

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

*Info*

## Les Sables d'Olonne

31ème congrès  
15-16 septembre 2023

## BUREAU DE L'ANGH

### Président

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

### Secrétaire Général

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

### Trésorier

Dre Aurore Baron (Corbeil-Essonnes)

## Représentants de l'ANGH dans les sociétés savantes

SNFGE : Jean-Pierre Arpurt (Avignon), Camille Barrault (Créteil),  
Isabelle Rosa (Créteil), André-Jean Rémy (Perpignan)

SFED : Mehdi Kaassis (Cholet)

AFEF : Isabelle Rosa (Créteil)

FFCD : Faiza Khemissa (Perpignan), You-Heng Lam (Cholet)

GFNG : Gilles Macaigne (Montfermeil)

SFA : Camille Barrault (Créteil)

ANRS : Isabelle Rosa (Créteil)

FMC HGE : Aurore Baron (Corbeil-E) ; Gilles Macaigne (Montfermeil),  
Frédéric Héluwaert (Annecy)

FPRH : André Jean Rémy (Perpignan), Camille Barrault (Créteil)

CNP-HGE : Jean-Pierre Arpurt (Avignon), André-Jean Rémy  
(Perpignan), Isabelle Rosa (Créteil)

CFA-HGE: Isabelle Rosa (Créteil), Laurent Costes (Créteil)

## Secrétariat

Mme Soizic Blanleuil (Créteil)

Mme Lydie Levisse (Montfermeil)

## Conseil d'Administration

Dr Jean-Pierre Arpurt (Avignon)

Dre Aurore Baron (Corbeil)

Dre Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Xavier Causse (Orléans)

Dre 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)

Dre Magali Picon (Aix en Provence)

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Dr Christophe Renou (Hyères)

Dre Isabelle Rosa (Créteil)

Dr R.Louis Vitte (Poissy)

## Conseil scientifique

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

### Membres

Dre Sandrine Barge (Créteil)

Dre Aurore Baron (Corbeil-Essonnes)

Dre Camille Barrault (Créteil)

Dr Serge Bellon (Avignon)

Dr Frédéric Héluwaert (Annecy)

Dre Marion Jager (Saint-Denis)

Dre Faiza Khemissa-Akhous (Perpignan)

Dr You-Heng Lam (Cholet)

Dr Frédérick Moryoussef (Poissy)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dre Juliette Verlynde (Dunkerque)

Dr Mathias Vidon (Créteil)

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

Dr Armand Garioud Dr Bruno Lesgourgues

**Maquette :** Dr Bruno Lesgourgues

**Crédit Photographique :**

Cancer Research UK /sWikimedia commons

IMPRIMÉ PAR

**SAXOPRINT** 

Dépôt légal Septembre 2023 N° ISSN 1964-8278  
Imprimé à 800 exemplaires Septembre 2023



## Confiance !

Cher.es ami.es et collègues,

La **confiance** selon le Larousse, c'est « l'assurance, hardiesse, courage, qui vient de la conscience qu'on a de sa valeur, de sa chance ». C'est exactement ce que l'ANGH permet à chacun d'entre nous, hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux, de ressentir au sein de notre association.

En 2023, l'étude CAPABLES est le navire amiral de cette **confiance** et de la recherche clinique de l'ANGH, succédant à SANGHRIA, devenue la référence dès qu'on évoque l'épidémiologie et les caractéristiques cliniques des hémorragies digestives hautes. CAPABLES est si innovante que des CHU sont venus s'y amarrer au fur et à mesure de son déploiement. Les premiers résultats le prouvent : il y aura un avant et un après CAPABLES ! Mais je n'oublierai pas les autres études récemment terminées ou en cours comme VACCIR, GANASH ou DEPIST C ENDO. Lors de ce congrès des Sables d'Olonne, vous aurez l'occasion d'en découvrir les résultats préliminaires ou définitifs. D'autres études suivront en 2024. Vous pouvez aussi, en toute **confiance**, chacun et chacune, proposer au Conseil scientifique une idée d'étude. Le CS vous soutiendra et vous accompagnera dans le projet.

**Confiance** aussi de la part des instances élues de l'ANGH, Conseil d'administration et Conseil scientifique. Le premier m'a renouvelé sa **confiance** pour un 2ème mandat de Président. Je serai accompagné du Secrétaire général Vincent QUENTIN, de Saint-Brieuc, de la chargée de mission congrès Isabelle ROSA, de Créteil et de la nouvelle Trésorière Aurore BARON, de Corbeil-Essonnes. Aurore succède à Arnaud BORUCHOWICZ de Valenciennes qui a accompli avec brio 2 mandats de trésorier de l'ANGH. Je salue ici son travail remarquable et l'excellente santé financière de notre association qui en résulte. Armand GARIOUD de Villeneuve Saint Georges complète ce bureau en tant que Président du Conseil scientifique.

**Confiance** également à toutes ces femmes et ces hommes qui représentent l'ANGH au sein des sociétés savantes et des instances essentielles de notre spécialité. Je citerai SNFGE AFEF FMC-HGE, SFED, CNP-HGE pour les plus importantes d'entre elles. A côté des représentants des CHU et des gastroentérologues libéraux, elles et ils défendent les spécificités et les contraintes de notre exercice en hôpital général.

**Confiance** aussi dans nos partenaires industriels qui nous accompagnent année après année et permettent que ce congrès puisse avoir lieu dans des conditions confortables. Après Les Sables d'Olonne cette année, l'ANGH ira à Versailles en 2024 et à Perpignan en 2025. **Confiance** en l'ANGH vous pouvez avoir : bon congrès !

Dr André-Jean REMY (Perpignan)

Président de l'ANGH

## Partenaires 2023

---

Merci à tous nos partenaires de soutenir fidèlement notre Association

abbvie



AMGEN

Lilly

Biogen



Bristol Myers Squibb

HEALTHCARE  
CELLTRION



deciphera



echosens



Galápagos



GILEAD



HORIZON  
medical



Incyte | SOLVE  
ON.



## **Au sommaire**

Partenaires 2023	2
Programme du congrès	4
Programme de la session de formation infirmière 31ème congrès de l'ANGH aux Sables d'Olonne	7
Session organisée avec les membres du GIFE	7
Bienvenue aux Sables d'Olonne !	9
Les communications du congrès	10
Présente-moi ton hôpital : le Centre hospitalier de Cholet	22
Tournage du film sur les déchets en endoscopie digestive	23
Les échos du conseil scientifique	25
Plateau technique endoscopie digestive : nouvelles recommandations d'organisation et de fonctionnement	29
Bezoard	31
Vogue avec un Crohn !	32

## **Communications du congrès**

1 - Données préliminaires épidémiologiques des 500 premiers patients de la cohorte	10
2 - Porte ouverte au pancréas	10
3 - Une pancréatite récidivante avec atteinte aortique et pulmonaire.	10
4 - Etude VACCIR :	11
5 - Clinical outcomes after hepatitis C treatment in patients with advanced chronic liver disease	12
6 - Et si on greffait un foie pseudotumoral !	12
7 - Une hépatite déformante.	13
8 - DEPIST C ENDO	13
9 - Mise en place d'une consultation de vaccinologie dédiée aux patients MICI : évaluation et perspectives.	14
10 - Hépatite auto-immune-like après vaccination anti-Covid-19: à propos de 2 cas.	14
11 - Quand une diarrhée en cache une autre !	15
12 - Est-ce qu'une coopération entre hépato-gastroentérologues et pneumologues...	15
13 - Etude Prépa vidéo :	15
14 - Qualité des coloscopies sous Kalinox pendant l'épidémie de COVID-19	15
15 - Gastrectomie atypique.	16
16 - Quand le polype s'emballe... et la cirrhose aussi !	17
17 - Utilisation des clips « over the scope »	17
18 - Les déchets en endoscopie digestive:	18
19 - Caractéristiques et pronostic des hémorragies digestives hautes	18
20 - Dosage du facteur VIII en cas d'angiodysplasies digestives : à faire systématiquement ?	19
21 - L'oncologie digestive au sein de l'ANGH	20
22 - Colite et mélanome métastatique : il n'y a pas que l'immunothérapie	20
23 - ETICC study – Portuguese results	20
24 - L'accréditation, je n'y comprends plus rien.....	21

## Programme du congrès

**Vendredi 15 septembre 2023**

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

**Communications originales, cas cliniques et conférences**

*Modérateurs : Mehdi KAASSIS (Cholet) ; Florent EHRHARD (Lorient)*

14h15 - 14h27 : CAPABLES : Données préliminaires épidémiologiques des 500 premiers patients de la cohorte  
Frederick Moryoussef (CH Poissy), Denis Grasset (CH Vannes), Gilles Macaigne (CH Montfermeil) et le groupe des investigateurs CAPABLES

14h28 - 14h38 : **Cas clinique n°1** : Porte ouverte au pancréas

Clémentine Alitti, Emy Valette, Sandrine Barge, Mathias Vidon, Laurent Costes, Isabelle Rosa (CHI de Créteil).

14h39 - 14h49 : **Cas clinique n°2** : Une pancréatite récidivante avec atteinte aortique et pulmonaire

Morgane L'Hennaf (1), Léa Terrien (1), Marie Desprets (2), Julien Baudon (1), Lucie Duval (1), Camille Candillier (1) You Heng LAM (1), Mehdi Kaassis (1). 1 Hépatogastroentérologie 2 Médecine Interne CH Cholet

14h50 - 15h02 : Etude VACCIR : Evaluation de la couverture vaccinale contre Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, le pneumocoque et les virus des hépatite A,B, de la grippe saisonnière, SARS-COV2 des patients atteints de cirrhose suivis dans 17 hôpitaux généraux français membres de l'ANGH (Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux généraux)

Aurore Baron, Jean François Cadranet et Mourad Medmoun, Jacques Arnaud Seyrig, François Xavier Laborne, Caroline Tourte, Florence Skinazi, Serge Bellon, Isabelle Rosa, Xavier Causse, Juliette Verlynde, Caroline Lemaître, Florent Ehrhard, Gilles Macaigne, Guillaume Allard, Arnaud Boruchowicz, Paul Strock, Mathilde Petiet, Frédéric Moryoussef, Stéphanie De Montigny-Lenhardt, Bénédicte Lambare.

15h03 - 15h15 : Clinical outcomes after hepatitis C treatment in patients with advanced chronic liver disease

Fabio Pereira Correia, Gonçalo Alexandrino, Mariana Cardoso, Joana Branco, Mariana Costa, Rita Carvalho, Alexandra Martins (Portugal)

15h16 - 15h26 : **Cas clinique n°3** : Et si on greffait un foie pseudo-tumoral !

Sabrina Hammami, Chaima Ghezal, Anne-Laure Desgabriel, Elvire Desjonquères, Aida Rebiha, Dany Rizk, Julia Roux, Céline Somsouk, Armand Garioud. Service d'Hépatogastroentérologie, CHI de Villeneuve-St-Georges, GHT Confluences.

15h27 - 15h37 : **Cas clinique n°4** : Une hépatite déformante.

Aymerik Mage, Marion Jager, Florence Skinazi. Service d'Hépatogastroentérologie Hôpital Delafontaine Saint-Denis

15h38 - 15h50 : DEPIST C endo au sein de l'ANGH : point d'étape

André-Jean Rémy (CH de Perpignan).

● **15h51 - 16h11 : Conférence n°1** : « Place et choix des marqueurs non invasifs de la fibrose hépatique en 2023 » Pr Jérôme BOURSIER (Angers)

**16h12 – 16h42 : Pause**

## Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Sarah TAIEB (Paris) ; Mathias VIDON (Créteil)

● **16h43 - 17h03 : Conférence n°2** : « Comment choisit-on son JAKi en 2023 ? » *Pr Arnaud BOURREILLE (Nantes)*

17h04 - 17h16 : Mise en place d'une consultation de vaccinologie dédiée aux patients MICI : évaluation et perspectives.

Mehdi Kaassis (1), Roxane Courtois (2), Diane Sanderinck (2), Mylène Faugier (3), Lucie Duval (1), Camille Candillier (1), Julien Baudon (1), You Heng Lam (1). 1 : hépato gastroentérologie, CH Cholet 2 : maladies infectieuses, CH Cholet 3 : pharmacie, CH Cholet

17h17 - 17h27 : **Cas clinique n°5** : Hépatite auto-immune-like après vaccination anti-Covid-19: à propos de 2 cas.

N Aguerro, A Raoto, T Randrian, A Benezech, J Sigrand, M Brihay, S Bellon, JP Arpurt (CH Avignon).

17h28 - 17h38 : **Cas clinique n°6** : Quand le polype s'emballe... et la cirrhose aussi !

C. Loisel (interne), D. Grasset ; G. Billet (CH Vannes)

17h39 - 17h51 : Est-ce qu'une coopération entre hépato-gastroentérologues et pneumologues est une piste pour optimiser les ressources humaines et/ou matérielles en endoscopie ?

Vincent Quentin (CH St Briec) ; Thierry Poupard (CH Dunkerque) ; You Heng Lam (CH Cholet)

## Samedi 16 septembre 2023

## Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Ludovic LAGIN (La Roche sur Yon) ; Serge BELLON (Avignon)

● **08h30- 08h50 : Conférence n°3** : « Traitement endoscopique de l'occlusion digestive haute en abordant également la prise en charge de la double occlusion biliaire et digestive » *Pr Jérémie JACQUES (Limoges)*

08h51 - 09h03 : Etude Prépa vidéo : Impact de la visualisation d'une vidéo explicative sur la qualité de la préparation intestinale.

Mathias Vidon, Laurent Costes, Hervé Hagège, Sandrine Barge, Céline Somsouk, Anne Laure Desgabriel, Julia Roux, Armand Garioud, Anne Wampach, Kaltoum El Fadil, Safa Hachicha, Emy Valette, Bastien Goulet, Danny Risk, Aida Rebiha, Elvire Desjonqueres, Isabelle Rosa (CHI de Créteil et Villeneuve St Georges - GHT Confluences).

09h04 - 09h16 : Qualité des coloscopies sous Kalinox pendant l'épidémie de COVID-19

Rim Abboud \* 1,2 , Guy Houist 2 , Bénédicte Lambare 2 1. Gastroentérologie et Hépatologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes, FRA 2. Gastroentérologie et Hépatologie, Faculté de Médecine de l'Université Libanaise, BEYROUTH 1

09h17 - 09h27 : **Cas clinique n°7** : Gastrectomie atypique. Traitement d'une GIST gastrique par une technique hybride associant la dissection sous muqueuse (DSM) et la coelioscopie (Lap-Endo cooperative surgery, LECS).

T. Tatagiba (1), L. Potier (2), G. Barjonet (1), W. Al Rafei (1), I. Oria (1). E. Ariane, N. Mascareno (1), H. Osman (1) (1) Service d'Hépatogastroentérologie CH Montélimar (2) Service de Chirurgie Viscérale CH de Montélimar.

09h28 - 09h38 : **Cas clinique n°8** : Quand une diarrhée en cache une autre !

Alexandra Fernandes, Gilles Macaigne, Stéphane Nahon (CH Montfermeil)

09h39 - 09h51 : Utilisation des clips « over the scope » pour le traitement des lésions hémorragiques digestives hautes: Expérience 2022 -2023 au Centre Hospitalier de Valenciennes.

Yasmina Belouchrani ; Arnaud Boruchowicz ; Julien Lollivier ; Ambroise Lalieu ; Rachida Leblanc (CH Valenciennes).

09h52 - 10h04 : Les déchets en endoscopie digestive : problématique et perspectives. Un film tourné en CHG, pour la commission éco responsabilité et développement durable de la SFED.

M. Kaassis (1-2), A.S. Bonhomme (1), C. Maurille (1), A. Bondu (1), J. Baudon (1), Y.H. Lam (1), Commission éco responsabilité et développement durable, Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) (2), (1) Cholet ; (2) Paris.

10h05 - 10h17 : Caractéristiques et pronostic des hémorragies digestives hautes survenant chez les malades sous inhibiteurs de la pompe à protons : analyse post-hoc d'une étude prospective multicentrique

W. El Hajj (1) ; S. Nahon (1) ; V. Quentin (2) ; D. Grasset (3) ; J.P. Arpurt (4) ; F. Skinazi (5) ; R.L. Vitte (6) ; L. Costes (7) ; A.J. Rémy (8) ; C. Locher (9) ; G. Macaigne (1) (1) Montfermeil; (2) Saint-Brieuc; (3) Vannes; (4) Avignon; (5) Paris; (6) Poissy; (7) Créteil; (8) Perpignan; (9) Meaux Et le groupe SANGHRIA de l'ANGH

10h18 - 10h30 : Dosage du facteur VIII en cas d'angiodyplasies digestives : à faire systématiquement ?

André-Jean Rémy (Service d'Hépatogastroentérologie, CH de Perpignan)

### 10h31 – 11h01 : Pause

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

*Modérateurs* : Aurore BARON (Corbeil-Essonnes) ; You Heng LAM (Cholet)

11h02 - 11h22 : **Session Protocoles** : Armand GARIOUD (CHI de Villeneuve St Georges)

11h23 - 11h27 : Vidéo : « Un bézoard cocainé »

Aymerik Mage, Florence Skinazi, Zakarya Kebir, Caroline de Kerguenec (Service d'Hépatogastroentérologie, Service de chirurgie digestive - Hôpital Delafontaine - CH Saint-Denis 93)

11h28 - 11h48 : **Session de pratiques professionnelles**

-Retour de la session IDE ; Dominique Imbert (GIFE)

-Recommandations de la SFED sur le plateau technique d'endoscopie ; Laurent Costes (CHI Créteil)

11h49 - 12h01 : L'oncologie digestive au sein de l'ANGH

You-Heng Lam (CH de Cholet) ; Christophe Locher (CH de Meaux)

12h02 - 12h12 : **Cas clinique n°9** : Colite et mélanome métastatique : il n'y a pas que l'immunothérapie

S Helias (1), S Gaudron (2), H Ayadi (1), V Bodiguel (3), M Bendaoud (3), F Harnois (1), C Locher (1,4) (1) Service de Gastro entérologie GHEF site de Marne la Vallée (2) Service de Dermatologie GHEF site de Marne la Vallée (3) Service d'Anatomopathologie GHEF site de Marne la Vallée (4) Service de Gastro entérologie GHEF site de Meaux

12h13 - 12h25 : The Portuguese results of ETICC

Barbara Abreu ; Maria Monteiro Rafael (Portugal)

12h26 - 12h38 : L'accréditation, je n'y comprends plus rien.....

