



Versailles

32ème congrès

20-21 septembre 2024

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

N° 25
Septembre
2024



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)

Conseil d'Administration

Dr Jean-Pierre Arpurt (Avignon)

Dre Aurore Baron (Corbeil)

Dre Camille Barrault (Créteil)

Dr Arnaud Boruchowicz (Valenciennes)

Dr Flavien Dautrecque (Lens)

Dre Isabelle Etienney (Paris)

Dr Armand Garioud (Vill.-St-Georges)

Dre Caroline Lemaitre (Le Havre)

Dr Christophe Locher (Meaux)

Dr Gilles Macaigne (Montfermeil)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Thierry Paupard (Dunkerque)

Dr Edoardo Poli (Longjumeau-Saclay)

Dr Vincent Quentin (Saint-Brieuc)

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Dre Isabelle Rosa (Créteil)

Dr René-Louis Vitte (Poissy)

Dr David Zanditenas (Bry-sur-Marne)

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-Akhrouz (Perpignan)

Dr You-Heng Lam (Cholet)

Dr Frédéric 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 2024 N° ISSN 1964-8278
Imprimé à 800 exemplaires Septembre 2024



Les 5 piliers !

Cher.es ami.es et collègues,

L'hépto-gastroentérologie est une spécialité médicale reposant sur 5 piliers très différents mais toujours complémentaires : l'endoscopie digestive, la proctologie, la cancérologie digestive, les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) et l'hépatologie bien sûr ! Lors de ce congrès de Versailles, vous aurez l'occasion de découvrir des conférences et des communications autour de ces 5 piliers mais aussi de nouveaux résultats des études ANGH et en premier lieu de CAPABLES. D'autres études sont en cours en 2024 tant pour les MICI (FAST, ICARE-2 et PERSIST-ANGH) qu'en hépatologie (RELINK généraliste et RELINK femmes enceintes). Un congrès ANGH, c'est aussi des études cliniques de terrain qui peuvent interroger sur nos pratiques professionnelles quotidiennes voire les modifier. Il y a aussi pour compléter la partie scientifique ces cas cliniques présentés par des Internes dont c'est souvent la première communication orale dans un congrès national. Cette participation à l'un de nos congrès est toujours notée dans leur CV/épreuve de titres. Bien évidemment, je n'oublierai pas la Session infirmière coordonnée par la présidente du GIFE. Cette année, une session supplémentaire leur est réservée afin d'augmenter leurs temps d'échanges et de débats. Ce sera également la 3^{ème} année de l'Atelier pratique du vendredi matin, consacré cette année, proximité du château du Roi Soleil oblige, à la prise en charge de la fistule anale, sur une musique de Lulli devenue « God save the King ».

L'ANGH regroupe année après année des femmes et des hommes qui représentent l'ANGH au sein des sociétés savantes et des instances essentielles de notre spécialité ; ils y défendent les spécificités et les contraintes de notre exercice en Hôpital général. Je citerai la SNFGE, l'AFEF, la FMC-HGE, la SFED, le CNP-HGE pour les plus importantes d'entre elles.

Je remercierai également ici nos partenaires industriels qui nous accompagnent année après année et permettent que ce Congrès puisse avoir lieu dans des conditions confortables. Après Versailles en 2024, l'ANGH mettra le cap au Sud pour Perpignan en 2025. Des équipes se sont déjà prépositionnées pour les congrès 2026, 2027 et 2028, ce qui témoigne de l'attractivité de notre Association ! Bonne lecture de cet ANGH'info et bon Congrès !

Dr André-Jean REMY (Perpignan)

Président de l'ANGH

Merci à tous nos partenaires de soutenir fidèlement notre Association

abbvie

IPSEN | RARE DISEASE

AMGEN

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Bristol Myers Squibb™

Lilly

HEALTHCARE
CELLTRION
CELLTRION HEALTHCARE FRANCE S.A.S

MAYOLY
SPINDLER
LABORATOIRES

DrFalk

MSD
INVENTING FOR LIFE

echosens
because your health matters

NORDIC
PHARMA

Ethypharm

Novatech
L'expertise pharmaceutique

FERRING
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Orphalan
Innovation for Orphan Diseases

GILEAD

Pfizer

HORIZON
medical

Takeda

TILLOTTS PHARMA
ZERIA GROUP



Au sommaire

Partenaires 2024	2
Programme 32ème congrès	4
Bienvenue à Versailles	8
Les communications du congrès	9
Les échos du conseil scientifique	23
Versailles ou les Etats Généraux de la fistule anale	27
Professionnels de santé : « prescrivez l'AFA ! »	28

