouvelles membres, Marion JAGER de Saint-Denis (93) et Juliette VERLYNDE de Dunkerque ! Bienvenue à elles ! Un nouveau renouvellement aura lieu en fin d'année avec un nouvel appel à candidatures qui sera lancé courant octobre 2022.

### ● Congrès 2022

Cette année, ce fut aussi le retour des JFHOD en présentiel avec 5 communications présentées pour l'ANGH : **APA-MICI** sur l'activité physique chez les patients MICI (M.JEAY, S.NAHON), **ETICC** sur l'impact de la Covid 19 sur la prise en charge du cancer colorectal (M.BESNARD, S.NAHON) mais aussi les résultats de 3 enquêtes comme nous savons bien les faire : **astreinte d'endoscopie digestive en CHG** (M.PETIET, C.LOCHER), **endoscopie pédiatrique en CHG** (A.GARIOUD, T.PAUPARD) et **état des lieux des connaissances et pratiques sur l'hépatite B/D** (JF.CADRANEL). Ce dernier travail a également été présenté en poster à l'EASL en juin 2022 ! Bravo à tous !

### ● 30<sup>ème</sup> Congrès Aix-en-Provence 2022

Ce ne sont pas moins de 31 soumissions qui ont été reçues pour notre 30<sup>ème</sup> Congrès : 18 cas cliniques pour nos Jeunes et 13 comm' originales. Le CS de mai a permis d'en sélectionner les meilleures pour vous proposer un programme scientifique de qualité tout en respectant le format qui avait bien fonctionné l'année passée en Avignon. 4 conférenciers nous rejoindront pour nous parler de leurs thématiques de prédilection dont le Pr Serge ERLINGER, le local de l'étape ! Merci à eux ! Grande nouveauté cette année à destination de nos Jeunes qui sont l'avenir de l'ANGH, le 1<sup>er</sup> « **Atelier pratique** » qui les familiarisera à la prise en charge des hépatites chroniques virales en consultation. Merci au Pr M.BOURLIERE, Président de l'AFEF de participer à sa création en l'animant avec Isabelle ROSA. Bref, tout est fin prêt pour que Aix soit une réussite !

### ● Etudes

Ce n'est pas moins de quatre études pour lesquelles les inclusions sont toujours en cours. Il s'agit de **GANASH** (IP. A.GARIOUD), l'étude de cohorte prospective de suivi des patients NASH dans nos CHG (début : 09/21, > 100 patients inclus, fin : 03/23), de **VACCIR** (IP. A.BARON), l'étude sur la couverture vaccinale de nos patients cirrhotiques (début 09/2021, > 300 patients inclus, fin juin 2022), de **DEPIST C ENDO** (IP. AJ.REMY), l'étude sur le dépistage de l'hépatite C chez les patients hospitalisés pour une endoscopie digestive (début : février 2022, durée 6 mois) et de **PANAGHE** (IP. JF.CADRANEL), l'étude sur la prise en charge globale de l'hépatite alcoolique aiguë sévère dans nos hôpitaux (début : avril 2022, fin : janvier 2023).

Pour plus d'informations et obtenir les documents de ces protocoles et y participer : scanner ci dessous !



Pour accéder au Google Forms pour participer à PANAGHE : scanner ci-dessous !



### ● LANCEMENT CAPABLES

2022 sera évidemment marquée par le lancement de **CAPABLES** dont nous vous avons déjà parlé. Cette étude coordonnée par F.MORYOUSSEF, G.MACAIGNE et D.GRASSET sera en effet lancée à l'occasion de notre Congrès. Elle a pour ambition d'évaluer les pratiques de renutrition des patients atteints de pancréatite aiguë biliaire et de comparer les événements entre deux groupes en fonction du mode de renutrition choisi (orale vs sonde

nasogastrique). Félicitations à l'équipe pour l'obtention de cette Bourse FARE de 20000€ - remise à l'occasion des JFHOD 2022- qui permet d'en faciliter le développement (e-crf etc...). De nombreux centres de l'ANGH ont déjà rejoint le projet sans compter les CHU qui intéressés par la thématique ont rejoint l'aventure !



F.Moryoussef et G.Macaigne lors de la remise de la Bourse FARE - JFHOD 2022

Cet ambitieux projet occupera une large part de la "Session Protocoles" du samedi matin.

## Partenariats de l'ANGH

L'ANGH relaie 2 études mises en place par le CHU de Grenoble (Nicolas Mathieu) et le **GETAID** dont le but est d'évaluer le maintien de l'efficacité et de la tolérance à 1 an après un switch de l'infliximab IV vers SC (**étude PEREM**) ou après un switch du vedolizumab IV vers SC (**étude DOPER**). Elle concerne les patients MICI en rémission avec des évaluations biologiques et par questionnaires (IBD Disk et SADMED-Q) tous les 3 mois. 9 centres ANGH incluent dans PEREM et 6 dans DOPER.

Vous pouvez retrouver dans cet ANGH'Info l'expérience du CH Annecy-Genevois relatée par Frédéric Heluwaert page 33.

Après sa participation à l'étude ICARE 1, l'ANGH participera à l'étude **ICARE 2** dirigée par J.Kirshgesner et M.Fumery pour le GETAID. Elle a pour objectif d'évaluer le bénéfice risque des nouvelles biothérapies et autres petites molécules ainsi que leur impact sur l'histoire naturelle de la MICI dans une cohorte de 5000 patients. 15 centres ANGH ont émis le souhait d'inclure des patients dans cette étude.

Autre partenariat d'intérêt, la participation prochaine des centres ANGH à l'étude européenne **Gut-bAlome** portée pour la France par R.Benamouzig. Les autres pays européens participants sont l'Allemagne, l'Autriche, l'Irlande, la Roumanie, Chypre et les Pays-Bas. Un des objectifs de cette étude de grande envergure est d'avoir une banque

de données métagénomiques du microbiote fécal et salivaire européen et en couplant ces signatures fécales et salivaires du microbiome à la coloscopie de pouvoir améliorer et affiner le dépistage du cancer colorectal qui actuellement repose sur le FIT.



Il s'agit de votre **Espace adhérent** sur le site de l'ANGH.