Laurent Costes, Nathalie Schneider, David Bernardini, Christian Boustière, Jean-Christophe Saurin (CEFA HGE)

● **12h39 - 12h59 : Conférence n°4** : « CHC : épidémiologie, dépistage et traitements en 2023 » *Pr Yann TOUCHEFEU (Nantes)*

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





Groupement Infirmier  
pour la  
Formation en Endoscopie

## Programme de la session de formation infirmière 31<sup>ème</sup> congrès de l'ANGH aux Sables d'Olonne

### Session organisée avec les membres du GIFE

(Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie)

**Vendredi 15 septembre 2023 de 12h30 à 18h00**

Palais des Congrès les Atlantes - Les Sables d'Olonne

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

Remise du badge individuel et émargement, remise des attestations

#### **14H00 Ouverture du 31<sup>ème</sup> Congrès de l'ANGH :**

Dr Mehdi KAASSIS (Cholet)

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 CH Avignon*

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

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

Présentation de l'association du GIFE

**14H30** Le point sur les nouvelles recommandations de la SFED, de la SF2H et du GIFE, pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive

*Dominique IMBERT ; Anne HOUDARD ; Céline RAY*

**15H00** Discussion, échanges

#### **15H20 : Le parcours de formation et d'habilitation de l'infirmier en endoscopie**

*Dominique IMBERT*

**15H50** Discussion, échanges

#### **16H10 Pause**

**16H30** Table ronde/questions réponses autour du rôle infirmier en endoscopie, les évolutions en lien avec les recommandations et l'écologie dans les soins

*Animée par Dominique IMBERT, Anne HOUDARD, Céline RAY*

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

**18H00** Fin de la session

# Les médicaments biosimilaires

Être N°1 sur le marché des médicaments biosimilaires<sup>1</sup>, c'est bien.

HÔPITAL

VILLE



Pouvoir accompagner les patients à l'hôpital comme à la ville, c'est mieux.

Sandoz dispose d'un portefeuille de médicaments biosimilaires qui permet à la fois une présence à l'hôpital et à la ville, que ce soit dans les domaines de l'oncologie, l'immunologie et de l'endocrinologie.<sup>2</sup>

**SANDOZ** A Novartis  
Division

Notre expertise, la santé accessible à tous.

# Le régional

**Bienvenue aux Sables d'Olonne !**



L'équipe d'Hépatogastroentérologie du CH de Cholet est particulièrement heureuse de vous accueillir à ce 31<sup>ème</sup> congrès de l'ANGH !

Mehdi Kaasis



De gauche à droite : Drs You Heng LAM, Charles Texier, Samuel ANDRAULT, Solène AUDIAU, Mehdi KAASSIS, Lucie DUVAL, Julien BAUDON. Il manque à la photo le Dr Camille CANDILLIER.



## Les communications du congrès

### 1 - Données préliminaires épidémiologiques des 500 premiers patients de la cohorte

Frederick Moryoussef, Denis Grasset, Gilles Macaigne et le groupe des investigateurs CAPABLES ANGH.

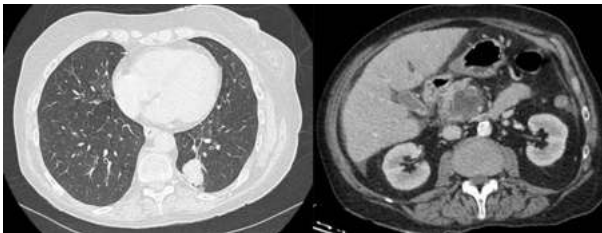
### 2 - Porte ouverte au pancréas

Clémentine Alitti, Emy Valette, Sandrine Barge, Mathias Vidon, Laurent Costes, Isabelle Rosa - CHI de Créteil.

Une patiente de 61 ans ayant pour seuls antécédents une hypertension artérielle et une dyslipidémie se présente aux urgences pour douleur épigastrique évoluant depuis plusieurs semaines sans amélioration sous traitement symptomatique. La patiente est fumeuse (25 paquets-années) et a augmenté sa consommation alcoolique à 1 bouteille de vin par jour depuis 7 mois.

Le bilan biologique réalisé aux urgences retrouve un syndrome inflammatoire (PNN 13.7 G/l et CRP 122 mg/l), une insuffisance rénale modérée (créatinine 150 µmol/l et urée 10.4 mmol/l) ainsi qu'une hyperlipasémie majeure à 1270 UI/l sans perturbation du bilan hépatique.

Le scanner révèle une masse pancréatique de 36 mm centrée sur l'uncus avec une infiltration de la graisse péri-pancréatique, une thrombose porte extensive étendue jusqu'à la veine mésentérique supérieure sans souffrance digestive, un nodule hépatique de 16 mm ainsi qu'une masse pulmonaire de 30 mm.



A 48 heures d'hospitalisation, après mise à jeun et hyperhydratation, on retrouve sur une biologie de contrôle une cytolysse majeure (ASAT jusqu'à 4000 UI/l et ALAT jusqu'à 1800 UI/l) accompagnée d'une cholestase anictérique jusqu'à 4N, de régression spontanée en quelques jours et sans lésion nouvelle permettant d'expliquer la symptomatologie à l'échographie faite en urgence. A J7, la patiente se plaint d'une douleur intense en hypochondre droit avec défense clinique, motivant la réalisation d'un nouveau scanner.



intense en hypochondre droit avec défense clinique, motivant la réalisation d'un nouveau scanner.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous pour expliquer l'ensemble du tableau ?

### 3 - Une pancréatite récidivante avec atteinte aortique et pulmonaire.

Morgane L'HENNAF (1), Léa TERRIEN (1), Marie DESPRETS (2), Julien BAUDON (1), Lucie DUVAL (1), Camille CANDILLIER (1) You Heng LAM (1), Mehdi KAASSIS (1). 1 Hépatogastroentérologie 2 Médecine Interne CH Cholet

Un patient âgé de 74 ans est hospitalisé en novembre 2021 pour ictère. Dans ses antécédents : cardiopathie ischémique avec stent, HTA. Le traitement associe CLOPIDOGREL, EZETIMIBE, PERINDOPRIL, AMLODIPINE, ATORVASTATINE. Le patient est hospitalisé pour apparition d'un ictère avec prurit, douleurs abdominales intermittentes, perte pondérale de 6 kg et découverte récente de diabète. L'examen clinique montre un ictère sans organomégalie suspecte. L'hémodynamique est conservée. Biologiquement : bilirubine 100 µmol de type conjugué avec cholestase et cytolysse, lipasémie 1.5xN. Ionogramme et créatinine normaux, CRP 85 mg/l, albumine 32 gr, triglycérides et calcémie normaux. Le scanner montre une dilatation des voies biliaires avec aspect de cholangite sans obstacle lithiasique ou tumoral pancréatique visible, avec pancréatite aiguë caudale oedémateuse.



L'examen retrouve également une dilatation anévrysmale de l'aorte sous-rénale avec infiltration de la graisse péri-aortique et aortite, des opacités réticulo-nodulaires pulmonaires avec adénopathies médiastinales. La bili-IRM montre une sténose effilée du 1/3 inférieur du cholédoque, l'écho-endoscopie retrouvant un aspect de cholangite de la voie biliaire principale avec aspect oedématisé de la glande pancréatique sans syndrome de masse. La CPRE confirme la sténose du 1/3 inférieur du cholédoque avec dilatation en amont de la voie biliaire principale. Une sphinctérotomie et pose de prothèses biliaire sont réalisées avec cytologie biliaire. Les biopsies pancréatiques, sous réserve de peu de matériel identifiable, retrouvent des

remaniements fibrineux et inflammatoires chroniques compatibles avec une pancréatite chronique. La cytologie biliaire est non informative. Les IgG 4 sont à 2,2 g/l (N : 0,04-0,8). Une corticothérapie par CORTANCYL 40 mg est introduite pour 1 mois avec décroissance. A 3 mois le patient est asymptomatique, en bon état général. Le bilan hépatique est normal. Le scanner TAP montre une régression quasi-totale des lésions de cholécystite et de la dilatation des voies biliaires, avec nette diminution des ganglions médiastinaux, des opacités pulmonaires, et des lésions d'aortite. La cholangiographie est normale, sans sténose, la prothèse biliaire est retirée. L'échoendoscopie montre un pancréas redevenu normal. La corticothérapie est arrêtée. 4 mois tard, le patient récidive un ictère. La suite sera précisée au cours du congrès. Ce cas clinique est l'occasion de faire le point sur cette pathologie systémique en précisant les formes cliniques et les modalités thérapeutiques.

#### 4 - Etude VACCIR :

##### **Evaluation de la couverture vaccinale contre Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, le pneumocoque et les virus des hépatite A,B, de la grippe saisonnière, SARS-COV2 des patients atteints de cirrhose suivis dans 17 hôpitaux généraux français membres de l'ANGH (Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux généraux)**

*Dr Aurore Baron, Jean François Cadranet et Mourad Medmoun, Jacques Arnaud Seyrig, François Xavier Laborne, Caroline Tourte, Florence Skinazi, Serge Bellon6, Isabelle Rosa, Xavier Causse, Juliette Verlynde, Caroline Lemaître, Florent Ehrard, Gilles Macaigne, Guillaume Allard, Arnaud Boruchowicz, Paul Stroock, Mathilde Petiet, Frédérick Moryoussef, Stéphanie De Montigny-Lenhardt, Bénédicte Lambare. Groupe VACCIR-ANGH.*

Introduction : La cirrhose génère un état d'immunosuppression exposant à un surrisque d'infections bactériennes et à la survenue d'infection virale respiratoire (COVID ou grippe) plus sévères que dans la population générale responsable de décompensation de l'hépatopathie et de décès. En outre, la survenue d'infection par des virus hépatotropes (hépatite A, B) peut gravement impacter la fonction hépatique. La vaccination est un moyen simple et efficace de se prémunir de ce type de complications. La Haute Autorité de Santé et le Haut Conseil à la Vaccination recommandent en France une vaccination contre le pneumocoque, la grippe saisonnière, le SARS COV2, les hépatites virale A et B chez tous les patients avec hépatopathie. Il existe peu de données récentes sur la couverture vaccinale chez les patients cirrhotiques, mais les quelques données disponibles, notamment chez les patients en attente de transplantation hépatique, suggère qu'elle est

faible. Matériel et méthodes : Cette étude française, prospective, multicentrique, menée entre le 27 septembre 2021 et le 27 décembre 2022, dans 17 centres hospitaliers généraux membres de l'ANGH avait comme objectif d'estimer via un questionnaire en consultation ou hospitalisation, la couverture vaccinale de patients cirrhotiques, suivis depuis plus de six mois, contre DTpolio, la grippe, le VHA, le VHB, le pneumocoque et le SARS COV2. Les patients ayant une contre-indication vaccinale ou une immunosuppression surajoutées non liée à leur hépatopathie étaient exclus. Les sous-groupes selon le stade de gravité de la cirrhose, la précarité sociale seront décrits et comparés. Les facteurs associés à un statut vaccinal incomplet seront analysés par un modèle de régression logistique uni et multivarié. Les cas d'infection ont été colligés selon le statut vaccinal afin d'en estimer l'efficacité. Résultats : Sur 742 questionnaires rendus, 728 questionnaires ont été analysés comportant 70% d'homme (n=511), ayant 66.3 ans d'âge médian, une cirrhose le plus souvent éthylique (63% n=461), child A majoritairement (79% n=549), child B pour 13% (n=87) et child C pour 8% (n=56). Au moment du diagnostic de cirrhose, les taux de vaccinations contre DTP, VHA, VHB, grippe et pneumocoque étaient respectivement de : 51%, 3%, 12%, 22% et 4%. Les pourcentages de vaccinations de novo réalisées plus de six mois après le diagnostic, sont de 38% pour le DTP (n = 274), 4% pour le VHA (n=30), 10% pour le VHB (sur la population éligible au vaccin (n=45/455) dont 50% de vaccination complète uniquement, 19% pour le pneumocoque (n=141) dont 79% de vaccination complète, 69% contre la grippe (n=503), et 94% au moins une fois contre le SARS COV2 (N=686). Les vaccins sont majoritairement prescrit par le médecin traitant (76% pour la grippe, 79% pour le DTP, 70% pour le pneumocoque et 50% pour le VHA) sauf le vaccin anti VHB. Après vaccination le contrôle sérologique de l'efficacité vaccinal est exceptionnel (3% pour le VHB et 2% pour le VHA). La principale cause de non vaccination est la non prescription sauf pour le SARSCOVID2. Parmi les non vaccinés, depuis le diagnostic de cirrhose, 4 infections au VHA, 3 au VHB ont été comptabilisés responsable d'une hospitalisation. 18 cas de gripes dont 22% malgré le vaccin et 52 COVID dont 4% malgré le vaccin ont été déclarées dont une hospitalisation en réanimation. Les résultats des analyses uni et multivariées recherchant les facteurs psychosociaux associés aux statuts vaccinaux ne sont pas disponibles pour cette soumission et seront communiqués au congrès. Conclusion : La couverture vaccinale des patients cirrhotiques contre le pneumocoque, le VHA et le VHB sont très insuffisantes malgré les recommandations émises en 2007 par l'HAS. La vaccination contre le SARS COV2 a été effectuée grâce à l'obligation liée au Pass Sanitaire et la vaccination anti grippale semble être la seule plutôt bien effectuée. Les vaccins sont

prescrits le plus souvent par le médecin traitant. L'investissement de l'ensemble des hépato-gastro-entérologues est impérative afin de promouvoir une politique vaccinale plus efficiente car les cas d'infections ne sont pas rares et parfois sévères.

### 5 - Clinical outcomes after hepatitis C treatment in patients with advanced chronic liver disease

*Fabio Pereira Correia, Gonçalo Alexandrino, Mariana Cardoso, Joana Branco, Mariana Costa, Rita Carvalho, Alexandra Martins - Portugal.*

Background and Aims: Patients with advanced chronic liver disease (ACLD) and chronic hepatitis C are at high risk of developing clinically significant portal hypertension (CSPH) and its complications. Direct-acting antivirals have radically changed the outcomes of hepatitis C treatment. However, data on the impact of cured hepatitis C on the medium-term clinical evolution of patients with ACLD has only recently emerged. We aimed to evaluate the outcomes related to hepatic decompensation, hepatocellular carcinoma (HCC) and mortality in a cohort of patients with ACLD and cured hepatitis C with sustained virological response (SVR). Method: Prospective, single-centre study, in patients with ACLD and chronic hepatitis C with SVR, treated since February 2015 and with a minimum follow-up (FU) of 2 years. The definition of ACLD was based on liver biopsy or Baveno VII's concepts: liver stiffness measurement (LSM) > 10 kPa and/or clinical/imaging elements of CSPH. During FU, hepatic decompensation (ascites, variceal bleeding, and hepatic encephalopathy) unrelated to HCC, development of HCC and mortality were recorded. In decompensated ACLD, the recompensation rate was also evaluated. Results: We included 147 patients (78.2% male, mean age of 59 years-old). At baseline, 84% (123/147) had compensated ACLD (cACLD), 16% (24/147) had decompensated ACLD (dACLD) and none had suspicious liver nodules. Among patients with cACLD with baseline LSM evaluation (97/123), 65% (63/97) had a LSM > 15 kPa. The median follow-up was 52 months. During follow-up, 13% (16/123) of cACLD patients developed complications: first decompensation in 5% (6/123) and HCC in 8% (10/123). All these 16 patients had LSM > 15 kPa or clinical/imaging elements of CSPH, and the majority (14/16) had platelet count < 150 x 10<sup>9</sup>. The mortality rate was 3% (4/123). In dACLD patients, we observed clinical recompensation in 21% (5/24), HCC in 17% (4/24), with a global mortality rate of 8% (2/24). Conclusion: In this cohort of patients with ACLD and cured hepatitis C, the medium-term clinical evolution was globally favorable, with emphasis on clinical recompensation in about 25% of dACLD patients. However, HCC remains a major concern, especially in decompensated ACLD, but also in compensated patients. Adverse events occurred only in patients with pre-treatment LSM > 15 kPa,

the majority with platelets count < 150 x 10<sup>9</sup>). These cut-offs, with an established role in ACLD stratification, could perhaps redefine follow-up surveillance in compensated patients. The impact of other cofactors, such as alcohol and obesity, in the development of complications, needs to be further evaluated.