Communications du congrès

-1- CAPABLES : Cohorte ANGH des Pancréatites Aiguës Biliaires Légères et Sévères. Premiers résultats des données épidémiologiques et des caractéristiques de l'hospitalisation initiale.	9
-2- Prise en charge de l'Hépatite Alcoolique Aigüe sévère en France : résultats d'une enquête nationale	10
-3- ETUDE CAPABLES: Etude ancillaire de vraie vie sur la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires chez les patientes enceintes en France.	10
-4- Gastrite granulomateuse isolée: un cas pas si simple !	11
-5- Colites microscopiques traitées par immunosuppresseur ou biothérapie : à propos de 7 cas et revue de la littérature.	11
-6- De l'intérêt du renouvellement du bilan virologique dans les poussées de MICI avec hyperthermie persistante.	11
-7- Spagulax impax : lisez bien la notice !	12
-8- Diagnostic différentiel rare des calculs cholédociens : la néoplasie papillaire intraductale des voies biliaires. Mise au point à propos de 2 cas cliniques.	13
-9- Impact de l'état nutritionnel sur la prise en charge chirurgicale des néoplasies digestives et ORL	13
-10- Enquête de pratique sur la dissection sous muqueuse dans les centres ANGH	14
-11- Perforation duodénale et abcès rétropéritonéal traités par VAC-thérapie endoscopique	14
-12- SUIVI POST POLYPECTOMIE COLIQUE : SOMMES NOUS EUROPÉENS, FRANÇAIS OU GAULOIS ?	15
-13- Predictive factors of spontaneous biliary clearance and unnecessary ERCP in patients with choledocholithiasis	16
-14- Quand une endoscopie digestive monte à la tête.	16
-15- « I've got the blues »	17
-16- Etude prospective sur les coloscopies sans AG (hypnose + MEOPA) du CH d'Aix-les-Bains	17
-17- Un tableau bruyant de rectite pseudo-tumorale	17
-18- Quand le système porte rencontre le système pulmonaire, les hépatologues s'interrogent	18
-19- Une hémorragie digestive qui a du ressort !	19
-20- Dépistage des hépatites virales et du VIH : Projet « Créteil sans virus »	19
-21- Résultats de 14 mois de « reflex testing » modifié de l'hépatite virale Delta dans un centre hospitalier général.	20
-22- Dépistage hors les murs de l'hépatite C par les pairs: 1ère expérience française	20
-23- Hématurie macroscopique avec saignement glomérulaire responsable d'insuffisance rénale chez les patients cirrhotiques	21



Programme 32ème congrès
Versailles 20-21 septembre 2024

Vendredi 20 septembre 2024

11h00 - 12h30 : WORKSHOP JEUNES PH ET ASSISTANTS animé par les Drs Isabelle ETIENNEY et Sarah TAIEB (Paris)

« De Louis XIV à nos jours : les états généraux de la fistule anale »

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

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Isabel CREMERS (Portugal) ; Mathias VIDON (Créteil)

14h21 - 14h33 : CAPABLES : Cohorte ANGH des Pancréatites Aiguës Biliaires Légères et Sévères. Premiers résultats des données épidémiologiques et des caractéristiques de l'hospitalisation initiale.

Frederick Moryoussef (Poissy), Denis Grasset (Vannes), Gilles Macaigne (Montfermeil) et le groupe des investigateurs CAPABLES

14h34 - 14h46 : Prise en charge de l'Hépatite Alcoolique Aigüe sévère en France : résultats d'une enquête nationale

.F.D. Cadranel (1) ; T. Thévenot (2) ; H. Zougmore (1) , T. Dao (3) ; J.-B. Nousbaum (4) ; M. Rudler (5) , N. Carbonell (5) , A. Coilly (6) , K. Bideau (7) , P. Mathurin (8) , A. Abergel (9) , E. Nguyen-Khac (10) , C. Barrault (11) , T. Paupard (12) , P. Sogni (5) , F. Durand (5) , C. Lemaitre (13) , V. de Lédinghen (14) , F. Heluwaert (15) , J.-P. Richardet (11) , G.P Pageaux (16) ; C. Costentin (17) , J.-P. Bronowicki (18) , J. Boursier (19) ; R. Smadhi (1) , A. Heurgué (20) , M. Medmoun (1) , G. Fantognon (1) , T. Le Magoarou (1) , P. Pulwermacher (1) (1) Creil (1) Creil ; (2) Besançon ; (3) Caen ; (4) Brest ; (5) Paris ; (6) Villejuif ; (7) Cornouaille ; (8) Lille ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Amiens ; (11) Créteil ; (12) Dunkerque ; (13) Rouen ; (14) Bordeaux ; (15) Annecy ; (16) Montpellier ; (17) Grenoble ; (18) Nancy ; (19) Angers ; (20) Reims

14h47 - 14h59 : ETUDE CAPABLES : Etude ancillaire de vraie vie sur la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires chez les patientes enceintes en France.