Il vous permet un **accès privilégié**

- aux diaporamas des communications présentées lors des Congrès,
- à des informations spécifiques adhérents
- à des documents professionnels en HGE
- à tous les détails des études ANGH
- à vos données personnelles (cotisations etc...)
- ainsi qu'à d'autres informations...

**Pour vous inscrire à l'ANGH et obtenir des identifiants** (après règlement de votre cotisation):



Scannez-moi !

## Participez à l'ENQUÊTE du CONGRES

**Enquête nationale de pratique de la cancérologie digestive en CHG.** Ce questionnaire a pour but d'apprécier les modalités de prise en charge de la cancérologie digestive dans nos centres et ainsi que nos capacités à participer activement à la recherche clinique en cancérologie digestive.

Répondez à ce quelques questions élaborées par Y.-H.Lam (La Roche-sur-Yon) et validez vos réponses à l'occasion du Congrès!

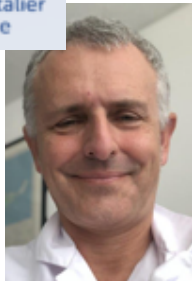


Scannez-moi !



## L'Intelligence Artificielle en endoscopie.

Partage d'une



expérience en coloscopie diagnostique.

*Drs T. Paupard et J. Verlynde. Service d'Hépatogastroentérologie-Centre Hospitalier de Dunkerque.*

**L'**intelligence artificielle (IA) fait partie de la nouvelle révolution numérique du 21<sup>ème</sup> siècle. Il s'agit d'un concept informatique qui tente d'imiter l'intelligence humaine. Son développement apparaît presque sans limites. L'IA s'est déjà implantée dans de nombreux secteurs de la médecine, y compris, l'endoscopie, en tant qu'outil d'aide au diagnostic. Grâce à l'IA, un dispositif médical pourrait en théorie être enrichi progressivement par la somme des expériences dans son domaine (« Deep learning »). Un service de radiologie pourrait, par exemple, bénéficier de l'expérience des diagnostics de toutes les images en radiologie progressivement traitées par ce dispositif (1).

Ainsi, il est rapidement apparu que l'IA pouvait améliorer de façon très significative le taux de détection endoscopique des lésions coliques.

En effet, les cancers colo-rectaux d'intervalle (CCRI) après coloscopie sont un sujet de préoccupation essentiel dans notre spécialité. Ils sont aussi source de recours sur le plan juridique.

Le problème du CCRI est une notion ancienne, contemporaine du développement de la coloscopie et représente sans doute la « complication » la plus fréquente et souvent la plus grave de cette technique. Les retards diagnostiques induits sont délétères pour les malades, avec le risque de découverte d'une lésion colique potentiellement à un stade avancé.

La définition du CCRI est épidémiologique et clinique : le taux de CCRI correspond au pourcentage de cancers découverts dans l'intervalle entre deux examens par rapport à l'ensemble des cancers diagnostiqués sur la période concernée. Certains auteurs utilisent l'expression de CCR post coloscopie ou « Post Colonoscopy Colo Rectal Cancers » (2).

Dans les études publiées, il existe plusieurs critères diagnostiques. Le critère habituellement admis est un cancer colo-rectal (CCR) survenant dans un intervalle de 6

mois à 3 ans après la dernière coloscopie considérée comme normale, mais le délai peut être élargi à 5 ans. Certains distinguent des CCRI précoces avant 3 ans et les CCRI plus tardifs, différés, découverts après la 3<sup>e</sup> année de suivi et jusqu'à 10 ans.

Van Rijn et al. (3) ont analysé les données de 6 études antérieures à 2006. Ils ont mis en évidence un taux de polyadénomes méconnus de 2,1 %, 13 % et 26 % respectivement pour les lésions de plus de 10 mm, de 5 à 10 mm et de moins de 5 mm. D'autres auteurs ont montré un risque de 6% de méconnaître un polype de plus de 10 mm, dont la taille peut déjà correspondre à un cancer débutant.

Il est admis que les progrès technologiques, l'importance de plus en plus grande accordée à la qualité des préparations **et l'apport de l'intelligence artificielle en endoscopie** permettront de diminuer sensiblement le risque de méconnaître de telles lésions. Dans ce contexte, il apparaît important d'être également vigilant sur l'ancienneté des coloscopes utilisés en termes d'obsolescence technologique, de traçabilité et de mise à niveau technique régulière des appareils.

Par comparaison, le taux de faux négatifs en coloscanner est estimé entre 11 et 17 % pour les lésions de taille supérieure à 1 cm. La majorité des CCRI siègent préférentiellement au niveau du côlon droit.

Certains auteurs évoquent des facteurs favorisant à la découverte de CCRI :

- Une préparation insuffisante, potentiellement plus fréquente chez les personnes âgées et fragiles ayant des comorbidités ;
- Une diverticulose ;
- Certaines maladies cardiovasculaires comme l'insuffisance cardiaque, le diabète, les AVC, les maladies chroniques du foie... ;
- Des antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne chez la femme ;
- Un antécédent de polypectomie lors d'une coloscopie antérieure ;
- L'existence d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ;

D'autres facteurs entrent également en ligne de compte comme l'expérience de l'opérateur et le temps de descente du coloscope pour l'examen attentif de la muqueuse colique qui doit être d'au moins 6'. Ce temps de retrait du coloscope doit désormais être tracé dans le compte-rendu et est opposable.

*Au total, et pour faire simple, les lésions oubliées représenteraient environ 2/3 des CCRI (60 %), les résections incomplètes 1/4 (23 %) et les CCRI « de novo » moins de 1/5 (17 %).*

Cela signifie que les CCRI correspondent dans près de 83% à la réalisation de coloscopies imparfaites dans leurs objectifs de diagnostic et/ou de traitements complets des polypes.

*« Les lésions « oubliées » (ou non vues) rendent donc compte du plus gros contingent des CCRI. C'est le problème majeur qui est directement lié à la qualité de l'examen et à la méticulosité de l'exploration colique. » (P. Pienkowski) (2).*

Ainsi, l'IA permettrait d'homogénéiser la qualité des pratiques et la puissance diagnostique de la coloscopie de dépistage qui reste très opérateur dépendant. En effet, la fatigue, le manque de concentration, ou l'expérience

faible de l'opérateur peuvent interférer avec la qualité de l'examen.