### 6 - Et si on greffait un foie pseudotumoral !

*Sabrina Hammami, Chaima Ghezal, Anne-Laure Desgabriel, Elvire Desjonquères, Aida Rebiha, Dany Rizk, Julia Roux, Céline Somsouk, Armand Garioud. Service d'Hépatogastroentérologie, CHI de Villeneuve-St-Georges, GHT Confluences.*

Monsieur S., 41 ans est hospitalisé dans le service le 13 mars 2023 via les Urgences où il s'est présenté pour douleurs abdominales chroniques et asthénie croissante depuis 3 mois. Il a un antécédent de diabète de type 2 équilibré sous régime seul et ne prend pas de médicament. Il a déjà été vu par un spécialiste en ville avant d'être perdu de vue. En janvier, il existait une cytolyse hépatique à 3N, une cholestase ictérique, un TP abaissé à 54 %, une hyperferritinémie à 1400 ng/ml avec CST à 88%. La sérologie hépatite C était négative et l'AgHBs positif avec une recherche de mutation du gène HFE hétérozygote H63D. L'IRM hépatique de février montrait un foie d'allure dysmorphique sans surcharge en fer hépatique ou splénique avec des micro-nodules hyper T1 spontané sans anomalie de prise de contraste ou en Diffusion (dysplasie ?). A l'admission, il pèse 68 kgs pour une taille de 179 cm (BMI à 21 kg/m<sup>2</sup>). Son poids de forme est de 83 kgs (- 15 kgs en 3 mois). Il est ictérique mais n'est pas encéphalopathe. La biologie montre des AST à 158 U/l, ALT à 158 U/l, GGT à 800 U/l, PAL à 202 U/l, bilirubinémie totale à 54 µmol/l à prédominance conjuguée, un TP à 31% avec FV 79%, albuminémie à 26 g/l, créatinine à 60 µmol/l, leucocytes normaux, hémoglobine à 15,2 g/dl et plaquettes à 171 G/l. Un bilan étiologique complet est refait : sérologies virales négatives pour le VIH et les hépatites A, C et E, un profil B vacciné et une immunisation ancienne contre le CMV et l'EBV. Il a une consommation rapportée d'alcool très occasionnelle, un syndrome métabolique avec hypertriglycéridémie augmentés à 2,63 g/l et HDL abaissé à 0,20 g/l et l'HbA1c est à 9,7%. La ferritinémie est à 2565 ng/ml avec CST à 90%. L'EPP montre une hypoalbuminémie à 28,5g/l, une diminution des bêta1globulines et la présence d'un important bloc bêta-gamma à 25,5g/l avec un pic IgG CL kappa 15,5% à surveiller. La recherche des auto-anticorps anti-LKM, anti-muscles lisses, anti-mitochondries, anti-sp100, anti-gp210 est négative. Il n'y a pas de déficit en alpha-1-AT et un bilan du cuivre est lancé avec cupurie des 24h. Le fibroscan est à 66,3 kPa et l'EOGD objective un aspect pavimenteux de la muqueuse fundique sans varice œsophagienne ou gastrique. L'échographie

abdominale avec Doppler hépatique montre un foie dysmorphique avec de multiples formations nodulaires hyperéchogènes centimétriques diffuses. Le tronc porte est dilaté (13mm) sans thrombose des veines sus et sous-hépatiques. Il n'y a pas de dilatation des voies biliaires ou d'ascite. Le scanner TAP retrouve un foie dysmorphique avec ces mêmes micronodules intra-hépatiques se réhaussant plutôt aux temps portal et tardif. La rate est de taille normale. Il n'y a pas de lésion secondaire thoracique mais la présence d'une lésion osseuse mixte lytique et condensante de l'aile iliaque droite. Il n'y a pas d'hypercalcémie associée. Le dosage de l'alpha-FP est à 76 ng/ml (N<8), l'ACE<N, le CA 19-9 à 110 (<37), le PSA à 0,43 (<4) et la calcitoninémie est normale.

Devant l'inefficacité de plusieurs injections de vitamine K sur le TP qui descend à 27% puis la diminution secondaire du facteur V à 67% chez un patient toujours ictérique (bili 80µmol/l) mais non encéphalopathe, il est décidé de le transférer au CHU pour la réalisation d'une PET-IRM rapide et envisager si négative une potentielle greffe hépatique...

Au CHU, il est réalisé une ponction biopsie hépatique par voie transjugulaire qui affirme le diagnostic de cirrhose avec aspect d'hépatite alcoolique devant la présence de corps de Mallory et d'un infiltrat à PNN.

Le TP continue de baisser jusqu'à 20% avec apparition d'une encéphalopathie hépatique clinique ne permettant pas la réalisation de la TEP-IRM prévue. Puis, la fonction rénale du patient se dégrade nécessitant la réalisation d'une dialyse. Le bilan pré-greffe hépatique est accéléré, le TP est à 10% et il est greffé le 6 avril 2023.

Le reste des éléments et le résultat histologique de l'explant qui permettent d'établir le diagnostic vous seront présentés lors du Congrès avec une bibliographie qui en étayera cette présentation atypique.

### **7 - Une hépatite déformante.**

*Aymerik Mage, Marion Jager, Florence Skinazi.  
Service d'Hépatogastroentérologie Hôpital  
Delafontaine - Saint-Denis (93).*

Un patient d'origine malienne de 57 ans est hospitalisé au CH de Saint-Denis en novembre 2022 pour fièvre, céphalées, douleurs abdominales, courbatures et perte de 10 kg après avoir séjourné un mois au Mali. Il a pour seuls antécédents un accès palustre en 2021 et une arthrite septique à streptocoque. A l'arrivée, les constantes sont normales. L'abdomen est souple et dépressible, sensible en fosse iliaque droite. Au plan biologique, la NFS est normale, la CRP à 50 mg/L, il existe une cytolyse à 3N à l'entrée prédominant sur les ALAT, qui se majore jusqu'à 10N. Le frottis goutte épaisse et les sérologies virales A, B, C, E, VIH, CMV et EBV sont négatifs, tout comme l'ECBU et les

hémocultures. La radio de thorax est normale. Le scanner abdomino-pelvien objective une inflammation caecale sans argument pour une appendicite, et le TEP scanner révèle la présence d'adénopathies axillaires, inguinales, hilaires et cervicales, de petite taille, moyennement à fortement métabolique. Malgré l'antibiothérapie probabiliste par C3G-Flagyl débutée aux urgences et poursuivie pendant 7 jours, les symptômes persistent avec au premier plan une fébricule à 38°C, des myalgies, des céphalées, des douleurs abdominales et une asthénie. En parallèle, apparition d'une hyponatrémie à 130 mmol/l révélant un SIADH. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

### **8 - DEPIST C ENDO**

dépister l'hépatite C avant endoscopie en consultation externe d'hépatogastroentérologie André-Jean REMY, Perpignan, Serge BELLON, Avignon, Ryad SMADHI, Creil, Jacques BOTTLAENDER, Colmar, Isabelle ROSA, Créteil, Mathias VIDON, Créteil, Florent ERHARD, Lorient, Guillaume CONROY, Metz, Armand GARIOUD, Villeneuve-Saint-Georges, ANGH.

Introduction : Le dépistage systématique de l'hépatite C par sérologie une fois dans la vie est recommandée par l'AFEF mais non validé par l'HAS. Un dépistage centré sur les sujets âgés de plus de 40 ans semblerait plus pertinent, la prévalence de l'hépatite C augmentant avec l'âge. Matériels et méthodes : L'objectif de cette étude visait à évaluer la faisabilité (nombre de sérologies proposées) et l'acceptabilité (nombre de sérologies réalisées) du dépistage VHC avant une endoscopie chez les personnes âgées de 40 ans et plus reçus en consultation de gastroentérologie dans des hôpitaux non universitaires et si la prévalence après 40 ans est supérieure à celle de la population générale (0.86%). Résultats : Au 1er juin 2023, 490 patients ont été inclus dans 8 hôpitaux différents répartis dans 6 régions métropolitaines ; 97,4% des patients ont accepté la prescription de la sérologie VHC et 97,6% des sérologies prescrites ont été réalisées ; 55,5% d'hommes et 44,4% de femmes, d'âge moyen 58 ans (extrêmes 40-90). Le taux de positivité de la sérologie VHC était de 6% (29 patients). Aucune sérologie VHC antérieure n'était connue. Les expositions à risque liées à une sérologie VHC positive étaient l'usage de drogues pour 19 patients, un antécédent de transfusion dans 6 cas et l'origine d'un pays d'endémie chez 5 patients ; 90% des sérologies positives concernaient les hommes et l'âge moyen était de 65 ans (extrêmes 49-85). L'élastométrie hépatique moyenne était de 8,7 Kpa; 11 patients sur 28 testés avaient une charge virale C positive and ont été traités. Conclusion : le dépistage systématiquement proposé de l'hépatite C après 40 ans et avant endoscopie digestive est faisable et bien accepté et

permet la prise en charge d'un nombre élevé de patients

### **9 - Mise en place d'une consultation de vaccinologie dédiée aux patients MICI : évaluation et perspectives.**

*Mehdi KAASSIS (1), Roxane COURTOIS (2), Diane SANDERINCK (2), Mylène FAUGIER (3), Lucie DUVAL (1), Camille CANDILLIER (1), Julien BAUDON (1), You Heng LAM (1). 1 : hépato gastroentérologie, CH Cholet 2 : maladies infectieuses, CH Cholet 3 : pharmacie, CH Cholet*

Introduction. Les patients MICI du fait des traitements immunosuppresseurs et biothérapies, sont plus à risques d'infections. Si la mise à jour des vaccinations est recommandées, ceci n'est pas toujours fait en pratique. Pour tenter d'y remédier, nous avons mis en place au CH de Cholet une consultation dédiée de vaccinologie pour les patients MICI. Cette consultation s'inscrit dans le cadre de notre dispositif d'annonce. Le but de cette étude était d'évaluer l'intérêt de cette consultation en étudiant la couverture vaccinale, le ressenti des patients et les modalités de mise à jour des vaccins. Patients et méthodes. Les consultations étaient réalisées par 2 médecins infectiologues pour sensibilisation aux risques infectieux et mise à jour des vaccins (usuels et spécifiques). Faute de conventionnement CPAM, certains vaccins référencés au livret de l'établissement n'ont pas pu être administrés lors de la consultation. Une ordonnance était remise aux patients pour effectuer la vaccination en ville (par leur médecin ou une IDE). Les patients étaient rappelés dans les 6 mois pour faire le point sur leur ressenti de la consultation et les vaccins réalisés ou non depuis. Résultats. De février 2021 à 2022, 20 patient(e)s MICI étaient vus en consultation, 12 avaient une maladie de Crohn et 8 une RCH. Il s'agissait de 55% d'hommes, d'âge moyen de 34 ans (extrêmes 20-70 ans). 45 % des consultations étaient faites avant institution d'un traitement immunosuppresseur ou par biothérapie, 55% des patients étaient déjà traités (anti TNF 7, Vedolizumab 3, Stelara 1). \* Concernant la couverture vaccinale : 100 % des patients étaient vaccinés contre le ROR, 90% pour le DTP mais 50 % nécessitaient un rappel DTP. 90% étaient immunisés contre la varicelle. Si 75 % avaient été vaccinés contre le l'hépatite B (avec des schémas de vaccination parfois aléatoires), seuls 50 % étaient immunisés, et 25 % ont eu un boost vaccinal en raison d'Ac anti HBs < 10. Seuls 10 % étaient vaccinés contre le pneumocoque, 35 % contre la grippe saisonnière et 75% contre la COVID. \* Pour les vaccinations post consultation. 14 patients (70%) ont eu au moins une nouvelle injection vaccinale, avec un délai moyen entre la consultation et la première injection de 40 jours (6-77 jours). 86 % des patients ont réalisé leurs vaccinations chez leur médecin traitant. Après la consultation, 70%

des patients étaient vaccinés contre le pneumocoque (contre 10 % avant) et contre l'hépatite B (contre 50% avant). \* Pour le ressenti de la consultation : 65% des personnes interrogées considéraient avoir acquis des connaissances au cours de cet entretien et 50% aurait souhaité avoir cette consultation plus tôt au cours de leur parcours de soins. 95% de notre échantillon était favorable à la vaccination, 1 patient est resté opposé à toute vaccination. Conclusions. Dans notre expérience, une consultation dédiée de vaccinologie semble un plus pour les patients MICI, au même titre que la rencontre avec une IDE d'éducation thérapeutique, et mériterait d'être intégrée dans le dispositif d'annonce. Elle permet d'avoir un temps spécifique pour faire le point sur les risques infectieux et les vaccinations et a permis une amélioration de la couverture vaccinale des patients, en particulier contre le Pneumocoque, mais aussi contre l'hépatite B. Si la satisfaction concernant le contenu est bonne, il reste des améliorations à apporter sur la chronologie, sa réalisation (vaccinations au décours de la consultation) et sa place dans le parcours des patients, en lien avec le médecin traitant.

### **10 - Hépatite auto-immune-like après vaccination anti-Covid-19: à propos de 2 cas.**

*N Aguerro, A Raoto, T Randrian, A Benezech, J Sigrand, M Brihay, S Bellon, JP Arpurt. CH Avignon*

Début 2022 sont apparus des cas isolés d'hépatite d'allure auto-immune (HAI) au décours d'une vaccination anti-COVID 19. Bien que les effets secondaires sévères soient rares, des manifestations auto immunes ont déjà été rapportées dans des revues systématiques (1,2,3) et commentées (4)

Nous rapportons 2 cas (Homme : 65 ans, Femme : 20 ans) ayant été respectivement vaccinés en mars 21/ mai 21 et juin 21/ septembre 21. De plus ils ont contracté l'infection COVID-19 respectivement à 8 mois et 6 mois post 2ème injection. Dans les 2 cas, ils ont présenté une cytolysé hépatique (Homme : 20 N ; Femme: 4N) sans ictère et insuffisance hépatique et ont eu une PBH (Homme : F3 F4 ; Femme : F2). Les critères simplifiés du diagnostic d'hépatite auto immune selon l'IAHG (International Auto-Immune Hepatitis Group) étaient retenus. Une bithérapie (corticoïdes + Imurel) et une monothérapie (corticoïdes) ont été respectivement mises en place pour l'homme et la femme, permettant de normaliser le bilan hépatique en 4 à 6 mois. Avec un recul respectivement de 4 et 6 mois, le traitement a été maintenu chez l'homme et stoppé chez la femme sans récurrence.

En conclusion et selon la littérature ces atteintes hépatiques : - ont souvent un profil d'HAI de type 1 et cela quel que soit le vaccin utilisé. - ont une prise en charge non différente des HAI spontanées. - répondent bien au traitement et seraient non



récidivantes à l'arrêt du traitement et - ont une pathogénie controversée auto-immune ? médicamenteuse ?

En pratique il semble raisonnable de ne pas poursuivre la vaccination anti COVID.

**Références:** **1)** Roy A, Verma N, Singh S et al. Immune-mediated liver injury following COVID-19 vaccination. A systemic review. *Hepatology Communications* 2022, 0 ; 1-10. **2)** Chow KW, Pharm N, Ibrahim BM et al. Autoimmune hepatitis like syndrome following COVID vaccination : a systemic review of the literature. *Dig Dis Sci* 2022 ; 87 : 4574-80 **3)** Efe C, Kulkarni AV, Terziroli Beretta-Piccoli B et al. Liver injury after SARS-CoV-19 vaccination : features of immune-mediated hepatitis, role of corticosteroid therapy and outcome. *Hepatology* 2022 ; 10.1002/ hep 32572. **4)** Pariente A. Atteintes hépatiques d'allure auto-immune après vaccination anti-Covid-19. *Hepato-Gastro et Oncologie Digestive* ; 29 : 1111-1114

**11 - Quand une diarrhée en cache une autre !**  
*Alexandra Fernandes, Gilles Macaigne, Stéphane Nahon - CH Montfermeil.*

Melle B 19 ans, sans antécédent particulier, est vue par un collègue de ville en avril 2022 pour un syndrome rectal depuis 2 mois. Le diagnostic de rectite de RCH est posé par l'association des symptômes, les données de la rectosigmoidoscopie et un antécédent de MICI chez sa mère. Elle reçoit un traitement par 5 ASA par voie locale et par voie orale permettant de contrôler les symptômes. Pendant les vacances d'été, elle a 3-4 selles par jour et des douleurs abdominales. On note une perte de poids de 10 kg. Une coloscopie est réalisée le 29/08/2022 à son retour de vacances montrant une cicatrisation du rectum et en revanche quelques ulcérations au niveau de la valvule de Bauhin. A noter que l'iléon terminal n'a pas été visualisé. Une entéro-IRM a été réalisée le 21/09/2022. Celle-ci a montré l'absence d'atteinte au niveau du grêle terminal et un aspect d'épaississement du bas fond caecal. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

**12 - Est-ce qu'une coopération entre hépato-gastroentérologues et pneumologues... est une piste pour optimiser les ressources humaines et/ou matérielles en endoscopie ?**  
*Vincent QUENTIN, Thierry PAUPARD You Heng LAM Armand GARIOUD - CH de Saint-Brieuc, Cholet et Villeneuve-St-Georges.*

Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse grâce à un questionnaire de type "enquête flash" envoyé sur la liste de diffusion de l'ANGH en juin 2023. Les objectifs principaux seront : 1. D'estimer la proportion d'établissements où les moyens humains et/ou les équipements sont mutualisés

entre les deux spécialités ? 2. De décrire le type de mutualisation mise en place et enquêter sur les éventuels avantages à cette coopération. 3. D'établir un niveau de satisfaction des coopérations mises en place. Les questions posées porteront sur les thèmes suivants : généralités et volume d'activité, démographie médicale et para médicale, plateau technique, désinfection des endoscopes, matériel d'endoscopie en Gastroentérologie/Pneumologie, astreinte et personnel infirmier d'endoscopie, degré de satisfaction pour les centres ayant mis en place une collaboration. Les résultats de cette enquête pourront être exposés en session "vie professionnelle" ou "endoscopie".

**13 - Etude Prépa vidéo :**  
**Impact de la visualisation d'une vidéo explicative sur la qualité de la préparation intestinale.**  
*Mathias Vidon, Laurent Costes, Hervé Hagège, Sandrine Barge, Céline Somsouk, Anne Laure Desgabriel, Julia Roux, Armand Garioud, Anne Wampach, Kaltoum El Fadil, Safa Hachicha, Emy Valette, Bastien Gouillet, Danny Risk, Aida Rebiha, Elvire Desjonqueres, Isabelle Rosa. CHI Créteil et CHI Villeneuve-St-Georges - GHT Confluences.*

La qualité de la préparation intestinale est primordiale. L'information sur la préparation intestinale peut être donnée rapidement et le délai est parfois long entre la consultation et la coloscopie. L'idée de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'ajouter à cette information orale sur la préparation intestinale une vidéo de 4 minutes qui détaille les différentes étapes de la préparation intestinale, à visualiser 48h avant la coloscopie. Il s'agit d'une étude prospective, randomisée en simple aveugle (médecin évaluateur) et bicentrique. L'objectif principal est de comparer le pourcentage de coloscopie avec un score de Boston supérieur ou égal à 7 et un score supérieur ou égal à 2 dans chaque segment dans le groupe 1 "information standard et visualisation d'une vidéo" et dans le groupe 2 " information standard sans vidéo". Les objectifs secondaires sont de comparer les échelles de compréhension et de satisfaction en rapport avec la qualité de l'information sur la préparation intestinale dans les deux groupes. Les critères d'inclusion sont : patient majeur < 80 ans, réalisation d'une première coloscopie, examen réalisé en ambulatoire, préparation par moviprep, accès à internet, compréhension du français, absence de constipation (> 3 selles par semaine) ou de prise de laxatif au long cours. L'objectif est d'inclure 282 patients soit 141 patients dans chaque groupe. Les inclusions ont débuté le 13/10/2020. Les résultats préliminaires seront présentés lors du congrès.