Une étude randomisée multicentrique très récente avec une méthodologie rigoureuse (230 patients-8 centres) a permis de montrer que le recours à l'IA permettait de réduire le taux d'adénomes manqués de 32,4% à 15,5% (OR 0,38%), indépendamment de la taille du polype et du segment colique. Le taux de faux négatifs était de 6,8% versus 29,6% respectivement avec et sans IA (4).

L'IA s'est également avérée utile dans la détection et la caractérisation des signes d'activité des colites inflammatoires. En endoscopie digestive haute, les modèles d'apprentissage profond ou « deep learning » paraissent intéressants dans le diagnostic et la prise en charge des maladies du tube digestif supérieur, telles que les pathologies liées au reflux gastro-œsophagien comme l'œsophage de Barrett et la détection des cancers gastriques superficiels. D'autres modèles sont également en développement en échocardiographie, notamment pour la caractérisation des lésions pancréatiques, et pour l'endoscopie capsulaire (5,6).

Comme pour toute innovation médicale, il existe des phases successives de développements et d'évaluations avant la mise en œuvre dans la pratique médicale quotidienne. L'IA est en effet une rupture de paradigme dans la pratique de l'endoscopie. La réglementation, les problématiques économiques et organisationnelles sont ainsi des étapes à franchir.

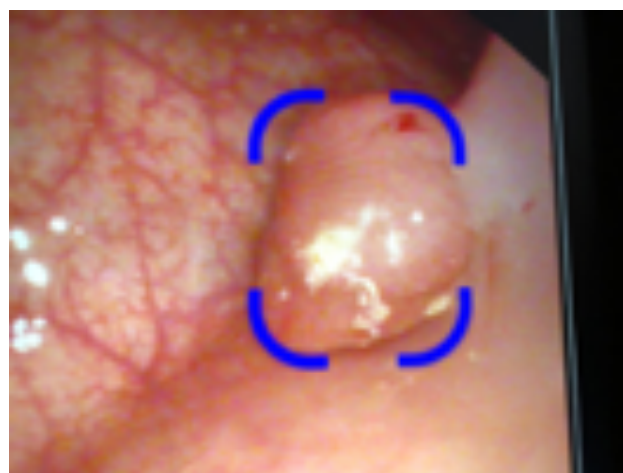
Actuellement, le recours à l'IA est en marche. La technique apparaît déjà mature. Il reste à enrichir et améliorer les banques de données d'images endoscopiques (« big data ») afin qu'elles soient les plus « pures » possibles.

En matière de politique de dépistage endoscopique du cancer du colon, les premières études scientifiques de validation sont en cours.

L'IA va devenir dans un avenir proche un outil indispensable en endoscopie digestive, non seulement pour le dépistage mais également dans l'aide à la caractérisation des lésions.

En ce qui nous concerne, nous avons été l'une des premières équipes en France à essayer le module Pentax d'IA « Discovery ». Nous avons rapporté cette première expérience en 2020, au 28<sup>ème</sup> congrès de l'ANGH à Annecy. Il s'agit pour le moment d'un outil purement d'aide au dépistage des polypes coliques. Le système DISCOVERY™ a été élaboré à partir d'une base de données d'images incluant les lésions les plus difficiles à dépister. Cette base de données contient des milliers d'informations dédiées à chaque type de polype, annotées dans des centres reconnus d'endoscopie du monde entier.

Nous avons testé au sein de notre équipe le module sur une dizaine de malades. Nous avons utilisé deux écrans, un sans la détection IA, l'autre avec l'IA en parallèle. L'utilisation de ce module était simple à installer et à utiliser. Son pouvoir de détection nous a semblé sensible



et spécifique. Il nous a permis d'être alertés en temps réel dans la détection des petits polypes indépendamment de leur forme et notamment pour les lésions planes parfois difficiles à visualiser. Rapidement, nous avons eu la sensation d'avoir une aide utile avec une performance augmentée de détection. Notre « œil humain » permettait dans un 2<sup>ème</sup> temps la caractérisation rapide de la lésion (Figure 1.). Nous n'avons pas été gênés par l'interférence avec les matières fécales résiduelles. Des études ultérieures seront nécessaires pour déterminer s'il existe un gain de temps global pour le dépistage.

Figure 1. Polype détecté par le module Discovery-Pentax ; signalement sonore et visuel de la lésion en temps réel.

En conclusion, nos premières impressions ont été bonnes. Ce nouvel outil nous est apparu comme incontournable dans un avenir très proche. En dehors de la problématique du coût qui devra être intégré dans les prochaines offres commerciales des constructeurs, l'obligation de l'utilisation de l'IA au cours des coloscopies de dépistage pourrait s'imposer, dans un avenir proche, comme une nouvelle exigence sur le plan médico-légal.

**Références : Le praticien connecté. Livre blanc, 2<sup>ème</sup> édition. Edimark SAS 2021.**

1. Les cancers d'intervalle après coloscopie. P. Pienkowski. PostU 2015 : 265-72.
2. Van Rijn JC, Reitsma JB, Stoker J, et al. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. Am J Gastroenterol 2006;101:343-50.
3. Impact of Artificial Intelligence on Miss Rate of Colorectal Neoplasia. MB. Wallace et al. Gastroenterology 2022;163:295-304.
4. Current status of artificial intelligence analysis for endoscopic ultrasonography. Kuwahara et al. Digestive Endoscopy 2021; 33: 298-305.
5. Artificial intelligence and deep learning for small bowel capsule endoscopy. R. Trasolini et al. Digestive Endoscopy 2021; 33: 290-297.



## Baveno VII Dépistage et prise en charge de l'hypertension portale cirrhotique, Quelles nouveauautés ?

Dr Marion Jager (Saint-Denis)

Les recommandations de Baveno VII parues en décembre 2021 mettent l'accent sur le dépistage et la prise en charge à la carte de l'hypertension portale (HTP).