**14 - Qualité des coloscopies sous Kalinox pendant l'épidémie de COVID-19**

*Rim Abboud \* 1,2 , Guy Houist 2 , Bénédicte Lambare 2 1. Gastroentérologie et Hépatologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes, FRA 2. Gastroentérologie et Hépatologie, Faculté de Médecine de l'Université Libanaise, BEYROUTH, LBN Auteur correspondant : Rim Abboud, rim.abboud24@gmail.com*

La coloscopie est une procédure majeure pour le dépistage et le diagnostic des lésions colorectales. En France, l'anesthésie générale reste la méthode de sédation la plus utilisée pour la coloscopie. Face à plusieurs contraintes, d'autres méthodes de sédation ont été adoptées. La plus connue est la sédation par mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) commercialisée sous le nom de Kalinox, et qui est proposée en seconde intention après une anesthésie générale. Depuis mars 2020, la crise sanitaire provoquée par le COVID-19 nous a obligé à proposer la coloscopie sous Kalinox aux patients qui, avant la crise, auraient pu bénéficier d'une anesthésie générale. Nous présentons une étude rétrospective monocentrique au Centre Hospitalier Sud Ile de France (CHSF) dont l'objectif est d'évaluer la qualité des coloscopies réalisées sous Kalinox en première ligne. Entre le 01/01/2019 et le 31/05/2021 inclus, 9 médecins d'expérience différente ont réalisé 284 coloscopies sous Kalinox au CHSF. Le premier groupe comprenait 65 coloscopies sur 15 mois avant la crise sanitaire du COVID-19, soit de janvier 2019 à mars 2020 inclus et le second groupe comprenait 217 coloscopies sur 14 mois pendant le COVID-19, soit entre avril 2020 et mai 2021 inclus. Nous avons étudié les caractéristiques épidémiologiques des patients (sexe, âge), la qualité de la préparation selon le Boston Bowel Preparation Scale (BBPS), le taux d'intubation caecale (TIC), le taux de détection des adénomes (TDA), le taux de détection des polypes (TDP), le taux de détection du cancer (TDC) et les complications. Le critère principal était le pourcentage de coloscopies complètes et les critères secondaires étaient : ADR, PDR et CDR. Nous avons conclu que le KALINOX nous permettait de poursuivre le dépistage du cancer colorectal avec des TIC et TDA acceptables. Cette méthode de sédation plus simple et moins coûteuse devrait être proposée à un plus grand nombre de patients.

### **15 - Gastrectomie atypique.**

#### **Traitement d'une GIST gastrique par une technique hybride associant la dissection sous muqueuse (DSM) et la coelioscopie (Lap-Endo cooperative surgery, LECS).**

*T. Tatagiba (1), L. Potier (2), G. Barjonet (1), W. Al Rafei (1), I. Oria (1), E. Ariane, N. Mascareno (1), H. Osman (1) (1) Service d'Hépatogastroentérologie CH Montélimar (2) Service de Chirurgie Viscérale CH de Montélimar*

Nous présentons le traitement d'une GIST gastrique par une technique hybride associant laparoscopie et endoscopie (Lap-Endo cooperative surgery, LECS), montrant des avantages en terme de réduction des marges chirurgicales grâce à la visualisation endoscopique, avec une meilleure conservation anatomique et fonctionnelle de l'estomac. Patient de 83 ans hospitalisé pour un méloena depuis 1 semaine, sous Eliquis 2,5mgx2/j. Hb 10,6 g/dl, transfusé d'un CGR. Découverte à l'endoscopie d'une tumeur pédiculée (pédicule large de 2 cm) avec une calotte hypervasculaire munie d'un mini suintement hémorragique. Le pédicule est implanté 5 cm sous le cardia au niveau de la petite courbure, versant postérieur. La ponction sous échoendoscopie confirme une GIST gastrique. Pas de métastases au scanner. Le traitement des GIST gastriques par résection cunéiforme laparoscopique avec une agrafeuse linéaire est largement acceptée dans le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales gastriques (GIST). Bien que peu complexe, cette procédure présente des inconvénients majeurs, à savoir un défaut d'identification de la lésion, une possible rupture de la capsule avec l'agrafeuse linéaire, un prélèvement excessif de tissu normal et des difficultés techniques pour atteindre des zones telles que le cardia, le fundus, la petite courbure ou les zones péri-pyloriques. De plus la résection cunéiforme laparoscopique peut entraîner des marges positives, une ablation excessive de tissus sains ou même nécessiter la conversion en laparotomie pour accéder à la lésion. Une résection endoscopique assistée par coelioscopie a été proposée. La procédure a associé une coelioscopie avec une simple identification de la zone gastrique à l'endroit où nous avons commencé la dissection sous muqueuse (DSM). Technique réalisée sous insufflation de CO<sub>2</sub>, utilisant un capuchon transparent et un couteau de DSM (Finemedix. ClearCut Type J, longueur de 2mm et ClearCap/ Cousin Endoscopy). Le geste endoscopique consiste, après un marquage périphérique, à inciser la muqueuse en sillon puis à disséquer en profondeur ce sillon. Pendant la DSM, on coagule les vaisseaux de la sous muqueuse. Puis on réalise une perforation artificielle de la périphérie de la lésion. La résection est complétée par laparoscopie. Retour à domicile 4 jours après la gastrectomie atypique. Avantages de la LECS : résection ciblée et limitée de la paroi gastrique et probablement une meilleure récupération post opératoire. Désavantages de la LECS : Perforation artificielle, nécessité d'accessoires endoscopiques de DSM et un temps opératoire prolongé (3 heures dans notre cas). De nombreux articles ont rapporté la LECS comme une procédure faisable et sûre pour les lésions sous-muqueuses gastriques. L'avantage de la LECS classique est l'exhaustivité de la résection avec une marge minimale, déterminée du côté muqueux. Dans le cas des lésions gastriques, il est

possible d'exciser précisément la lésion en déterminant la ligne de résection à partir de la surface de la muqueuse, garantissant ainsi l'obtention d'une résection complète et des marges négatives par cette procédure. Technique élégante, minutieuse, réalisable en CHG, sous réserve d'une excellente collaboration endoscopiste/ chirurgien et de maîtrise de la DSM.

### **16 - Quand le polype s'emballé... et la cirrhose aussi !**

*LOISEL C, GRASSET D, BILLET G (Vannes)*

Nous rapportons l'observation d'un patient de 58 ans, porteur d'une cirrhose mixte dysmétabolique et éthylique sevrée, découverte à la faveur d'une rupture de varices œsophagiennes en 2012. A partir de 2017, le patient est hospitalisé de façon répétée pour des hémorragies digestives hautes avec méléna et déglobulisation liées à un polype hyperplasique antral développé sur hypertension portale. La cirrhose est cotée CHILDA et la fonction rénale est normale. Résections endoscopiques après résections, il est impossible d'en venir à bout... Ce tableau finit par impliquer des transfusions itératives hebdomadaires, les hémorragies récidivant et le polype hyperplasique grossissant de plus en plus jusqu'à atteindre 10 cm de diamètre ! Entre 2018 et 2021, de staff en staff régional, les propositions se sont succédées : du TIPS à la gastrectomie partielle en passant par une thrombose de TIPS, justifiant une embolisation de la veine ombilicale puis une dérivation porto-cave... il s'en est passé des événements pour en finir enfin avec les transfusions ! Malheureusement, l'hypertension portale n'est pas la seule complication de la cirrhose.. Après un peu de tranquillité, il est dépisté un nodule de carcinome hépatocellulaire conduisant à une radiothérapie stéréotaxique avant une possible inscription sur liste de transplantation hépatique... Une revue de la littérature des connaissances sur l'évolution et le traitement des polypes hyperplasiques gastriques liés à l'hypertension portale sera présentée.

### **17 - Utilisation des clips «over the scope» pour le traitement des lésions hémorragiques digestives hautes : Expérience 2022 -2023 au Centre Hospitalier de Valenciennes.**

*Yasmina Belouchrani Arnaud Boruchowicz Julien Lollivier Ambroise Lalieu Rachida Leblanc (Valenciennes)*

Introduction: L'hémorragie digestive haute est une cause fréquente d'hospitalisation. En cas d'ulcère la pose de clips hémostatiques, la coagulation et l'injection sous muqueuse constituent les traitements de première intention. En cas d'échec une embolisation et une intervention chirurgicale sont envisagées en deuxième intention. Des études récentes ont mis en évidence une nouvelle

possibilité de traitement endoscopique avec l'utilisation des clips over the scope pour le traitement des ulcères hémorragiques avec signes de sévérité (références 1 et 2). Nous rapportons notre expérience depuis le début de l'utilisation de ces clips dans notre centre dans cette indication. Patients et méthodes : Entre le mois de septembre 2022 et le mois d'avril 2023 11 clips ont été mis en place chez 11 patients présentant une hémorragie digestive haute (tableau). Les patients âgés de 47 à 90 ans présentaient un ulcère du bulbe Forrest <2 b (n =9), une tumeur de l'estomac (n =1), une hémorragie post polypectomie duodénale (n=1). Six patients présentaient une insuffisance rénale chronique et huit une cardiopathie. Deux patients présentaient une insuffisance hépatique. Dix patients sur onze étaient traités par anticoagulants oraux et un patient présentait une cirrhose secondaire à l'alcool. Une endoscopie digestive haute diagnostique et avec tentative d'hémostase par injection d'adrénaline et pose de clips standards avait été réalisée sans anesthésie générale chez neuf patients. En cas d'échec de l'hémostase ou de récurrence hémorragique la pose de clips over the scope était envisagée. Dix endoscopies thérapeutiques ont été réalisées au bloc opératoire ou en réanimation et une a été réalisée sans anesthésie générale à l'unité de soins intensifs cardiologiques. Une formation pour apprentissage de la pose avait été effectuée pour les endoscopistes qui ont pris en charge les patients et pour les infirmières de l'équipe. La pose du clip a été réalisée par quatre praticiens seniors de l'équipe (dont trois spécialisés en endoscopie interventionnelle). Les examens étaient réalisés avec une infirmière spécialisée en endoscopie digestive et deux opérateurs étaient présents pour certains examens. Les endoscopies ont été réalisées dans la journée ou en début de soirée. Résultats : Une récurrence précoce a été observée à 48 h chez un patient et a nécessité une embolisation puis un traitement chirurgical avec un séjour prolongé de 45 jours en réanimation puis en soins continus. Dans 10 cas sur 11 une hémostase a été obtenue (photos 1, 2 et 3). Une sortie de l'hôpital a été possible chez tous les patients. Conclusion : Dans ce début d'expérience la pose de clips « over the scope » a permis d'obtenir l'hémostase dans 10 cas/11. Une récurrence hémorragique a été observée à 48 h chez un patient. Une formation préalable à la technique de pose et la possibilité de réaliser l'intervention avec la présence de deux praticiens en particulier en début d'expérience a facilité l'acquisition de la technique. Tous les patients ont pu sortir de l'hôpital dans les suites du traitement. Des données complémentaires concernant les patients et leur évolution seront actualisées au moment du congrès. 1) Meier B et al. Over-the-scope-clips versus standard treatment in high-risk patients with acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding : a randomised controlled trial (STING-2). Gut. 2022

Jul;71(7):1251-58. 2) Chan S et al. Use of over-the-scope clip (OTSC) versus standard therapy for the prevention of rebleeding in large peptic ulcers (size  $\geq 1.5$  cm): an open-labelled, multicentre international randomised controlled trial. Gut. 2023 Apr;72(4):638-43.

**18 - Les déchets en endoscopie digestive: problématique et perspectives. Un film tourné en CHG, pour la commission éco responsabilité et développement durable de la SFED.**

M. Kaassis (1-2), A.S. Bonhomme (1), C. Maurille (1), A. Bondu (1), J. Baudon (1), Y.H. Lam (1), Commission éco responsabilité et développement durable, Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) (2), (1) Cholet ; (2) Paris.

Introduction : Le GIEC nous alerte sur le réchauffement climatique lié à l'émission de Gaz à Effet de Serre (GES). Le monde de la santé représente 8% des émissions nationales de GES et la gestion déchets, 4 %. Qu'en est-il plus particulièrement en endoscopie digestive ? Et comment sensibiliser sur le sujet ? Patients et Méthodes : Les établissements de santé génèrent en moyenne 700 000 tonnes de déchets par an. La généralisation de l'usage unique a accru la quantité de Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI) et 165 000 tonnes de DASRI produites chaque année. En ce qui concerne l'activité d'endoscopie : la quantité moyenne de déchets est d'environ 2,1 kg par endoscopie et moins de 10% sont recyclés. La consommation d'eau est majeure (80-100 l pour le lavage d'un endoscope), avec utilisation de métaux rares. La majorité des déchets, en particulier les DASRI, sont traités de manière inappropriée avec un impact environnemental, et l'absence de tri coordonné interpelle. Si le plastique est massivement utilisé pour la fabrication de l'usage unique, moins de 1/3 déchets plastiques sont recyclés, et sont trop souvent déversés dans océans ( $\approx 7$  millions tonnes par an). Résultats : En lien avec la commission éco responsabilité et développement durable de la SFED, nous avons réalisé un film de 3 minutes faisant le point sur le volet environnemental de notre activité d'endoscopie digestive. Les séquences ont été tournées sur 1 journée au sein d'un bloc opératoire polyvalent où sont réalisées les endoscopies sous anesthésie. Les chiffres sur les quantités de déchets, le recyclage, la possibilité de diminuer nos déchets y sont précisés. Le but est un document court pour prise de conscience et permettre à chacun de lutter à son niveau contre le gaspillage. Des pistes simples existent déjà comme : diminuer les examens et les biopsies non indiqués « le meilleur déchet est celui que l'on ne produit pas », développer le recyclage (cartons, plastiques), privilégier les solutions réutilisables plutôt que les jetables (sabots, cale dent, calots, tenues), réduire notre consommation de plastique (bouteilles d'eau

stériles). Le film aussi est destiné à nos directions, et aux industriels avec qui nous travaillons, qui doivent être impliqués et novateurs pour fournir des dispositifs plus éco responsables. Cette présentation est également l'occasion de comprendre les modalités et difficultés pratiques d'une évolution verte de notre activité au sein d'un centre de l'ANGH. Conclusion : La quantité de déchets en endoscopie est considérable avec un impact environnemental. Il est urgent de réévaluer et de réduire les impacts écologiques et économiques de notre activité et des dispositifs à usage unique. Ce film permet d'aborder cette problématique, pour une prise de conscience et œuvrer pour améliorer l'existant au sein de nos CHG. Remerciements : les auteurs remercient la Commission éco responsabilité et développement durable de la SFED et la Société NTU Medias pour le tournage du film. Le film sera présenté en séance, il est disponible sur le site de la SFED.

**19 - Caractéristiques et pronostic des hémorragies digestives hautes survenant chez les malades sous inhibiteurs de la pompe à protons : analyse post-hoc d'une étude prospective multicentrique**

W. El Hajj (1) ; S. Nahon (1) ; V. Quentin (2) ; D. Grasset (3) ; J.P. Arpurt (4) ; F. Skinazi (5) ; R.L. Vitte (6) ; L. Costes (7) ; A.J. Rémy (8) ; C. Locher (9) ; G. Macaigne (1) (1) Montfermeil; (2) Saint-Brieuc; (3) Vannes; (4) Avignon; (5) Paris; (6) Poissy; (7) Créteil; (8) Perpignan; (9) Meaux Et le groupe SANGHRIA de l'ANGH

Introduction Dans le cadre du bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), une sur-prescription est souvent dénoncée. Inversement, peu d'études ont évalué les conséquences de l'absence de prescription d'IPP en cas d'indication reconnue. Les objectifs de ce travail ont été de comparer, dans une cohorte de malades ayant une hémorragie digestive haute (HDH), ceux avec et sans IPP au moment de l'hémorragie et notamment les malades présentant des facteurs de risque (FDR) de lésions muqueuses gastro-duodénales ayant une indication de traitement prophylactique par IPP. Patients et Méthodes De novembre 2017 à octobre 2018, une étude prospective observationnelle multicentrique (1) menée dans 46 Centres Hospitaliers Généraux en France a recensé tous les cas consécutifs d'HDH. Les données démographiques, épidémiologiques, endoscopiques (diagnostic, traitement), pronostiques de l'HDH et le statut Helicobacter pylori (Hp) ont été recueillis et comparés entre les malades sous et sans IPP au moment de l'HDH. Le taux de prescription d'IPP chez les patients ayant des FDR d'ulcère gastro-duodéal (UGD) a été calculé. Les caractéristiques des HDH en rapport avec un UGD chez ces patients ont été comparées

avec ou sans IPP. Le rôle potentiel du traitement par IPP sur la gravité de l'hémorragie ulcéreuse a ensuite été évalué en effectuant une analyse uni-et multivariée des facteurs prédictifs de gravité de l'hémorragie. Résultats 2 498 malades présentant une HDH ont été inclus, parmi lesquels 777 (31%) étaient sous IPP au moment de l'hémorragie. Les malades avec IPP étaient plus âgés (72,2 vs 67 ans ;  $p < 0.0001$ ), avaient plus de comorbidités cardio-vasculaires (50% vs 32% ;  $p < 0.0001$ ), d'insuffisance rénale chronique (23% vs 15% ;  $p < 0.0001$ ), de diabète (23.2% vs 18% ;  $p = 0.007$ ) que ceux sans IPP. Un antécédent d'ulcère gastro-duodéal (UGD) était significativement plus fréquent dans le groupe de malades sous IPP (15.1% vs 8.3% ;  $p < 0.0001$ ) et la prévalence de l'infection par Hp au moment de l'HDH avait tendance à être moins importante chez les malades sous IPP (13.9% vs 21.7% ; ns). L'HDH en rapport avec un UGD était significativement moins fréquente chez les malades avec IPP que chez ceux sans IPP (29% vs 45% ;  $p < 0.0001$ ), alors que les angiodysplasies étaient significativement plus fréquentes dans le groupe de malades avec IPP (7,1% vs 2,3% ;  $p < 0,0001$ ). 20% des malades avec UGD hémorragique avaient une infection par Hp, dont seulement 13.7% de ceux avec IPP (vs 21,3% dans le groupe sans IPP ;  $p = 0,07$ ). Une sous prescription des IPP était notée chez les malades ayant un ou des FDR de lésions gastro-duodéales et devant théoriquement bénéficier d'un traitement anti-sécrétoire prophylactique (tableau 1). Dans cette population à risque, l'UGD hémorragique était également significativement plus fréquent en l'absence de traitement par IPP (50% vs 26,5% ;  $p < 0,0001$ ). Dans notre cohorte de malades avec UGD hémorragique, les facteurs prédictifs de sévérité de l'HDH étaient en analyse multivariée : l'âge > 65 ans, l'hospitalisation au moment de l'hémorragie, la double anti-aggrégation plaquettaire, le traitement anti-coagulant et le score de Charlson. L'absence de traitement par IPP n'était pas un facteur de risque indépendant de sévérité de l'hémorragie. Conclusion Dans cette cohorte de malades sous IPP présentant une HDH, un ulcère gastro-duodéal était significativement moins fréquent que chez ceux sans IPP, alors que les angiodysplasies étaient significativement plus fréquentes. La gravité de l'HDH était identique chez les malades sans et sous IPP. Par ailleurs, cet observatoire confirme qu'il existe une sous prescription d'IPP chez les malades ayant une indication validée de prophylaxie anti-sécrétoire, seuls 1/3 d'entre-eux étant sous IPP. Le bon usage des IPP doit également tenir compte de ces sous prescriptions en cas d'indications validées. Références bibliographiques (1) : Quentin V, Remy AJ, Macaigne G et al. Prognostic factors associated with upper gastrointestinal bleeding based on the French multicenter SANGHRIA trial. *Endosc Int Open* 2021; 09: E1504–E1511 DOI 10.1055/a-1508-5871

## 20 - Dosage du facteur VIII en cas d'angiodysplasies digestives : à faire systématiquement ?

André-Jean REMY Service d'Hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier de Perpignan.