### Rappels

Baveno VI a vu abandonner le terme de cirrhose compensée au profit de celui de maladie chronique du foie avancée compensée (cACLD), regroupant les hépatopathies chroniques pré fibrosantes (F3) et fibrosantes (F4). Cette transition a été possible grâce à l'avènement des tests non invasifs de fibrose, dont le Fibroscan évaluant l'élasticité hépatique et permettant de prédire la survenue des complications de la cirrhose. Un dépistage de l'HTP endoscopique était jusqu'alors effectué en cas de thrombopénie (plaquettes (PQ) inférieures à 150 G/L) et / ou de fibroscan supérieur à 20 kPa, permettant ainsi d'éviter jusqu'à 20% d'endoscopies inutiles.

### Diagnostic

Les nouvelles recommandations ont permis d'affiner les critères de dépistage de l'hypertension portale cliniquement significative (HPCS) au cours de la cACLD, pour un dépistage à la carte :

- Le Fibroscan doit être effectué à deux reprises au diagnostic (ou être associé à un marqueur biologique non invasif de fibrose), puis chaque année au cours du suivi.
- Son interprétation repose sur la règle des 5 (10-15-20-25 kPa), permettant de classifier avec précision le risque de décompensation en lien avec l'HPCS, indépendamment de l'étiologie de l'hépatopathie.

L'HPCS est :

- \* exclue si Fibroscan < 10 kPa
- \* exclue si Fibroscan < 15k Pa et PQ > 150 G/L
- \* présente entre 15 et 20 kPa si PQ < 110 G/L
- \* présente entre 20 et 25 kPa si PQ < 150 /L
- \* certaine si Fibroscan > 25 kPa

### Prise en charge

En cas d'HPCS suspectée sur les paramètres sus cités, une prophylaxie primaire par bêtabloquants

non-sélectifs (BBNS) est indiquée sans avoir recours à une endoscopie au préalable. Le Carvédilol doit être privilégié, puisqu'il a fait preuve de sa supériorité sur le Propranolol de part son action vasodilatatrice (action anti alpha adrénergique). Une fois les BBNS débutés, il n'est pas nécessaire de contrôler l'endoscopie.

En cas de contre indication ou d'intolérance aux BBNS, les recommandations de Baveno VI peuvent être appliquées. Toutefois, en cas de cACLD d'origine virale, une élasticité splénique inférieure ou égale à 40 kPa permet de surseoir à l'endoscopie, la probabilité qu'il existe des varices de grande taille étant faible.

Ces recommandations ne s'appliquent pas aux patients ayant une hépatopathie chronique décompensée. Chez les patients ne recevant pas de BBNS, l'apparition d'une ascite doit conduire à la réalisation d'une endoscopie. Quelque soit la taille des varices, un traitement par BBNS doit être envisagé, en privilégiant le Carvédilol (en prévention primaire et secondaire). Si une ascite est présente, ils devront être suspendus ou interrompus en cas d'hypotension persistante ou de syndrome hématorénal, au profit de la ligature.

### Suivi

Une baisse de l'élasticité hépatique d'au moins 20% associée à un Fibroscan à moins de 20 kPa est considérée comme significative. Il en va de même si le Fibroscan diminue à moins de 10kPa.

Deux cas particuliers :

- En cas d'hépatite C éradiquée et en l'absence de cofacteurs, le suivi de l'HPCS peut être interrompu si le Fibroscan devient inférieur à 12 kPa de façon durable, en l'absence de thrombopénie. Le dépistage du CHC doit bien sur être poursuivi.
- Chez les patients ayant un Fibroscan inférieur à 25 kPa, une interruption des BBNS peut être envisagée après traitement de l'agent causal, à condition que les varices aient régressé sur une endoscopie de contrôle faite un ou deux ans plus tard.

Ainsi, Baveno VII va grandement modifier nos prises en charge, pour un dépistage à la carte permettant d'éviter bon nombre d'endoscopies inutiles. Toutefois, la vigilance reste de mise concernant les cancers de l'œsophage et de l'estomac chez les patients éthylo-tabagiques, dont la découverte était souvent fortuite à l'occasion des endoscopies de dépistage de l'HTP.

Référence: *J Hepatol* 2022 vol. 76 j 959-974.



Fig. 1. Algorithm for the non-invasive determination of cirrhosis and HPCS. cACLD, alcohol-related liver disease; cACLD, compensated advanced chronic liver disease; HPCS, clinically significant portal hypertension; NASH, non-alcoholic steatohepatitis.





## Switch Biothérapie IV vers SC L'expérience d'Annecy

*Dr F. Heluwaert -  
Service d'Hépatologie  
Gastroentérologie  
Centre Hospitalier  
Annecy Genevois*

ultérieur. Néanmoins les  $\frac{3}{4}$  des patients ont acceptés ce switch avec beaucoup d'attente et de joie (surtout celui qui était sous IFX depuis plus de 15 ans !).

Après un an de recul, je noterai aussi que les patients qui ne s'auto-administrent pas seuls le traitement, et qui ont recours à une IDE tous les 14 jours, ne sont peut-être pas les meilleurs candidats, car ils ressentent alors beaucoup de contraintes (attendre l'IDE tous les 14 jours, passer à la pharmacie tous les mois et finalement nous disent qu'ils se rappellent d'être malades tous les 14 jours désormais, alors qu'avant c'était tous les 2 mois !

**A**près plus de 20 ans de forme IV, l'infliximab (IFX) arrivait enfin en forme SC.

On va dire qu'on attendait ça avec impatience, et on avait le sentiment que tous nos patients également, afin d'éviter leurs séjours récurrents en hôpital de jour, alors qu'ils sont désormais le plus souvent en rémission depuis quelques années.

Pour rappel, le switch IV -SC permet d'envisager une administration d'IFX SC à dose fixe 120 mg (stylo ou seringue) tous les 14 jours. À Annecy, c'est un peu plus de 50 patients qui ont bénéficié de ce virage vers le switch SC (dont 26 dans le cadre de l'étude PEREM du GETAID !).

Que retenir de notre petite expérience à ce stade ?

Nous l'avons proposé à presque tous nos patients, presque...

Nous ne l'avons pas proposé à ceux dont nous savions que l'observance est toujours problématique (compréhension sur barrière de la langue parfois, isolement, âge avancé).

Tous ne l'ont pas accepté : Ceux qui avaient eu une mauvaise expérience ou un échec d'une forme préalable SC (ADA le plus souvent), ceux qui avaient un rapport « magique » avec l'infliximab princeps (pour qui le passage à un biosimilaire avait été refusé ou très problématique), mais aussi des jeunes mamans souvent pour qui l'hôpital de jour était l'occasion de « souffler et d'avoir une fois tous les 2 mois une journée off où on s'occupe d'elles ». !

Le switch n'est finalement pas une attente de tous. Certains patients sont donc très rassurés d'être en HDJ et ont le sentiment qu'ils seront moins bien suivis et « dans la nature » avec le passage à la forme SC. Il semble donc nécessaire de les rassurer dès l'évocation du switch sur le suivi

En termes d'organisation pratique, nous leur proposons de réaliser la première injection SC en hôpital de jour (accord avec la pharmacie hospitalière) avec une infirmière pour évaluer leur aptitude à s'injecter. Nous avons dû anticiper également nos agendas de consultation (bien remplis à l'avance), car tous ces patients qui ne sont plus suivis en HDJ par l'un de nous (nous sommes 5 à tourner en HDJ), nécessitent désormais un suivi en consultation avec des plages à « sanctuariser » car nous sommes « redevenus » leur référent et unique spécialiste. La première année du switch, nous les suivions à la fréquence suivante : à 3 mois, 6 mois et 12 mois du switch. De manière assez étonnante, et probablement du fait que nous voyions de plus en plus de MICI, cela n'a pas « vidé » notre hôpital de jour.

D'un point de vue médical

- Le switch d'une forme IV à une forme SC a permis de maintenir la rémission pour la quasi-majorité des patients. La dose fixe à 120 mg SC/14 jours correspond bien au patient avec une dose standard d'IFX IV (5mg/kg/8 sem.). Pour les patients optimisés (10 mg/kg/8 sem.) ou super optimisés (10 mg/kg/4sem), nous n'avons que peu franchi le cas, mais il est probable qu'une adaptation des doses soit nécessaire (avec les difficultés de délivrance parfois en pharmacie de ville)
- Certains malades avec des atteintes parfois plus sévères (LAP) ou plus délicates à contrôler, ont pour la plupart bénéficié du passage à la forme SC, avec succès et efficacité clinique possiblement devant un taux plus stable d'IFX et d'une imprégnation plus régulière et moins variable de l'IFX.

- A ce jour, pas d'apparition à ce jour d'Ac anti IFX et pour certain simplification thérapeutique -avec arrêt de l'AZA si combothérapie IFX AZA)
- Il faut réinterpréter les concentrations sériques d'IFX qui sont nettement plus élevés (possiblement surtout beaucoup plus table) avec désormais des taux le plus souvent > 15 ou 20, souvent associés à la rémission.
- Finalement, après un an, 2 switch-back (retour à la forme IV) : pas pour une perte d'efficacité, mais pour des effets secondaires de style asthénie post injection SC, qui existait avec la forme IV mais qui du fait des injections fréquentes impactait la QDV. Sinon, un suivi nécessaire et une vigilance sur des lésions cutanées parfois urticariennes aux sites d'injections fugaces, récidivantes, et parfois à distance des injections pour 2-3 patientes.

La mise à disposition de la forme SC a également influencé nos choix thérapeutiques, en privilégiant l'utilisation de l'IFX à l'Adalimumab, auparavant privilégié pour sa voie d'administration.

Notre expérience est assez similaire sur le switch vedolizumab IV -SC (analysable en participant à l'étude DOPER du GETAID). Néanmoins, à ce jour, nous avons préféré le proposer aux patients bien stabilisés et surtout en rémission avec une inj IV/8 sem. Les patients déjà optimisés semblant tirer un bénéfice nettement plus faible avec des switch back plus fréquents

Dans l'ensemble, une belle avancée, une efficacité au rendez-vous, une possibilité de plus de redonner du temps hors de l'hôpital pour beaucoup de nos patients. Une tolérance le plus souvent très bonne, quelques petits effets dermatos à préciser, de rares switch back. Il apparait donc souhaitable de proposer le passage à la voie SC, mais ne pas l'imposer.

Nul doute que les études PEREM et DOPER nous apporterons de belles réponses et on ne peut que progresser en participant à ces études de recherche clinique.



## Nos premiers docteurs juniors en CH

*Dr Hervé Hagège (Créteil et Villeneuve-St-Georges).*

**N**os premiers docteurs juniors en hépato-gastroentérologie ont pris leur fonction en novembre 2021. On aime ou on n'aime pas le terme "Dr Junior", mais il a été officialisé par le décret mettant en place en 2017 la réforme du 3ème cycle des études de médecine et il apparait clairement dans la maquette de notre DES d'hépto-gastroentérologie.

Au sein des services que je dirige, nous avons eu une longue réflexion et de nombreuses discussions sur le rôle à donner au Dr Junior et il nous est apparu clair qu'il ne devait pas être un super interne, ni un médecin senior, mais l'équivalent d'un jeune assistant avec une mise en autonomie progressive, supervisée de près par le chef de service.

### Le principe

Nous nous sommes battus pour obtenir la 5ème année d'internat dans notre spécialité et l'enquête express réalisée en 2017 au sein de l'ANGH sur 97 centres démontrant que 98% d'entre-nous réalisent couramment des endoscopies digestives y a beaucoup contribué.

Cette 5ème année constitue une belle opportunité de formation pour acquérir progressivement une autonomie, dans le cadre d'un réel compagnonnage.

Elle ne représente pas un risque pour les postes d'assistants dans nos CH, mais permet plutôt de recruter des assistants d'emblée seniorisés et encore plus efficaces.