La prise en charge de la maladie de WILLEBRAND (MW) concerne de nombreux professionnels de santé dont font partie les gastroentérologues. Les patients atteints de MW de type 3 présentent des hémorragies digestives dans 24% des cas chez les hommes, et 29% chez les femmes. Ces hémorragies digestives peuvent révéler des pathologies variées, similaires à celles retrouvées dans la population générale en terme de fréquence (pathologies tumorales, ulcères hémorragiques, hémorragies diverticulaires...). Elles peuvent également révéler la présence d'angiodysplasies digestives, qui constituent une entité à part dans la MW notamment de type 3 en raison de leur fréquence élevée. L'angiodysplasie intestinale est définie comme une lésion vasculaire acquise superficielle, unique ou multiple, développée dans la muqueuse et/ou la sous muqueuse de la paroi du tube digestif, sans être associée à une lésion angiomateuse cutanée ou viscérale.. Les lésions sont plus volontiers localisées sur le caecum et le côlon ascendant, mais peuvent également être retrouvées sur l'ensemble du côlon, l'intestin grêle ou l'estomac. Des hospitalisations prolongées sont parfois nécessaires ainsi que le recours aux transfusions, et à un traitement substitutif prolongé, ce qui altère la qualité de vie. Une enquête internationale réalisée en 1993 au sein de 297 centres de traitement de l'hémophilie a permis d'évaluer la fréquence de ces angiodysplasies, résumées dans le tableau 10. Cette étude retrouvait une fréquence plus élevée d'angiodysplasies dans la MW de type 3 que dans les types 1 et 2 de MW. En l'absence de disponibilité de l'examen par vidéocapsule en 1993, il est vraisemblable que la prévalence réelle des angiodysplasies digestives chez les patients atteints de MW de type 3 soit plus élevée. A l'inverse, il n'existe pas de données sur la fréquence de la maladie de WILLEBRAND chez les patients ayant des angiodysplasies symptomatiques. Quelles sont nos pratiques actuelles ? En l'absence de recommandations, un dosage systématique du Facteur VIII est-il réalisé chez tous les patients saignant sur angiodysplasie ? C'est à cette question que cette enquête flash de pratiques veut répondre. Les résultats seront présentés au congrès des Sables d'Olonne dans l'idée d'une étude prospective de cohorte. Références 1. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022\\_01/pnds\\_type\\_3\\_3\\_11\\_2021.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022_01/pnds_type_3_3_11_2021.pdf) 2. [https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu\\_year/angiodysplasies-hemorragiques-du-tube-digestif/](https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/angiodysplasies-hemorragiques-du-tube-digestif/) 3. Fressinaud E, Meyer D. International Survey of

Patients with von Willebrand Disease and Angiodysplasia. *Thromb Haemost.* 1993;70:546-546.

## 21 - L'oncologie digestive au sein de l'ANGH

*You-Heng LAM, Centre Hospitalier de Cholet  
Christophe LOCHER, Centre Hospitalier de Meaux*

Les centres de l'Association Nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux (ANGH) ont des tailles variables allant du centre hospitalier périphérique au centre hospitalier régional. Les ressources médicales sont également variables en fonction de la taille et de la proximité ou non d'un centre hospitalier universitaire, d'un centre de lutte contre le cancer ou d'un centre privé anticancéreux. L'ANGH participe en tant que membre actif au conseil d'administration et au conseil scientifique de la fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD) et participe, par ses membres, aux essais cliniques. De plus, l'augmentation de la formation d'internes en oncologie et la suppression du DESC en cancérologie au profit de la formation transversale en oncologie pourraient modifier en partie le parcours de soins en oncologie digestive. Un questionnaire de type enquête flash a été envoyé sur la liste de diffusion de l'ANGH pendant la période du congrès d'Aix en Provence, en septembre 2022 avec pour objectif d'identifier les différentes ressources en oncologie digestive des centres ANGH. Les résultats de cette enquête seront présentés.

## 22 - Colite et mélanome métastatique : il n'y a pas que l'immunothérapie

*S Helias (1), S Gaudron (2), H Ayadi (1), V Bodiguel (3), M Bendaoud (3), F Harnois (1), C Locher (1,4) (1) Service de Gastro entérologie GHEF site de Marne la Vallée (2) Service de Dermatologie GHEF site de Marne la Vallée (3) Service d'Anatomopathologie GHEF site de Marne la Vallée (4) Service de Gastro entérologie GHEF site de Meaux*

Madame C. 69 ans est suivie dans le cadre d'un mélanome initialement localisé, BRAF muté, diagnostiqué en novembre 2020. En novembre 2021, des métastases cutanées, gingivales, ganglionnaires et pulmonaires sont diagnostiquées et un traitement par thérapie ciblée est débuté en février 2022, associant un anti BRAF (Encorafenib) et un anti MEK (Binimetinib). Le Pet scan de novembre 2022 montrait une réponse métabolique et morphologique mais aussi l'apparition d'une plage digestive modérément hyper-métabolique du tiers moyen du colon droit et des adénopathies iliaques primitives droites et une coloscopie était programmée. Une semaine avant la coloscopie, elle est adressée aux urgences pour des rectorragies avec déglobulisation à 5.5 g/dl et syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à 12 000 et CRP à 81. Le scanner abdomino pelvien montre un

épaississement pariétal étendu de l'angle droit au caecum, et sur 5 cm de la dernière anse iléale associée à une infiltration et des adénomégalies du méso-colon. Lors de la coloscopie, ce n'est pas une lésion tumorale mais...une colite grave. Mais elle n'est pas sous immunothérapie ? Ce n'est pas comme d'habitude... L'iconographie et la revue de la littérature seront présentées lors du congrès

## 23 - - ETICC study – Portuguese results Impact of the pandemic COVID-19 in the diagnosis and management of colorectal cancer in 2020 in Portuguese hospitals

*Bárbara Abreu, Cristiana Sequeira, Tânia Gago, Cristina Teixeira, Pierre Lahmek, Marine Besnard, Bruno Lesgourgues, Maria Ana Rafael. Portugal, France.*

This is a Portuguese substudy of the French retrospective multicentric study ETICC (*Etude de l'Impact de la pandémie COVID-19 sur le diagnostic et la prise en charge du Cancer Colorectal*) coordinated by the Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux. The French study included 11 centers, with a total of 961 patients. In Portugal, 4 centers were included.

Patients included in the control group had a diagnosis of CRC made between the 1<sup>st</sup> January 2019 and the 29<sup>th</sup> February 2020 and patients included in the COVID group had a diagnosis performed between the 1<sup>st</sup> March 2020 and the 28<sup>th</sup> February 2021.

Data were collected regarding patient's characteristics and tumor's characteristics. Dates of first medical consultation concerning CRC, histological diagnosis, surgical resection, neoadjuvant treatment, adjuvant or palliative chemotherapy were also collected. It was registered if there was a perception of a delay in the diagnosis or treatment of the CRC. To compare the "control" and "COVID" groups, non-parametric tests were used to compare quantitative variables and chi-square and the conditional independence Mantel-Haenszel test were used to compare qualitative variables.

### Results

We included 766 patients, 496 in the control group and 270 in the COVID group, with similar median ages (70 years-old, IQR 58-82) and sex distribution (60% men) between groups. Concerning the staging of the CRC at the time of diagnosis, no statistically difference was found between groups ( $p=0.770$ ). In the control group 25% of patients were asymptomatic at the time of diagnosis, whereas in the COVID group only 8.4% were asymptomatic ( $p<0.001$ ). There was also a significant decrease in diagnosis after a positive fecal immunochemical test (FIT): 20.8% in the control group and 11.3% in the COVID group ( $p=0.002$ ). In France, no significant decrease in CRC diagnosis in asymptomatic patients was found. 31.7% and 41.1% of patients initiated their follow-up at the hospital after going to

the emergency room in the control and COVID groups, respectively, and 53.6% and 48.5% after consulting their general practitioner ( $p=0.020$ ). The rate of complications at the time of diagnosis has increased, but without statistically significance, from 17.8% in the control group to 23.7% in the COVID group ( $p=0.050$ ). Abdominal occlusion was the principal complication. In France, there was no significant difference in the rate of all complications or abdominal occlusion at the time of diagnosis.

A delay in the diagnosis and management was inferred in 16.6% of patients in the control group and in 33.6% in the COVID group ( $p<0.001$ ). Time between the beginning of symptoms and first medical consultation significantly increased, from a median of 50 days in the control group to 64 days in the COVID group ( $p<0.001$ ). On the contrary, time between histological diagnosis and tumor resection has decreased from a median of 65 days in the control group to 39 days in the COVID group ( $p<0.001$ ). Time between histological diagnosis and neoadjuvant treatment was not statistically different, as well as time between histological diagnosis and palliative chemotherapy. Time from CRC resection and adjuvant treatment has significantly decreased from 54 days in the control group to 43 days in the COVID group ( $p=0.001$ ). In France, the only statistically significant interval difference was between CRC histological diagnosis and resection, which, similarly to what happened in Portugal, has decreased from 29.5 in the control group to 23 days in the COVID group ( $p=0.013$ ).

#### **24 - L'accréditation, je n'y comprends plus rien.....**

*Laurent Costes (CHI Créteil), Nathalie Schneider, David Bernardini, Christian Boustière, Jean-Christophe Saurin*

L'accréditation c'est « prise de tête », que de l'administratif, chronophage...Il n'y a pas d'intérêt médical. Le DPC, l'accréditation, la certification, la re-certification...je suis perdu ! Il est temps de combattre ces vieux clichés et d'expliquer ce que l'accréditation peut apporter à son équipe, à ses patients et son établissement. L'accréditation est un programme de gestion des risques, de travail en équipe, d'évaluation de ses pratiques, de formation et d'engagement à mettre en pratique des recommandations de nos société savantes. Mais l'accréditation en équipe c'est avant tout valoriser ce que l'on fait déjà (CREX, RMM, réunions d'équipe, enseignement, recherche, protocoles de service, RCP, EPP, participation à des congrès...). C'est également mettre en avant son service au sein de son établissement (y compris par la prime d'intéressement collectif) et, surtout, se donner les moyens d'améliorer la prise en charge de ses patients. L'accréditation c'est également des nouveautés : un financement par la CPAM depuis 2022, un nouveau programme en 2023, des facilités

pour intégrer nos juniors, une ouverture à toutes les disciplines de notre spécialité (MICI, proctologie, endoscopie, oncologie digestive, hépatologie...) C'est aussi un fort soutien de la HAS avec une écoute bienveillante des organismes d'accréditation. L'accréditation sera également un moyen de valider la certification périodique, nouvelle obligation depuis janvier 2023. Le CEFA-HGE est là pour vous aider à mettre en place une démarche d'accréditation dans votre équipe. C'est une aide administrative lors de la constitution de l'équipe, une interface avec la HAS, des partages de documents sur un site informatique interactif, un rôle de conseil pour valoriser les actions que vous faites déjà dans le programme d'accréditation!



## Présente-moi ton hôpital : le Centre hospitalier de Cholet

Mehdi Kaasis (Cholet)



Le nouveau Centre Hospitalier de CHOLET a ouvert ses portes sur le site Marengo en 1977. L'établissement est situé aux confins des départements du Maine et Loire (49), de la Vendée (85), du Nord Deux-Sèvres (79) et de la Loire-Atlantique (44), drainant un bassin de population de plus de 250000 habitants.



Le CH de Cholet propose une offre de soins en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, en soins de suite et réadaptation, en Psychiatrie et dispose de 2 EHPAD. Si toutes les spécialités médicales sont présentes sur site, la plupart des activités chirurgicales sont représentées à l'exception de la neurochirurgie, de l'urologie, de la chirurgie cardiaque et thoracique. Le CH compte 2 TDM, une IRM, réalise des ponctions et drainages ou échographie mais n'a pas de service radiologie interventionnelle. Le CH dispose d'une unité de Recherche Clinique et va bientôt ouvrir une unité de coronarographie et de médecine nucléaire.

### En chiffres

**3 sites** (Cholet, Beaupréau, Chemillé) un Institut de Formation en Soins Infirmiers et d'une Ecole d'Aide-

Soignante.

**671 lits et 181 places** avec comme activité en 2022 : 2 112 naissances, 192 passages aux urgences en moyenne par jour, 45 824 séjours dont 55% en HDJ, 189 270 consultations

**302 personnels médicaux** (internes et docteurs juniors inclus), 42 sages-femmes et **2071 personnels administratifs, soignants, éducatifs, médico-techniques et techniques.**

Le CH est intégré au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 49 depuis 2016. Mais, géographiquement, de par sa situation équidistante entre Angers et Nantes, des collaborations existent avec les 2 CHU, même si le CH est lié au CHU Angers par le GHT 49. Les internes viennent d'Angers et de Nantes. Depuis 2016, les externes de la Faculté d'Angers font des stages sur le CH (26 externes actuellement).

### Présentation du service d'hépatogastroentérologie

**Le service** est constitué de 30 lits d'hospitalisation conventionnelle, dont 4 lits dédiés de soins palliatifs, d'un hôpital de jour et d'une unité d'hospitalisation de semaine. Les endoscopies sous anesthésies sont faites dans un bloc opératoire polyvalent avec une unité de chirurgie ambulatoire. Les endoscopies sans anesthésie sont faites dans l'unité de consultation.

L'offre de soins est assez variée : endoscopie diagnostique et thérapeutique (CPRE, EES thérapeutiques), oncologie et chimiothérapie, MICI. Un partenariat existe avec le CHU Angers pour l'activité d'hépatologie.

L'effectif médical est actuellement constitué de 4 PH (dont 1 de médecine générale), 2 PHC, 1 assistante, 1 médecin junior, 3 internes et 1 à 2 externes. Une IDE est en cours de formation IPA et 1 PH a une activité de MCU associé à la faculté de médecine d'Angers. Sur le plan médical, force est néanmoins de constater que les carrières de PH ne font plus rêver comme autrefois et que les « jeunes » aspirent à un mode d'exercice différent (souhait d'une expérience ou d'une formation spécifique, sans désir de s'inscrire sur le long terme, aspiration à plus de temps libre). Cette donnée, factuelle et compréhensible, qui n'est pas propre au CH et à notre service, rend d'une part l'effectif médical plus variable avec des départs pas toujours remplacés ; et d'autre part, rend plus compliqués à mettre en œuvre des projets structurants sur le long terme. Cette situation reflète aussi l'évolution de nos sociétés, le manque de repères et la paupérisation des hôpitaux par des politiques de soins défailtantes.

**Le défi est de savoir s'adapter, de continuer à faire vivre nos services et nos CHG par des projets,** et de rester fidèle à l'esprit du service public qui nous rassemble.

D'où l'importance de savoir se retrouver aujourd'hui.

**Alors, bon congrès à toutes et tous !**

**ANGH'ment vôtre**





## Tournage du film sur les déchets en endoscopie digestive au CH de Cholet, réalisé pour la commission éco responsabilité et développement durable de la SFED.

Mehdi Kaassis , Anne Sophie Bonhomme, Cécile Maurille, Alexandra Bondu,, Julien Baudon , You Heng Lam, CH Cholet (Cholet)



Le GIEC ne cesse de nous alerter sur le réchauffement climatique lié à l'émission de gaz à effet de serre et sur l'urgence de la problématique écologique. Compte tenu de l'importance du sujet, La SFED, a créé une commission au sein de son conseil d'administration, dédiée à l'éco responsabilité et au développement durable en endoscopie. Elle a été créée avec enthousiasme en 2021 en regroupant : gastro-entérologues libéraux ou hospitaliers, seniors, CCA ou internes, membre du GIFÉ et membre de la société française d'hygiène hospitalière (SF2H). La commission a mené rapidement des actions : Intégration au Cérés (Collectif d'Eco Responsabilité En Santé), rédactions de recommandations avec la Commission Hygiène et Plateaux Techniques, en accord avec la SF2H, sur l'utilisation de l'eau filtrée en remplacement de l'eau stérile en bouteilles plastiques en endoscopie, publications dans la presse francophone et de recommandations ESGE, travail avec les industriels pour des produits plus éco responsables.