La formation idéale d'un futur hépato-gastroentérologue dure à mon sens 13 ans : 6 ans avant l'ECN, 5 ans d'internat et 2 ans d'assistanat. Nous avons besoin de renforts et d'oxygène dans notre spécialité et on se rend bien compte que le numéris apertus remplaçant en 2022 le numéris clausus ne produira pas ses effets avant 2035. D'ici là, il faudra savoir être attractif pour recruter et pour garder nos jeunes gastros en CH en leur proposant un projet médical qui ne soit pas une vision uniquement comptable, mais une vision qui leur parle vraiment, intégrant des valeurs motivantes : esprit d'équipe, qualité des soins, technicité et modernité, contribution à la recherche, rôle dans l'enseignement, valorisation personnelle, etc...

### Les décrets

Le décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 a permis de mettre en place en novembre 2017 la réforme du 3ème cycle des études médicales avec un internat durant entre 3 et 6 ans selon les spécialités et en 3 phases : phase socle, phase d'approfondissement et phase de consolidation.

C'est le décret n°2018-571 du 3 juillet 2018 qui a précisé le statut du Dr Junior. Le docteur junior suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée. Les actes réalisés sous ce régime le sont par le docteur junior seul qui exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins. Le docteur junior exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

### La maquette d'HGE

Notre spécialité est très attractive et nous ne sommes pas loin du top ten des spécialités médicales : 13ème place (sur 44 spécialités) à l'ECN 2021 avec un rang moyen à 2209 sur 8791 et une progression d'une place par rapport à 2021.

La maquette d'hépatogastroentérologie précise que les étudiants en 3ème cycle doivent faire au moins 2 stages hors CHU et ce point est important à faire respecter. Sans opposer CH et CHU, ces stages sont très complémentaires et permettent d'obtenir une formation très complète. Le quart des hépatogastroentérologues français travaillent en CH et il s'agit donc d'une excellente initiation à ce mode d'exercice. Après la phase socle d'un an, la thèse doit être soutenue à la fin de la phase d'approfondissement qui dure 3 ans. La soutenance de la thèse est indispensable pour être inscrit au Conseil de l'Ordre et pouvoir devenir Dr Junior.

### Le nombre d'internes d'HGE en France

Actuellement, 132 nouveaux internes entrent dans notre spécialité tous les ans, en légère progression par rapport aux années précédentes. Cela représente donc pour les 5 années 660 internes en formation et un quart d'entre eux devraient être en CH pour respecter la maquette, soit 165 internes. Nous sommes loin du compte me semble-t-il et voilà une belle marge de progression possible pour nos CH.

### Le salaire de nos internes

Avec la prime de sujétion de 5000 € le salaire brut annuel du Dr Junior est de 32025 €, soit 2668,75 €/mois. Il est équivalent au salaire d'un assistant spécialiste en première année. En phase socle, le salaire brut mensuel n'est que 1974,60 €.

L'intérêt de ce statut Dr Junior pour les futurs hépatogastroentérologues

Le témoignage d'Emy, une des premières Dr Junior de France, qui travaille au CHI de Créteil

depuis novembre 2021 montre bien l'intérêt des internes pour des postes de Dr Juniors en CH.

Le projet pédagogique proposé au Dr Junior est essentiel et il doit être respecté. Cela m'a permis d'obtenir une liste d'engagement jusqu'en 2025 pour des internes désirant effectuer leur dernière année d'internat au CHI de Créteil ou au CHI de Villeneuve Saint Georges.

### L'intérêt pour nos CH

Les Dr Juniors ne doivent pas être de jeunes seniors pour pas cher, mais bien les futurs seniors de nos services qu'il faut savoir fidéliser. Ceux sont eux nos futurs assistants, nos futurs praticiens attachés et nos futurs PH. Ils deviendront également pour ceux qui exerceront en libéral nos futurs correspondants et faciliteront la collaboration ville-hôpital.

Défendre notre spécificité et surtout l'intérêt pédagogique de nos services

Eh oui, nos CH sont attractifs pour les Dr Juniors. Comme en témoigne les internes eux-mêmes qui en bénéficient actuellement, nos CH leur assurent une formation optimale.

### Conclusion

La vérité sort de la bouche des... juniors ! C'est clair, avec le témoignage d'Emy, notre premier Dr Junior au CHIC, une 5ème année d'internat en CH permet de devenir un hépatogastroentérologue sénior dans les meilleures conditions possibles

#### Le témoignage d'Emy, notre premier Dr Junior au CHIC !

« A mon sens, l'année de Dr Junior est censée représenter une année de transition entre l'internat et le clinicat ou l'assistanat, moins brutale qu'un passage directement du statut d'interne à celui de chef de clinique ou d'assistant spécialiste.

Réaliser cette année de transition en CH apparaissait pour moi comme une évidence : il s'agit souvent de services et d'hôpitaux à taille humaine, avec des patients de gastro-entérologie générale qui me semblent plus adaptés pour une prise progressive de responsabilités. Les CH offrent la possibilité d'une autonomisation encadrée et surtout à notre rythme avec la découverte de toutes les activités d'un médecin senior : consultation, avis téléphoniques, blocs d'endoscopie, hôpital de jour, hôpital de semaine et hospitalisation conventionnelle. Ils permettent également une ouverture plus facile sur le secteur libéral, un secteur souvent mal appréhendé durant notre internat. »



## Retour sur les Journées régionales ANGH 2022

### 3ème Réunion ANGH - Paca Occitanie

Dr J.-P. Arpurt - Service d'Hépatogastroentérologie  
-Centre Hospitalier d'Avignon



Le vendredi après midi 6 mai 2022 et le samedi matin 7 mai 2022 s'est déroulée la 3ème rencontre régionale ANGH PACA au Novotel d'Avignon. Cette année s'est associée la région Occitanie.

16 PH représentant les CH de Perpignan, Castres, Montélimar, Gap, Aubagne, Martigues, Arles, Cavaillon, Avignon, Grasse ont participé activement à cette journée ainsi que 3 internes.



Comme à chaque rencontre, le programme était composé de mises au point scientifiques et d'actualités professionnelles avec notamment une communication du GIFE.

4 laboratoires pharmaceutiques (Fresenius, Gilead, MayoliSpindler, Norgine) ont soutenu cette manifestation. Qu'ils en soient ici remerciés.



#### Programme de la Réunion

##### Vendredi 6 mai 2022

16h00 : Accueil

16h30 : Tour de table et présentation des Services HGE des CHG

17h30 : L'ANGH (AJ Remy) Présentation, Congrès Annuel, Travaux publiés et en cours.