Le monde de la santé représente 8% des émissions nationales de GES et la gestion déchets, 4 %. Les établissements de santé génèrent en moyenne 700 000 tonnes de déchets par an. La généralisation de l'usage unique a accru la quantité de Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI) et 165 000 tonnes de DASRI produites chaque année.

Mais qu'en est-il plus particulièrement en endoscopie digestive ? Et comment sensibiliser sur le sujet ? L'idée d'un film de sensibilisation sur les déchets en endoscopie a rapidement émergé au sein de la commission et le CH de Cholet a été chargé de sa réalisation.

Le film a été tourné, sur une demi-journée au sein du bloc opératoire polyvalent où nous effectuons les endoscopies avec anesthésie. La société NTU Medias, habituée à travailler avec le CH, a procédé au tournage, après accord de la direction et du bloc. L'équipe était constituée de 2 personnes : prise de son et caméra.

L'accès aux salles bloc a été autorisé. Les questions ont été préparées à l'avance, l'équipe IDE d'endoscopie a été très impliquée et Mme Anne-Sophie Bonhomme, IDE, a participé aux questions-réponses. Le rendu final a été retravaillé avant de fournir un film correspondant à nos attentes.

Le film a été présenté ensuite au sein du CH, au bloc, et en congrès (Vidéo Digest et JFHOD 2023). Il le sera également au cours de ce congrès ANGH 2023.



Au sein du CH de Cholet, une **commission écoresponsabilité** existe également avec de nombreuses pistes de travail et d'actions. Les déchets ne sont qu'une petite partie de l'empreinte carbone des établissements de santé. Mais si nous regardons le volet déchets, dans notre CH, il n'existe pas de filière de tri organisé pour les plastiques et une étude interne montre que 50 % des déchets sont classés DASRI à tort, alors que les DASRI ont un impact carbone plus important que les déchets courants.

**Sur 1 semaine :**

**estimation des volumes de certaines matières plastiques issues du bloc opératoire du CH de Cholet : 18 m3 de déchets plastiques, soit 180 kg**

**En chiffres !**

- ☑ La quantité moyenne de **déchets** est d'environ **2,1 kg par endoscopie** et moins de 10% sont recyclés.
- ☑ La consommation d'**eau** est majeure (**80-100 l pour le lavage** d'un endoscope), avec utilisation de métaux rares.
- ☑ La **majorité des déchets**, en particulier les DASRI, sont **traités de manière inappropriée avec un impact environnemental**, et l'absence de tri coordonné interpelle.
- ☑ Si le plastique est massivement utilisé pour la fabrication de l'usage unique, moins de 1/3 déchets plastiques sont recyclés, et sont trop souvent déversés dans océans (≈ 7 millions tonnes par an). **La pollution plastique est un fléau ; en 2050 il aura plus de plastique dans les océans que de poissons.**

Il y a beaucoup à faire mais des pistes simples existent déjà sur la base de « Réduire, Recycler, Réutiliser ».



On peut, par exemple,

- ☑ diminuer les examens et les biopsies non indiqués « le meilleur déchet est celui que l'on ne produit pas »,
- ☑ développer le recyclage (cartons, plastiques),
- ☑ privilégier les solutions réutilisables plutôt que les jetables (sabots, cale dent, calots, tenues),
- ☑ réduire notre consommation de plastique (bouteilles d'eau stériles).

Le film aussi est destiné à nos directions, et aux industriels avec qui nous travaillons, qui doivent être impliqués et novateurs pour fournir des dispositifs plus éco responsables.



Cette expérience est aussi l'occasion de comprendre les modalités et difficultés pratiques d'une évolution verte de notre activité au sein d'un centre de l'ANGH. Ces difficultés sont nombreuses avec un volet politique inhérent, mais **prendre conscience est le premier pas indispensable**. Car, que nous nous le voulions ou non, nous sommes toutes et tous concernés(e)s par la problématique écologique, au sein de nos vies privées et professionnelles.



## Les échos du conseil scientifique

Armand Garioud (Villeneuve-Saint-Georges)

### ● Renouvellement

Au début de l'année, le Conseil scientifique a été renouvelé avec l'élection de trois nouveaux membres, Faiza KHEMISSA (Perpignan), You-Heng LAM (Cholet), Mathias VIDON (Créteil) et la réélection de Frédéric HELUWAERT (Annecy). Bienvenue aux nouveaux qui renforcent l'oncologie digestive et la gastroentérologie au sein du Conseil. Son prochain renouvellement avec six postes aura lieu en 2025 avec un appel à candidatures en octobre 2024.

### ● Publications et Congrès

Cette année, les résultats de notre Observatoire **OBADÉ** conduit par Camille BARRAULT (Créteil) ont été publiés fin 2022 dans *Alcohol Alcohol*. Ils montrent la baisse de la consommation d'alcool et l'amélioration de la situation hépatique chez le patient cirrhotique alcoolodépendant traité par le baclofène. Aussi, les résultats des enquêtes de pratique « **Hydrothorax** » et « **B/Delta** » menées par Jean-François CADRANEL (Creil) et présentées à de nombreux congrès nationaux et européens seront respectivement bientôt publiés dans *BMC Gastroenterology* et *Eur J Gastroenterol Hepatol*. Les résultats de notre étude **DEPIST C ENDO** menée par André-Jean REMY (Perpignan) tout comme ceux de notre enquête **KIDEPIS** conduite par Isabelle ROSA (Créteil) ont été publiés dans le *BEH* de juillet 2023 à l'occasion de la journée nationale des hépatites virales le 25 juillet. La première dont les résultats seront présentés lors de notre Congrès montre l'intérêt du dépistage dans une population > 45 ans hospitalisée pour une (des) endoscopie(s) digestive(s) sous anesthésie générale, la seconde le profil des patients adressés pour la prise en charge d'une hépatite C. Ces résultats seront ainsi bien visibles par nos tutelles et concourront, nous l'espérons à une politique gouvernementale plus ambitieuse de dépistage des hépatites. Félicitations à tous ces auteurs de l'ANGH !

Plusieurs de nos travaux ont été présentés en Congrès cette année. Tout d'abord, les résultats de l'étude ancillaire de **SANGHRIA** montrant l'impact des IPP sur l'hémorragie digestive haute en CHG ont été présentés en plénière scientifique lors des JFHOD 2023 par Weam EL HAJJ (Montfermeil). Ceux définitifs de l'étude **PIBAC** notre étude de cohorte avec suivi pendant 5 ans d'infections

chroniques B « inactives » ont été présentés en orale par Xavier CAUSSE (Orléans) de même que ceux de **PEREM** du Getaid, l'étude sur le switch IV vers SC de l'infliximab dans laquelle plus du 1/3 des patients inclus sont issus de l'ANGH. Enfin, les résultats de l'enquête de pratique sur les **modalités de la ponction d'ascite en ambulatoire** et l'étude **Amylose et foie** conduites par Jean-François CADRANEL (Creil) ont été présentés en communication affichée. Enfin, **DEPIST C ENDOS** a été présenté en poster à l'EASL 2023 et les résultats de l'étude **VACCIR** sur la couverture vaccinale du cirrhotique conduite par Aurore BARON (Corbeil-Essonnes) seront présentés en oral à l'AFEF 2023. Bravo à tous ces porteurs de projets qui font vivre l'âme scientifique de l'ANGH !

### ● 31ème Congrès - Sables d'Olonne

30 soumissions ont été soumises aux choix du Conseil scientifique qui en a retenu 24 dont **15 communications originales** et **9 cas cliniques** pour vous établir un programme de qualité. Vous retrouverez également l'habituelle **session de pratiques professionnelles** ainsi que **4 Conférences** (cf programme). Aussi, après la création avec succès l'année dernière de l'« **Atelier pratique** » à destination des Jeunes (internes, Assistants, jeunes PHs) revient cette année sur le thème de la gestion du diabète/dyslipidémie en consultation d'hépatologie avec les Pr J.BOURSIER et B.CARIOU.

### ● Etudes en cours

#### **CAPABLES**

Vous les savez, il s'agit d'une étude-phare de l'ANGH coordonnée par F.MORYOUSSEF (Poissy), G.MACAIGNE (Montfermeil) et D.GRASSET (Vannes) qui 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). Plus d'une cinquantaine de centres ont rejoint l'aventure dont des CHU intéressés par cette problématique. Les inclusions ont débuté mi-octobre 2022 et début juillet, nous dépassons les 700 patients inclus. L'objectif est d'avoir 2000 patients inclus à 1 an. Nous nous en rapprochons. Toutefois, si cet objectif n'était pas strictement atteint, nous verrons pour que l'étude puisse être prolongée de 12 voire 18 mois. Si vous voulez rejoindre l'équipe, vous pouvez encore participer ! Pour plus d'infos, écrivez un mail

à vous pouvez écrire un mail à [julia.gross@ght-yvelinesnord.fr](mailto:julia.gross@ght-yvelinesnord.fr), cheffe de projet à la DRC du CH de Poissy.

**Retrouvez la vidéo CAPABLES que vous pouvez diffuser autour de vous !**



### GANASH

Cette étude de cohorte prospective de suivi à 1 an des patients NASH suivis en CHG menée par A.GARIOUD (Villeneuve-St-G.) a clos ses inclusions le 30 juin 2023 ; les résultats définitifs en seront connus dans quelques mois. L'étude **PANAGHE** conduite par J.F.CADRANEL (Creil) sur la prise en charge de l'hépatite alcoolique aiguë avec étude de dossiers se terminera cet automne et ses résultats seront soumis aux différents congrès de 2024.

### ● LANCEMENT Microb-AI-ome

Nous vous avons déjà parlé de cette vaste étude qui était encore en gestation mais ça y est, tout est fin prêt pour commencer à participer dès la fin de cette année. Il s'agit d'une grande étude européenne dont la partie française est coordonnée par Robert BENAMOUIZIG (CHU Avicenne) et dont un des objectifs est d'obtenir les signatures fécales et salivaires du microbiome et de les coupler aux données de la coloscopie (adénomes/cancer) afin de pouvoir améliorer et affiner le dépistage du cancer colorectal qui actuellement repose sur le FIT. **2500 coloscopies seront nécessaires.** Ce seront celles faites chez nos patients âgés de 50 à 75 ans avec indication à cet examen. Elles seront effectuées après la réalisation d'un kit de collecte « French Gut » couplé à un FIT. **14 centres ANGH ont déjà rejoint l'aventure mais il n'est pas trop tard pour en être !**

**Si vous êtes intéressé.e, faites-vous connaître en flashant le QR-Code ci-dessous !**



Nous reviendrons très vite par mail vers vous pour plus de précisions.

### ● Autres études à venir

#### FAST

Cette étude a pour but d'identifier les **Facteurs Associés** à un re**T**ard diagnostique et/ou à un diagnostic d'emblée compliqué au cours de la maladie de Crohn. Elle est coordonnée par Stéphane NAHON (Montfermeil) et promue par le GETAID. **600 patients** consécutifs sont souhaités. L'étude qui durera 12 mois consistera en l'envoi d'un questionnaire patient et d'un questionnaire praticien.

**Si vous êtes intéressé.e, faites-vous connaître en flashant le QR-Code ci-dessous !**



Nous reviendrons très vite par mail vers vous pour plus de précisions.

#### ICARE 2

Cette étude a pour objectif principal comme ICARE 1 avec les biothérapies de 1<sup>ère</sup> génération d'évaluer cette fois-ci la tolérance des anti-IL23p29, JAKi et modulateurs S1P en vie réelle chez nos patients MICI. Elle est coordonnée par Julien KIRGESCHNER (CHU St-Antoine Paris) et promue par le GETAID. 6000 patients seront nécessaires avec un suivi minimum de 4 ans. L'ANGH a toute sa place pour inclure ses patients. **15 centres ANGH ont déjà rejoint l'aventure mais il n'est pas trop tard pour en être !**

**Si vous êtes intéressé.e, faites-vous connaître en flashant le QR-Code ci-dessous !**



Nous reviendrons très vite par mail vers vous pour plus de précisions.



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 !



### Retrouvez les études ANGH

Pour obtenir plus d'informations sur l'ensemble des études ANGH sur votre site adhérents ANGH+



### PARTICIPEZ A L'ENQUETE-FLASH CONGRES 2023 !!!

#### La dissection sous-muqueuse et MOI !



Les indications de la dissection sous muqueuse augmentent, la technique se perfectionne. Nos universitaires sont très actifs dans l'enseignement et la recherche. Les principaux problèmes sont la formation à cette technique et le recrutement des patients.

**Quel est l'état des lieux dans nos centres ANGH de la diffusion de cette technique et de la formation des praticiens ?**

**Parlez-nous de votre expérience** en répondant à ce questionnaire élaboré par Laurent COSTES, Mathias VIDON et Isabelle ROSA (Créteil).

### Résultats de l'enquête ANGH

#### MARS BLEU 2023 !

Le mois de mars est comme vous le savez le mois du dépistage du cancer colorectal. L'ANGH ne déroge pas à la règle de participer à sa façon à cette campagne nationale MARS BLEU qui permet de sensibiliser la population générale à la pratique du FIT !

Cette année, nous avons fait une enquête auprès de vous pour savoir comment vous aviez organisé votre opération MARS BLEU au sein de votre centre ou de votre ville. En voici les résultats !

22 centres ont participé à l'enquête : 19 ont fait une opération MARS BLEU cette année et 3 n'en ont pas fait. La majeure partie de celles-ci ont eu lieu dans la semaine du 20 mars. Dans 16 centres, elle a eu lieu dans le hall de l'hôpital et pour 8 également à l'extérieur. Tous les centres avaient installé des stands avec des affiches, 14 ont distribué des tests FIT aux passants éligibles et 9 aux personnels hospitaliers éligibles. Pour 14 centres, l'événement avait été annoncé dans la presse locale. Aussi, 8 centres distribuaient des goodies et 7 avait le COLON TOUR à disposition ! Les médecins des services d'HGE ont animé leur manifestation dans tous les centres, le personnel paramédical d'HGE dans seulement 12 centres et un intervenant extérieur (unité de prévention, Ligue contre le cancer etc.) était présent dans 14 centres.

On notera la belle initiative de nos amis du Centre hospitalier métropole Savoie d'Aix-les-Bains et Chambéry avec la réalisation d'un clip disponible sur YouTube. Tout le monde s'y est mis... gastroentérologues, nutritionniste, pharmaciens, oncologues... dans cette parodie « Dépiste-toi ! » de la chanson « Envole moi » de Jean-Jacques Goldmann.

Scannez-moi



pour voir le clip !

Pour 2024, vous pourrez trouver sur votre espace personnel ANGH+ un onglet spécial avec une boîte à outils dans laquelle vous aurez à disposition affiches, adresses d'intérêt pour bien réussir votre opération MARS BLEU !



## Les IPA : l'avenir de l'hépatogastroentérologie en Hôpital général?

Isabelle ROSA (Créteil)

La création du métier d'infirmier-e en pratique avancée (IPA) date de 2014, reprenant le concept de « transfert de compétence » mis en place dès 2009 pour certaines pathologies chroniques. Ce statut permet une régularisation de la pratique de délégation de tâche. La loi sur la création du statut d'IPA a finalement été votée en 2016, avec pour argumentation le problème durable de la démographie médicale et de la pénurie de soignants dans certains territoires d'un côté et des besoins sans cesse croissants des patients ayant des pathologies chroniques.

Les IPA sont des IDE diplômées exerçant leur métier depuis au moins 3 ans, et qui devront être titulaires d'un Master 2 en université (soit deux ans d'études à temps complet sans possibilité de cumul d'emploi). Des dispositifs de validation de l'expérience et des connaissances déjà acquises par les infirmiers seront également mis en place.

L'objectif de cette formation est de valoriser le métier d'Infirmier diplômé qui aura les connaissances théoriques et un savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes. Les IPA disposent de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. Ils peuvent suivre (avec leur accord) des patients confiés par un médecin de l'équipe de soins au sein de laquelle ils exercent, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun. Ainsi, les infirmiers réadressent leurs patients au médecin lorsque les limites de leur champ de compétences seront atteintes. Les IPA ont la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Il faudra attendre 2018 pour que les champs de compétences des IPA soient définis : 5 mentions ont été retenues : 1- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires (cardiopathie, maladie coronaire, artériopathies chroniques, AVC, diabète, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences) 2- Oncologie et onco-hématologie 3- Psychiatrie et santé mentale 4- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation 5- Urgences. La loi RIST-2 promulguée en mai 2023 élargit le domaine de compétences des IPA avec accès à la primo-prescription et permet un accès direct du patient à

l'IPA sans passer par une consultation médicale. Un compte rendu détaillé sera ensuite envoyé par l'IPA au médecin référent.

Malheureusement, l'hépatogastroentérologie n'a pas été retenue comme spécialité pouvant bénéficier d'IPA. Les seuls HGE qui ont la possibilité d'être aidés par une IPA sont ceux qui ont une activité d'oncologie digestive. Il est pourtant primordial pour les médecins hospitaliers en HGE de bénéficier de l'aide des IPA. Les chiffres du Livre blanc montrent qu'un million de patients avec pathologie HGE sont pris en charge chaque année pour pathologie, en gros pour tiers MICI/Cancers/Maladie chronique du foie. La prise en charge dans nos hôpitaux des maladies chroniques est de plus en plus chronophage ce d'autant que l'on essaie de s'inscrire dans un processus de qualité. Nous sommes de moins en moins nombreux dans nos services avec des consultations chargées et un délai d'attente parfois supérieur à 6 mois, ne permettant pas de revoir les patients chroniques en temps et en heure. Les patients que nous suivons ont des parcours particulièrement complexes, souvent atteints de plusieurs pathologies qui nécessitent un suivi global de leur prise en charge et une bonne coordination entre les multiples acteurs. Ce sont des patients qui nécessitent un accompagnement avec des activités d'éducation à la santé, de prévention, de promotion de la santé (multiples rendez-vous, gestion des traitements au long cours, addictions, grossesse, santé sexuelle, activité physique, nutrition, etc...).