18h45 – 20h00 :

Extraits pancréatiques : quand ? comment ?  
(V Rebours, Paris )

VHD : ne pas l'oublier ! (JP Arpurt)

20h30 : Dîner

##### Samedi 7 mai 2022

9h00-10h00 : Expériences de dépistage du VHC : -  
Relink au CH Avignon (JP Arpurt)

Dépistage au CH psychiatrique de Thuir (AJ Rémy, Perpignan)

10h - 10h30 : MICI : bénéfices des biosimilaires (A Benezech, Avignon)

11h00-12h30 :

Nouvelles techniques de résection des polypes coliques (S Bellon, Avignon)

Coordination des parcours en endoscopie digestive (D Imbert, cadre supérieur de santé, Avignon)

Activité libérale au CHG : comment ça marche ? (JP Arpurt)

12h30 : Repas et adieux émus

Toujours aussi conviviale, cette 3ème rencontre nous a permis d'échanger sur des problèmes de la vraie vie professionnelle dans nos CHG et nous avons pris date pour le congrès national à Aix en septembre 2022.

---

## 1ère Réunion ANGH - Pays de Loire

*Dr M. Kaassis - Service d'Hépatogastroentérologie  
-Centre Hospitalier de Cholet*

La première réunion régionale ANGH Pays de Loire s'est tenue les 13 et 14 mai 2022 !

23 hépatogastroentérologues des CHG (dont 2 internes) étaient présents en provenance des CHG de Cholet, Le Mans, Laval, Château Gontier, la Roche/Yon, Challans et Saumur.

Nous nous sommes retrouvés dans un cadre agréable, à Clisson, en Loire Atlantique (44) entre Cholet, Nantes et La Roche sur Yon à la limite du Maine et Loire et de la Vendée.

Clisson, bordée par la Sèvre Nantaise, est connue pour son côté Italien et surtout pour le festival de musique métal Hellfest !

Le programme présenté ci-après était réparti entre échanges sur nos pratiques professionnelles, et présentations plus classiques, 2 par des PH de CHU, 2 par 2 PH des CHG. André Jean Remy est venu nous parler de l'ANGH et de ses actualités.

### Programme de la Réunion

#### Vendredi 13 mai :

19h - 19h45 : Organisation du temps médical - (1<sup>ère</sup> partie) : le téléphone d'avis, les demandes semi urgentes après passage au SAU ou appel médecin traitant : qui y arrive ? Comment l'organiser ? Tour de table – Débat.

19h45 - 20h30 : Quoi de neuf en hépatologie ? Dr Oberti (CHU Angers).

20h30 - 21h : Actualités de l'ANGH. Dr Remy (CH Perpignan).

#### Samedi 14 mai :

8h30-9h15 : Oncologie digestive par les HGE en CHG : quel avenir, quelle organisation ? Nouveautés en oncologie digestive. Dr Lam (CH Cholet).

9h15-10h00 : MICI : actualités pratiques. Dr Collins (CHU Nantes).

10h15-11h00 : Organisation du temps médical - (2<sup>ème</sup> partie) : comment assurer la visite en unité de soins ? Place d'un médecin généraliste de visite ? rôle des internes ? Seniorisation des visites et CV ? Tour de table – Débat.

11h00-11h30 : Quizz d'endoscopie. Dr Amil (CH La Roche sur Yon).

11h30 : Adieux émus ...

Le beau temps et la bonne humeur étaient au rendez-vous ! Les retours à ce jour sont très positifs, permettant de se rencontrer, d'échanger sur nos pratiques, et de mieux connaître l'ANGH.

6 laboratoires ont financé entièrement ces premières journées, merci à eux.

Nous avons pris date pour le congrès national ANGH au Sables d'Olonne 2023 et nous acterons probablement de refaire une réunion régionale en 2024.

Bref, un bon premier moment qui en appellera d'autres !

*Topo de  
M.Collins  
sur les  
MICI*



### **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.



# ANGH

## Congrès Aix-en-Provence 2022



### Le tourisme autour d'Aix-en-Provence



son nom vient des sources thermales découvertes à la fondation de la ville en 123 avant JC par les romains. Aix en Provence était la

capitale de la Provence au XIVème siècle : marchands prospères et notables firent de la ville la Florence provençale que l'on connaît aujourd'hui.

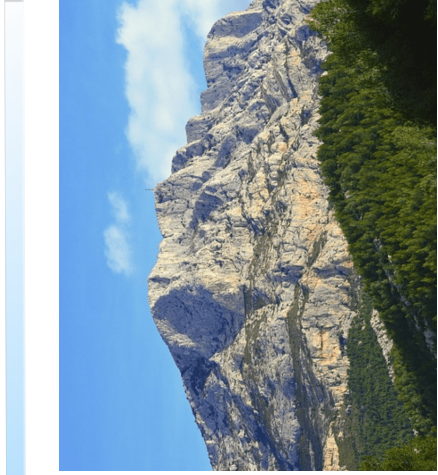
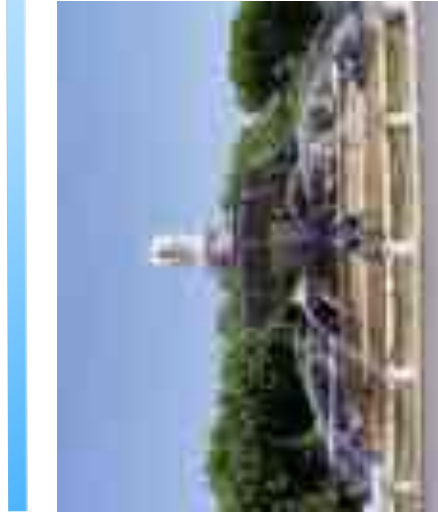
Demeures bourgeoises, placettes fleuries, hôtels particuliers, fontaines anciennes, ruelles ombragées... toutes les images de la Provence noble des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> sont rassemblées à Aix.

Les grands noms de la littérature ou de la peinture ont été inspirés par le charme de la ville : Guigou, Stendhal, Zola et Cézanne.

Ville d'art et de culture, Aix en Provence possède un riche patrimoine architectural superbement restauré et entretenu.

Les hôtels particuliers alignent leurs belles portes et fenêtres sculptées avec balcons et ferronneries d'art sur le cours Mirabeau et la rue Gaston de Saporta, Aix est un véritable musée à ciel ouvert.

Chaque été, le Festival International d'Art Lyrique et de Musique présente une somptueuse affiche et réunit divas et maestros, le festival de danse



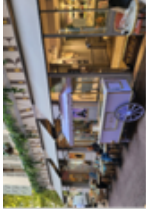
## Tourisme

### AIX-en-PROVENCE

#### POUR LES GOURMANDS

**Pâtisserie Weibel - 2 rue Chabrier (à 750m du Congrès)**

Un thé et une sublime pâtisserie...



#### LES SPECIALITES INCONTOURNABLES

**Les chocolats de Puyricard**

Boutique: 7 rue Riffle Rafle (à 800m du Congrès)



**Les Madeines de Christophe**

Boutique: 4 rue Gaston de Saporta (950 m)



**Les Calissons de Léonard Parli**

Boutique: 15 rue Gaston de Saporta (1 km)

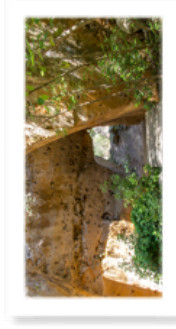


**La librairie de l'Hotel Boyer d'Eguilles** (à 700 m)  
6, rue Espariat  
Un enchantement !!



### Les carrières de Bibémus

Les carrières de Bibémus dévoilent toute leur majesté picturale au fil d'un parcours aménagé autour du cabanon où Cézanne entreposait ses œuvres et dormait parfois.



## LES MUSEES

**L'Hotel de Caumont** (à 450 m)  
3 rue Joseph Cabassol

Un Hôtel particulier du XVIIIème siècle accueillant une exposition de Raoul DUFY jusqu'au... 18 septembre 2022.



**Mais aussi :**

- Le Musée Granet, Place Saint Jean de Malte (à 450 m)
- L'atelier de Cézanne, 9 avenue Paul Cézanne (à 1,9 kms)
- La Fondation Vasarely, 1 avenue Marcel Pagnol (à 2,8 kms)

### Randonnée sur la Sainte Victoire

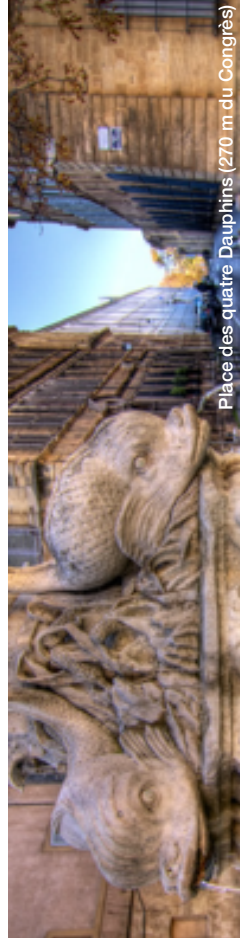
Un lieu inoubliable

### Château La Coste

A 20 kms d'Aix, un parc architectural remarquable  
Un vin de qualité, un centre d'art contemporain




**Le Zoo de la Barben**, à 20 kms d'Aix en P., pour les amoureux des animaux



Place des quatre Dauphins (270 m du Congrès)

# THÉRAPIE CIBLÉE POUR LE CHOLANGIOMCARCINOME AVEC FUSION DU GÈNE FGFR2

**Pemazyre**<sup>®</sup>   
(pemigatinib) comprimé  
4,5 mg 9 mg 13,5 mg

## CIBLER POUR MIEUX AVANCER

Pemazyre<sup>®</sup> est indiqué en monothérapie pour le traitement des adultes atteints d'un cholangiocarcinome localement avancé ou métastatique avec fusion ou réarrangement du gène du récepteur 2 du facteur de croissance des fibroblastes (FGFR2), dont la maladie a progressé après au moins une ligne de traitement systémique antérieure. <sup>(1)</sup>

### Place de Pemazyre<sup>®</sup> dans la stratégie thérapeutique :

Considérant :

- les données limitées d'efficacité disponibles reposant sur les résultats d'une étude de phase II non comparative, alors qu'une comparaison à la chimiothérapie par FOLFOX était possible en deuxième ligne,
- les événements indésirables fréquents, sévères et pour certains inhabituels (troubles du métabolisme du phosphore, décollements rétiens),

La Commission de la Transparence considère qu'en l'état actuel des données, Pemazyre<sup>®</sup> (pemigatinib) est une option de traitement uniquement pour les patients ayant un cholangiocarcinome intrahépatique avec fusion ou réarrangement de FGFR2 à partir de la deuxième ligne et qui ne sont pas éligibles à une chimiothérapie par FOLFOX. Dans ce contexte, un schéma allégé de chimiothérapie tels que le protocole LV5FU2 demeure également comme autre option thérapeutique. <sup>(2)</sup>



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

1. RCP Pemazyre<sup>®</sup>
2. HAS-Avis de la commission de transparence Pemazyre<sup>®</sup>-Version en vigueur



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Médicament soumis à prescription hospitalière. Prescription réservée aux spécialistes en oncologie médicale, ou aux médecins compétents en cancérologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Agrément aux collectivités : En attente. Remboursement Sec. Soc. : En attente. Prix : En attente

**Qualité de l'information promotionnelle :** Incyte Biosciences s'engage à respecter les principes de la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments ainsi que le référentiel en vigueur. Les règles de déontologie s'appliquant à l'activité d'information promotionnelle sont disponibles sur demande auprès de votre Responsable Régional Incyte. Pour toute question relative à la qualité de l'information promotionnelle, vous pouvez contacter [eumedinfo@incyte.com](mailto:eumedinfo@incyte.com).

Centre d'appel Incyte (Pharmacovigilance/Réclamation Qualité/Information Médicale) : [eumedinfo@incyte.com](mailto:eumedinfo@incyte.com) ; Tél : 08 05 22 00 62 (gratuit) ; 01 70 76 06 36 (payant)