L'intérêt de l'IPA serait de renforcer le suivi de ces patients, en alternance des consultations médicales, pour améliorer leurs parcours et permettre un meilleur accès aux médecins pour de nouveaux patients et une activité des spécialistes recentrée sur des expertises médicales. On peut facilement imaginer le bénéfice d'une consultation alternée médecin-IPA pour le suivi des cirrhoses ou des MICI, le bénéfice en terme de perdus de vue avec un rappel systématique des patients et la mise en place d'une prise en charge à la carte pour ces patients complexes.

Pour toutes ces raisons, il est question de rediscuter avec les instances ministérielles de l'inclusion de l'HGE au sein de la première mention des pathologies chroniques. Cette re-discussion devra se faire via le CNP HGE en accord avec toutes les sociétés savantes qui le constituent.



## Plateau technique endoscopie digestive : nouvelles recommandations d'organisation et de fonctionnement

Laurent COSTES (Créteil)



Dix ans après les dernières recommandations, la Société Française d'Endoscopie digestive (SFED) publie l'actualisation sur le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive (1). Le GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie) et la SF2H (Société Française d'Hygiène Hospitalière) ont participé à l'élaboration de ce texte.

La pandémie à SARS-CoV-2 a modifié nos pratiques. Il est important d'avoir des recommandations communes avec la SF2H pour éviter les discordances entre les textes.

L'objectif de ce résumé est de reprendre les principales évolutions de ces nouvelles recommandations.

Le port du masque chirurgical résistant aux projections (type IIR selon la norme NF EN 14683 de 2019) est recommandé avec un tablier ou une surblouse imperméable, des lunettes et des gants à usage unique. Le port systématique du FFP2 n'est donc pas recommandé (c'est probablement un compromis entre sécurité et qualité de vie au travail : en effet il est souvent difficile de bien porter un FFP2 sur une journée complète de travail). Il n'y a pas de recommandation pour l'utilisation d'une tenue stérile pour les actes d'endoscopie (sauf pour la gastrostomie). Il faut toutefois recommander de manipuler les DMI introduits dans une cavité stérile de manière aseptique.

Pour les actes d'endoscopie nécessitant une anesthésie générale et/ou réalisés au bloc opératoire, le taux de renouvellement de l'air doit être de 15 volumes/heure avec 6 volumes/heure d'air neuf au minimum. Il s'agit d'une classe de risque 3 (ISO 7). Pour les actes d'endoscopie ne nécessitant pas d'anesthésie générale et non

réalisés au bloc, le débit minimal d'air neuf doit être de 60m<sup>3</sup>/heure/personne.

Le texte fait une proposition sous la forme d'un tableau du bionettoyage à réaliser entre deux patients et en fin de programme. Cela doit permettre à chaque établissement de définir une politique de bionettoyage en concertation avec l'équipe opérationnelle elle d'hygiène.

En ce qui concerne les locaux, la recommandation insiste sur le lieu de stockage des produits de nettoyage et désinfection avec notamment une ventilation et un système de récupération pour éviter que du liquide puisse se répandre en cas de fuite.

On retrouve bien sûr une recommandation sur le nombre d'endoscopes par salle (une salle d'endoscopie doit comporter au moins 4 coloscopes et 4 gastroscopes disponibles dont au moins un nasogastroscope et/ou un coloscope pédiatrique). Le renouvellement des endoscopes

doit se faire au bout de 5 ans ou de 1500 à 2000 actes afin de garder une qualité d'image optimale et afin de limiter le risque d'altération de la qualité microbiologique des canaux. Ce point est très important car il permet d'avoir un texte de référence pour discuter des achats avec nos service biomédicaux et nos directions.

Pour l'endoscopie en urgence, la présence d'une astreinte IDE associée (avec habilitation aux gestes) est une recommandation de l'ESGE 2021. Pour ce qui est du traitement des endoscopes il doit être assuré par des paramédicaux formés et

habilités en dehors des heures ouvrables (instruction DGOS 2016). Le matériel mis à disposition dans le chariot d'urgence doit être listé et vérifié de façon régulière. Une liste d'équipement du chariot d'urgence est proposée.

Le chapitre éco-responsabilité et développement durable est nouveau. Il a toute sa place dans ces recommandations. Le choix du matériel doit permettre de se questionner sur les 3R (Réduire, Réutiliser et Recycler). La gestion des déchets (tri, recyclage, utilisation réduite des DASRI)

### En Bref

- Masque chirurgical de façon courante
- AG Renouvellement air : 15 vol/h
- Bionettoyage entre chaque patient
- Stockage des produits de désinfection sécurisé
- 4 coloscopes 4 gastroscopes par salle
- Renouvellement endoscopes 5 ans ou 1500/2000 actes
- Urgences astreinte IDE Liste chariot d'urgence
- Parcours d'habilitation pour les nouveaux arrivants
- Démarche qualité CREX/REX/RMM
- Charte de fonctionnement
- Recommandation SFED/SF2H/GIFE

doit permettre de favoriser le recyclage. Les déchets à éliminer en DASRI (déchets d'activités de soins à risque infectieux) doivent être réduits au minimum (essentiellement les objets piquants-coupants-tranchants non retractables). Un questionnement sur l'empreinte écologique lors de chaque achat de matériel permettra de réduire la production de déchets.

La qualité de la formation du personnel est très importante. Pour le personnel médical, elle est détaillée par la SFED. Le GIFE participe activement celle des IDE d'endoscopie. Le GIFE préconise la réalisation d'un parcours d'habilitation pour un nouvel arrivant. Dans chaque centre d'endoscopie la formation doit être organisée que ce soit au niveau de la formation initiale (qui peut durer jusqu'à 12 mois pour le niveau 3) que de la formation continue. Il existe un protocole de coopération national pour la réalisation des explorations fonctionnelles par les IDE. Le cadre de santé peut être aidé par un IDE expert référent en endoscopie (décrit par l'instruction du 4 juillet 2016).

La rédaction de protocoles, l'évaluation des pratiques, la formation, la déclaration des événements indésirables et leur analyse restent des éléments indispensables à un fonctionnement de qualité. Ces analyses peuvent se faire en CREX/REX ou RMM en fonction de la gravité des événements. Le suivi d'indicateurs pertinents est également

recommandé (qualité de la coloscopie, résultats microbiologiques...). La démarche qualité peut s'intégrer dans l'accréditation des équipes médicales recommandée par la HAS.

Ces nouvelles recommandations donnent un cadre très précis pour le fonctionnement d'un plateau technique d'endoscopie. Elles peuvent servir à définir la trame d'une charte de fonctionnement. Elles donnent un cadre lors de travaux, d'achat ou renouvellement de matériel. Une recommandation commune SFED/SF2H et GIFE donne plus de force à ce texte. Elle doit être utilisée lors des discussions au sein de nos établissements.

*(1) Chevaux J-B, Dananché C, Jézéquel J, et al. Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SQFED), de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) et du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023 ; 30 13-2*



## Cotisation

Dre Aurore Baron (Corbeil Essonnes), Trésorière de l'ANGH.

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

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

Merci d'avance de votre implication effective dans la vie de notre Association.  
Le montant de la cotisation a été fixé par le Conseil d'Administration à 35 €.  
(L'inscription est gratuite pour les assistants spécialistes et les internes)

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

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





## Bezoard

« Je sais que je ne sais rien »

Bruno Lesgourgues



Vassil via Wikimedia Commons  
Bézoard ornementé, fin du xvii<sup>e</sup> siècle, Kunsthistorisches Museum, Vienne.

En lisant les titres des communications soumises au congrès de l'ANGH 2023 je suis interpellé par un titre : « Un bezoard cocainé » soumis par l'équipe de L'hôpital de Saint Denis. Au delà de l'aspect médical je me suis posé la question de l'origine de ce mot que je connais et utilise depuis des lustres (On n'est finalement jamais assez curieux) . Alors comme je viens tout juste de me créer un compte Chat GPT j'interroge en premier cette nouvelle boîte noire :

Le bézoard est une substance minérale ou organique qui se forme dans l'estomac ou les intestins de certains animaux, comme les chèvres ou les antilopes. Pendant des siècles, on a cru que le bézoard avait des propriétés curatives et qu'il était capable de guérir de nombreuses maladies. Certaines cultures croyaient également que le bézoard portait bonheur et qu'il avait le pouvoir de protéger contre les mauvais esprits.

Cependant, il convient de noter que ces croyances ne sont pas scientifiquement prouvées et que le bézoard ne devrait pas être utilisé comme remède sans

supervision médicale adéquate. En fait, la consommation de bézoards peut être dangereuse et causer des problèmes de santé, car ces substances peuvent contenir des toxines et des bactéries nocives pour l'organisme. Par conséquent, il est important de ne pas se fier aux croyances populaires et de consulter un professionnel de la santé avant de prendre des substances supposées avoir des propriétés curatives ou porte-bonheur. Wikipedia une fois de plus me sauve la mise : c'est mot d'origine persane qui signifie « qui préserve du poison » !

Quelle surprise j'en étais resté au tricho et au phyto bézoards qui nous donnaient tant de fil à retordre... et au traitement depuis une dizaine d'année par le Coca-cola !

En interrogeant Wikipedia ( <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bézoard> ) j'ai eu pu immédiatement mesurer l'immensité de mon ignorance sur ce sujet. Pour ce qui est du mot il est d'origine persane « qui préserve du poison ». Il s'écrit avec un « d » comme dernière lettre en français mais sans « d » en anglais. Finalement Chat GPT a attiré mon attention par un texte synthétique mais Wikipedia est complémentaire et permet de référencer par exemple la toxicité des bézoards par l'anecdote qui y est mentionnée :

« En 1557, alors qu'à cette époque, on attribuait des propriétés quasi-miraculeuses, dont celle d'antidote, aux bézoards, Ambroise Paré pensait que cela était impossible. Or, il arriva qu'un marmiton à la cour royale fut pris volant de la fine argenterie, et condamné à la mort par pendaison. Le marmiton accepta plutôt d'être empoisonné à condition qu'on lui administrât un bézoard

immédiatement après le poison et qu'il soit libre s'il en réchappait. Paré utilisa alors la pierre de bézoard sans succès puisque le cuisinier mourut sept heures plus tard. Paré prouva ainsi que la pierre ne pouvait guérir de tous les poisons comme on le croyait couramment alors. »

*On apprend aussi qu'en alchimie on distinguait : le bézoard minéral, le bézoard martial, le bézoard d'or, le bézoard lunaire et le bézoard d'étain.*

*Si j'avais été passionné par Harry Potter j'aurais connu les pouvoirs mystérieux du bézoard dès 1991 (Harry Potter à l'école des sorciers : le bézoard y est une pierre de l'estomac des chèvres qui sert d'antidote la plupart des potions....).*

*Mais alors qu'est-ce donc que ce nouveau bezoard cocainé ?*

Découvrez sur notre site internet ce cas clinique

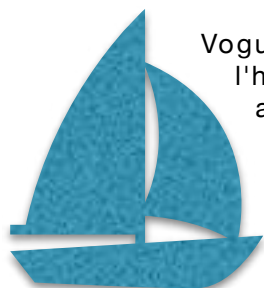
**Un bezoard cocainé** par Florence Skinazi, Aymerik Mage, Caroline de Kerguenec, Zakarya Kebir (Saint Denis) :

<https://angh.net/abstracts/un-bezoard-cocaine/>



## Vogue avec un Crohn !

Pierre-Louis ATWELL



Vogue avec un Crohn, c'est l'histoire d'un jeune patient atteint de la Maladie de Crohn qui rêvait de large et d'aventures en mer.

Diagnostiqué d'une maladie de Crohn à l'âge de 16 ans et après plusieurs années de rapports difficiles à la maladie, je lance en 2017 le projet Vogue avec un Crohn afin de participer à la mythique Solitaire du Figaro.

"Lancer le projet Vogue avec un Crohn a été une des choses les bénéfiques que j'ai pu faire pour moi-même et pour les autres. Je ne me suis jamais senti aussi bien que depuis que je parle de ma maladie quotidiennement !"

L'idée était de communiquer largement sur les MICI (Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin) et particulièrement auprès du grand public qui connaît peu ou mal ces maladies.

Vogue avec un Crohn devient également un symbole d'espoir pour les 250 000 patients atteints de MICI en France en portant haut et fort le message : **"Même malade, tout est possible !"**.

C'est une incroyable aventure qui commence avec le soutien des premiers partenaires. Parmi eux, des entreprises engagées dans la santé digestive.



Plus qu'un simple message d'espoir pour les patients, moi et mon projet devenons de véritables acteurs de la santé en mettant sans cesse l'expérience patient au cœur des échanges.

En 2018, un mois après la Solitaire du Figaro, je suis opéré en urgence pour une perforation du colon. Je me vois alors obligé de vivre avec une stomie digestive pour au moins 6 mois.

Une nouvelle épreuve pour moi qui malgré les difficultés ne me laisse pas décourager bien au contraire !

" Quand on m'a dit que j'allais être stomisé, ça été un choc. Avant même d'arriver au bloc opératoire je me suis dit que si ma maladie ne m'avait pas empêchée de vivre mes rêves, ma stomie ne m'en empêchera pas non plus !"

Transformer les épreuves de la vie en opportunité, c'est ainsi que j'aborde les obstacles. Après un an à sensibiliser sur les MICI, cet événement était l'opportunité pour Vogue avec un Crohn d'élargir mes horizons : **Même malade, tout est possible ! Stomie ne rime pas avec fin de vie !**

Pendant plusieurs mois après l'opération, il m'a fallu réapprendre à marcher, à faire du sport et même à naviguer avec la stomie. Le 19 mai 2019, je prenais le départ de la Normandy Channel Race pour une course de plus de 1000 milles nautiques avec une stomie !

Un an jour pour jour après mon opération, je prendrai le départ de ma première Transat Jacques Vabre en Class40 !

Aujourd'hui, Vogue avec un Crohn poursuit son engagement auprès des patients au travers de nouveaux défis comme les courses au large mais également en intervenant tout au long de l'année au cœur du système de santé et en collaborant avec l'ensemble des acteurs : Associations de patients, industrie, professionnels de santé, institutions...

## Les missions de "Vogue avec un Crohn"

### Sensibiliser

Sensibiliser le grand public aux Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin au travers de grand événements de course au large.

Echanger avec les jeunes générations pour les sensibiliser au handicap visible mais également invisible, aux thématiques de l'alimentation ou encore du dépassement de sois.

Mieux faire connaître les maladies digestives et avoir un rôle pédagogique pour faire tomber les tabous.



### Partager

**Porter la parole** des malades avec conviction auprès des différents acteurs de la santé digestive en valorisant l'expérience patient afin d'améliorer les parcours de soins et mieux répondre aux besoins des patients.

Valoriser les initiatives positives et orienter les patients vers les associations comme l'AFA CROHN RCH FRANCE

Vivre et partager une aventure humaine et sportive unique au travers d'un sport authentique et respectueux de l'environnement pour émouvoir, inspirer, motiver et faire rêver tous ceux qui nous accompagnent.



### Encourager

Aider les patients atteints de maladies chroniques à accepter leur maladie afin de pouvoir en parler et ensuite mieux la vivre au quotidien.

Porter un message d'espoir et encourager les patients à se lancer des défis en prouvant que "même malade, tout est possible !".

Etre un relais auprès des patients des perspectives d'avenir positive en MICI afin de leur permettre d'avoir confiance dans l'avenir et de pouvoir se projeter dans leurs projets.



Pierre-Louis ATWELL sera présent parmi nous lors de la soirée du vendredi 16 septembre 2023.

L'ANGH soutient et est partenaire du projet "Vogue avec un Crohn".



## Résultats de l'Enquête-flash ONCO-ANGH

You-Heng LAM (Cholet) et Christophe LOCHER (Meaux)

Les centres de l'Association Nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux généraux (ANGH) ont des tailles variables allant du centre hospitalier périphérique au centre hospitalier régional.

Les ressources médicales sont également variables en fonction de la taille et de la proximité ou non d'un centre hospitalier universitaire, d'un centre de lutte contre le cancer ou d'un centre privé anticancéreux.

L'ANGH participe en tant que membre actif au conseil d'administration et au conseil scientifique de la fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD) et participe, par ses membres, aux essais cliniques.

Par ailleurs, l'augmentation de la formation d'internes en oncologie et la suppression du DESC en cancérologie au profit de la formation transversale en oncologie pourraient modifier en partie le parcours de soins en oncologie digestive.

Un questionnaire de type enquête flash a été envoyé sur la liste de diffusion de l'ANGH pendant la période du congrès d'Aix en Provence, en septembre 2022 avec pour objectif d'identifier les différentes ressources en oncologie digestive des centres ANGH.

### Méthodologie

Un questionnaire Google Forms type enquête flash a été envoyé par voie électronique, aux membres de l'ANGH pendant la période du congrès ANGH d'Aix en Provence en septembre 2022.

### Résultats

57 réponses ont été recueillies pour un total de 38 centres ANGH du fait de réponses multiples par certains centres.

#### Les nombres de praticiens par centre ANGH

Les réponses concernent en moyenne des équipes de 6 Hépatogastroentérologues (HGE) (1-10). 30%

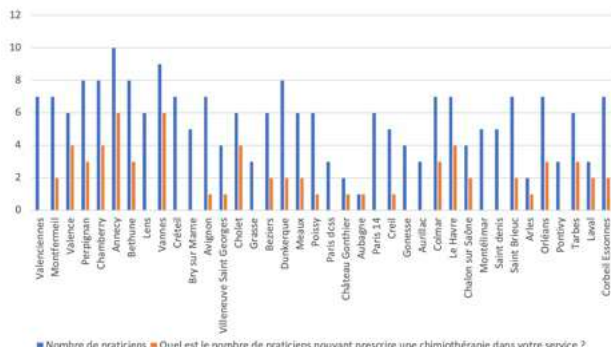


Figure 1. Nombre de praticiens ayant une compétence pour la prescription de chimiothérapie au sein des services de l'ANGH.

des HGE avait une qualification pour la prescription de chimiothérapie (Figure 1).

#### Prise en charge de l'oncologie digestive

La prise en charge de l'oncologie digestive est majoritairement assurée par un HGE à 42%, suivi par une prise en charge mixte à 34% (Figure 2).

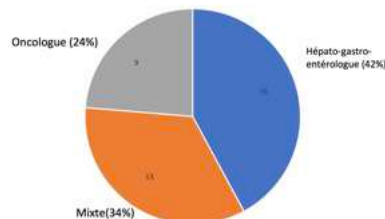


Figure 2. Prise en charge de l'oncologie digestive par les hépatogastroentérologues et oncologues.

Les ressources médicales permettent la tenue de réunions de

concertation pluridisciplinaire à majorité locales (86%).

Le lieu d'administration est majoritairement en HDJ d'oncologie polyvalente (76%) avec un lieu de production centralisé de chimiothérapie (63%) avec contrôle pharmaceutique.

#### Chirurgie oncologique

- Chirurgie colique, 97%, (37/38)
- Chirurgie de l'estomac, 94%, (36/38)
- Chirurgie hépatique ou biliaire, 66% (26/38)
- Chirurgie du pancréas, 60% (23/38)
- Chirurgie de l'œsophage (13/38)
- Chirurgie de la carcinose (6/38)

Les chirurgies oncologiques concernent principalement les chirurgies coliques et gastriques suivies des chirurgies hépatique et pancréatique. Des seuils d'activité pourraient modifier le volume opératoire de certaines chirurgies au sein des différentes structures.

#### Radiologie interventionnelle

- Radiofréquence ou autre traitement local intrahépatique (16/38)
- Traitement endovasculaire hépatique (chimioembolisation, embolisation portale...) (15/38)

#### Participation aux essais cliniques et attachés de recherche clinique

La participation aux essais cliniques est active, surtout aux essais de la FFCD à 57% et accessoirement aux essais de l'industrie.

71% des centres ont un attaché de recherche clinique, plutôt centralisé (55%)

11 centres n'ont pas d'accès aux attachés de recherche clinique.

#### Discussion

L'offre de soins en oncologie est complète et de qualité, et respecte les critères de l'Institut National du Cancer, avec également une offre de recherche clinique en oncologie dans les hôpitaux généraux.

La prise en charge de l'oncologie digestive en centre hospitalier général est actuellement assurée en majorité par des HGE qualifiés en oncologie. La part d'HGE qualifiée dans cette étude est de 30%. La part des spécialistes HGE compétents et qualifiés en cancérologie était de 8%, selon des sources RPPS en 2018. Cependant ce chiffre peut être sous-estimé. Une enquête en ligne auprès de 1065 hépato-gastro-entérologues en 2019, reprise dans le Livre blanc d'hépatogastroentérologie en 2020 a montré que ce pourcentage était de 32%.

Plusieurs éléments pourraient modifier le parcours de soins en oncologie dans un futur proche. L'activité est soutenue en hépato-gastroentérologie avec 1,1 millions de séjours « digestifs » en hospitalisation complète dont 825.000 dans le public en 2016. On comptait également 2,7 millions de séjours « digestifs » de jour dont la moitié en public. 22% concernaient les séjours pour « chimiothérapies pour tumeurs ». L'augmentation de l'incidence des cancers digestifs en particulier du cancer pancréatique avec une augmentation de l'incidence à 14.000 cas par an en France métropolitaine contribue à des prises en charge complexes multidisciplinaires, nécessitant davantage de ressources médicales, et d'exams



Figure 3. Mode d'exercice des HGE et oncologues médicaux.

endoscopiques que ce soit pour le diagnostic, le dépistage ou la thérapeutique. Parallèlement les projections montrent également une augmentation des maladies inflammatoires chroniques intestinales et des maladies hépatiques.

Or les ressources médicales en hépato-gastroentérologie notamment hospitalière sont inquiétantes avec une population vieillissante (44% d'HGE de plus de 55 ans en 2018) et une grande variation de la densité en HGE allant de 1 à 10 pour 100.000 habitants.

En 2021, la part d'activité salariée était de 46,6% (Figure 3).

De plus, la balance démographique était négative de 42 praticiens en 2022 en hépato-gastroentérologie (Figure 4)

Quelles sont les pistes possibles ?

La discrète augmentation du nombre de postes d'internes HGE admis à l'épreuve classante nationale ne permettra pas à moyen terme de compenser les départs à venir (Figure 5).

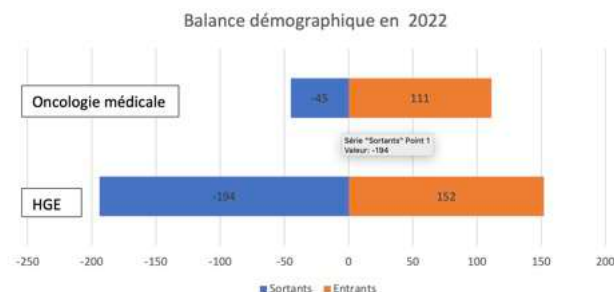


Figure 4. Balance démographique 2022 en hépato-gastroentérologie et oncologie médicale.

De plus, la suppression du Diplôme d'Étude Spécialisé Complémentaire suite au décret de 21 avril 2017, relatif à la modification du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales et la mise en route un peu tardive des Formations Spécialisées Transversales en oncologie dans certaines régions a pu dissuader certains internes en HGE de s'engager dans cette formation.

L'oncologie médicale est une spécialité relativement jeune avec une augmentation significative du nombre d'internes en formation. La balance démographique était positive de 66 en 2022 et le mode d'exercice était principalement salarié pour 84,5% en 2022 (Figures 3 et 4).

Du fait de l'augmentation des maladies chroniques en particulier oncologiques et de la baisse du nombres d'HGE, en particulier hospitaliers, une collaboration devra être mise en place dans les centres hospitaliers généraux afin d'assurer au maximum les besoins de la population

**En conclusion**

L'ANGH propose une offre de soins satisfaisante en oncologie digestive. Les perspectives démographiques et l'augmentation des maladies chroniques digestives en particulier en oncologie nécessiteront des collaborations entre HGE et oncologues médicaux au sein des centres hospitaliers généraux.

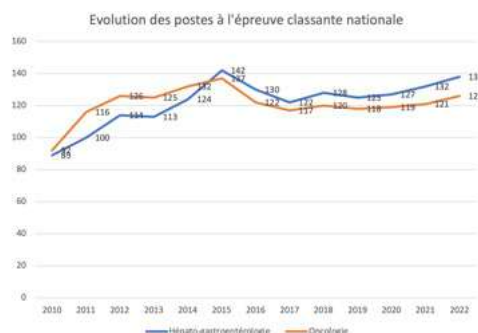


Figure 5. Évolution des postes en HGE et oncologie de 2010 à 2022.



## Doit-on dépister le cancer de l'œsophage chez les patients avec mésusage d'alcool et de tabac ?

Vincent QUENTIN (Saint-Brieuc)

Article écrit à partir de a communication présentée aux journées de la Société Française d'Alcoologie (SFA) qui ont eu lieu les 30 et 31 mars 2023.

Le cancer épidermoïde de l'œsophage est en lien avec l'exposition à des substances carcinogènes telles que l'acétaldéhyde et les nitrosamines présentes dans l'alcool et le tabac. Il représente un peu plus de 3000 cas par an en France, rapporté au nombre élevé de consommateurs excessifs d'alcool et de tabac, son dépistage pose question.

Des études internationales ont montré qu'un dépistage du cancer de l'œsophage permet le diagnostic de lésions plus superficielles et des traitements curatifs moins invasifs, notamment endoscopiques [1, 2]. Cela permettrait également d'améliorer la survie [1, 3]. Pour optimiser l'efficacité de ce dépistage, il s'agirait donc de cibler, parmi cette population de consommateurs excessifs, un sous-groupe de patient présentant le plus de facteurs de risque. Cependant, en France, en dehors de la consommation alcoolo-tabagique, les facteurs de risque classiques de carcinome épidermoïde œsophagien ne semblent pas pertinents (bétel, boissons chaudes de type maté, très bas niveau socio-économique ...). Il pourrait donc être envisagé de s'intéresser aux patients porteurs d'autres cancers ou pathologies présentant les mêmes facteurs de risque. Dans une étude française prospective randomisée, quatre groupes de patients ont bénéficié d'un programme de dépistage systématique du carcinome épidermoïde œsophagien : antécédent de carcinome épidermoïde ORL ou trachéo-bronchique, pancréatite chronique alcoolique, cirrhose alcoolique, consommation alcoolo-tabagique excessive non compliquée de pathologie d'organe. La population où ce dépistage montre la prévalence la plus élevée (9,9%) se révèle être celle des patients avec un antécédent de cancer ORL ou trachéo-bronchique, et ce de façon significativement supérieure au groupe de patients consommateurs excessifs [3]. Il s'agirait donc de la population cible pour proposer un tel dépistage.

La force de la littérature est cependant insuffisante pour que des recommandations soient établies. Seules les recommandations américaines notent « que les patients porteurs

d'une tumeur aérodigestive, notamment ceux de la cavité orale, et qui ont un antécédent d'exposition prolongée à l'alcool et au tabac, pourraient avoir un bénéfice au dépistage du cancer de l'œsophage » [4]. La

pertinence est mieux démontrée pour les antécédents ORL plutôt que trachéo bronchique. Il n'existe pas de proposition sur le rythme de dépistage.

Dans l'attente de publications prochaines sur la place des nouvelles technologies optiques en endoscopie, l'examen de choix pour effectuer le dépistage reste l'endoscopie avec coloration Lugol, à réaliser au mieux sous sédation, de façon attentive et prolongée, avec un endoscope haute définition.

En conclusion, il n'est proposé de dépister le carcinome épidermoïde de l'œsophage chez les patients avec mésusage d'alcool et de tabac qu'en cas d'antécédent ou de diagnostic en cours de cancer ORL (+/- trachéo-bronchique) et par une endoscopie de qualité.

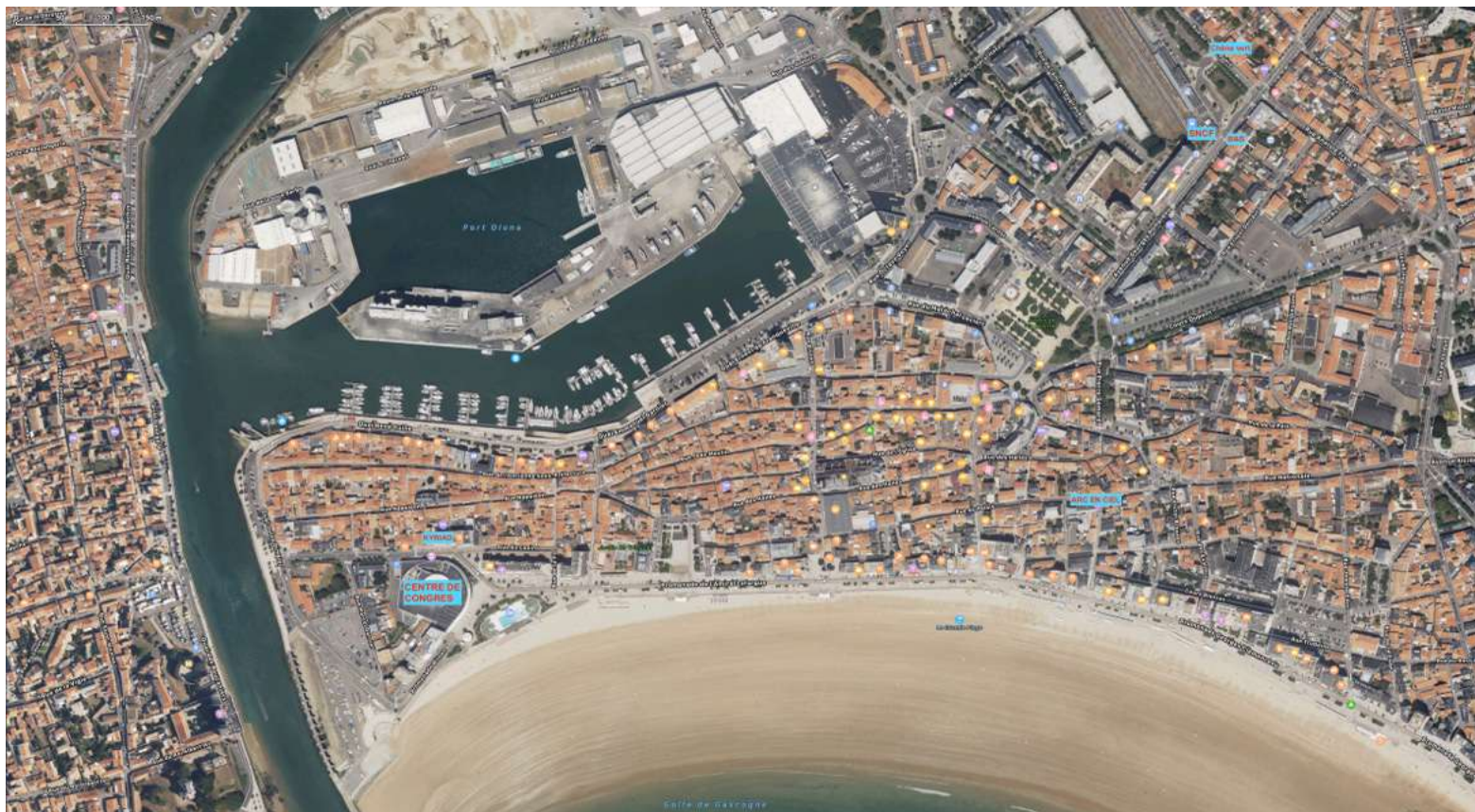
### Références:

- [1] RN Moura et al. EIO 2022
- [2] Y Nezu et al. UEGJ 2022
- [3] Dubuc J et al. Endoscopy 2006
- [4] Wang KK, Gastroenterology 2005

## Et votre séjour aux Sables d'Olonne ...



### PLAN de la ville-étape



### HÔTELS

- KYRIAD** - 8 Bd Franklin Roosevelt, 85100 Les Sables-d'Olonne
- ARC EN CIEL** - 13 Rue Chanzy, 85100 Les Sables-d'Olonne
- B&B** - 44 Av. Georges Pompidou, 85100 Les Sables-d'Olonne
- Le Chêne vert** - 5 Rue de la Bauduère, 85100 Les Sables-d'Olonne

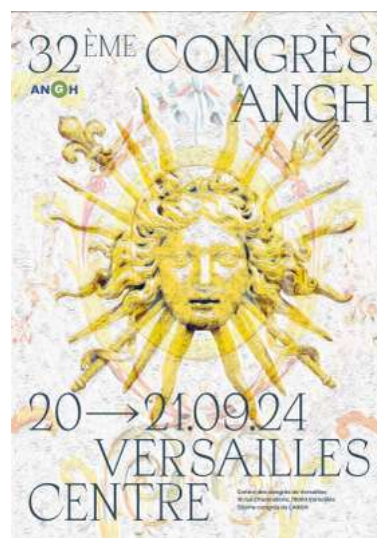
### SOIREE du vendredi 15 septembre 2023

La soirée aura lieu au **Domaine de l'Etablière** - La Jeannière, 85150 Sainte-Foy  
Départ en bus le vendredi 15/09 à 19h00 avec RDV devant le Centre de Congrès.  
Apéritif, dîner et soirée dansante. Dernier retour en bus à 1h.

Et **RENDEZ-VOUS**  
l'année prochaine



en 2024 !



## VOUS A-T-IL TOUT DIT DE SA VIE ?

Bien connaître les patients atteints d'hépatite C, c'est essentiel. Surtout quand ils taisent leurs vulnérabilités, comme la consommation de drogues, des troubles psychiatriques, une poly-médication, ou plus généralement leurs conditions de vie.

DIFFÉRENTES QUESTIONS,  
OBJECTIF GUÉRISON

 **EPCLUSA**<sup>®</sup>  
sofosbuvir/velpatasvir  
comprimés pelliculés 400mg/100mg

**Epclusa<sup>®</sup> est indiqué pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les adultes (voir rubriques 4.2, 4.4 et 5.1 du RCP EPCLUSA<sup>®</sup>)<sup>(1)</sup>.**

La prise en charge simplifiée s'adresse aux patients ayant une infection chronique par le VHC, en l'absence<sup>(2)</sup> :

- de co-infection VHB ou VIH,
- d'insuffisance rénale sévère,
- de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité, syndrome métabolique) mal contrôlée selon le médecin,
- de maladie hépatique sévère,
- d'antécédent de traitement AAD de l'hépatite C.

Pour les patients ne s'inscrivant pas dans ce cadre, une prise en charge spécialisée avec réunion de concertation pluridisciplinaire est nécessaire.

Conditions de prescription et de délivrance : Liste I. Agréé coll., inscrit sur la liste de rétrocession et remboursé séc soc. à 100 % dans les indications thérapeutiques figurant dans l'autorisation de mise sur le marché chez l'adulte<sup>(3)</sup>.

Veuillez vous référer au mémo de la HAS datant de mai 2019, mis à jour en septembre 2019<sup>(2)</sup>. Vous pouvez retrouver le résumé des caractéristiques du produit sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

1. Résumé des caractéristiques du produit EPCLUSA<sup>®</sup>.
2. Has. Fiche mémo. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Mise à jour septembre 2019.
3. Ameli. Base des médicaments et informations tarifaires. Consulté le 05/04/2022 sur le site : [http://www.Codage.Ext.Cnamts.Fr/codif/bdm\\_lt/fiche/index\\_fic\\_medisoc.Php?P\\_code\\_cip=3400930067314&p\\_site=ameli](http://www.Codage.Ext.Cnamts.Fr/codif/bdm_lt/fiche/index_fic_medisoc.Php?P_code_cip=3400930067314&p_site=ameli)