F Moryoussef (Poissy), D Grasset (Vannes), AJ Remy (Perpignan), S Bellon (Avignon), P Mayer (Strasbourg), M Vidon(Creteil), A Drouet dâEUR(TM)Aubigny (Quimper), C Lemaitre (Le Havre), C Locher (Meaux), M Medmoun (Creil), F Skinazi (St Denis), V Quentin (St Brieuc), MP Ripault Landi (Narbonne), M Kaassis (Cholet), C Yzet (Amiens), J Lollivier (Valenciennes), G Allard (Aix), F Ehrard (Lorient), R Gerard (Lille), A Siala (Marne La VallÃ©e), F Goutorbe (Bayonne), A Cante (Chambery), O Zaharia (Dunquerque), J Albouys (Limoges), F Helluwaert (Annecy), E Siegel (Mulhouse), T Grainville (Rennes), C DâEUR(TM)Engremont (La Tronche), N Etchepare (Valence), C Levi (Corbeil), A Martin (Bicetre), A Pauwels (Gonesse), W Al Rafei (Montelimar), O Daboussi (Chartres), A Culetto (Toulouse), A Becq (H Mondor), A Garioud (Villeneuve Saint Georges), R Lupinacci (Boulogne), E Perez (Paris), R Staniuga (Dreux), D Cuen (St-Malo), A Caldiero (Paris), C Charpig non (Paris), L Caillo (Nimes), E Gelsi (Nice), S Peschard (Meulan), C Joseph-Reinette (Argenteuil), I Touze(Lens), E Abou-Ali (Paris), M Carlon (Grasse), M Jeune (Macon), Q Laurent Badr (Reims), J Boundou (Mantes), P Andrau, N Reboux (Brest), Y Lebaeur (Paris), C Subtil(Bordeaux), R Benamouzig (Avicennes), V Rebours(Beaujon) et G.Macaigne (Montfermeil).

15h00 - 15h10 : Cas clinique n°1 : Gastrite granulomateuse isolée: un cas pas si simple !

Flavie Soumagne, Eddy Fares, Gilles Macaigne, Stéphane Nahon

15h11 - 15h23 : Colites microscopiques traitées par immunosuppresseur ou biothérapie : à propos de 7 cas et revue de la littérature.

Gilles Macaigne (Montfermeil), Frédéric Helluwaert (Annecy), Eddy Fares (Montfermeil), Laetitia Olive (Perpignan), Denis Houtin (L'Isle sur Sorgues).

15h24 - 15h34 : Cas clinique n°2 : De l'intérêt du renouvellement du bilan virologique dans les poussées de MICI avec hyperthermie persistante.

Nawel CHOURAQUI (interne d'hépatogastro-entérologie), Norman DUCATEZ (infectiologue), Laurie FAVIER (hépatogastro-entérologue), Ambroise LALIEU (hépatogastro-entérologue), Arnaud BORUCHOWICZ (hépatogastro-entérologue et chef de service), (CH de Valenciennes)



15h35 - 15h45 : Cas clinique n°3 : Spagulax impax : lisez bien la notice !

Sarra Ben Jemmia (1), D.Lippai (1), C Amouroux (1), B Tissot (1), MCO Ortiz (1), C Soriano (1), O Farah (1), AJ Remy (1), F Khemissa Akouz (1) (1) Centre hospitalier de Perpignan

15h46 - 15h56 : Cas clinique n°4 : Diagnostic différentiel rare des calculs cholédociens : la néoplasie papillaire intraductale des voies biliaires. Mise au point à propos de 2 cas cliniques.

V Quentin (CH St Brieuç)

● **15h57 - 16h17 : Conférence n°1** : « Prise en charge de la rectite réfractaire» *Pr Philippe SEKSIK (Paris)*

16h18 – 16h48 : Pause - Visite de l'exposition

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Faiza KHEMISSA-AKOUZ (Perpignan) ; You-Heng LAM (Cholet) ;

16h49 - 17h14 : **Session de pratiques professionnelles**

-Comment j'ai monté l'APA au CH Delafontaine à St Denis : Lamine CAMARA ; Dr Anne-Louise ARONSART

-Table ronde

● **17h15 - 17h45 : Conférence n°2** : « Prise en charge du cancer de l'estomac» *Pr Aziz ZAANAN (Paris)*

« Collaboration ANGH/FFCD » Pr Thomas APARICIO (Paris)

17h46 - 17h58 : Impact de l'état nutritionnel sur la prise en charge chirurgicale des néoplasies digestives et ORL

S Ben Jemmia(1), M Iboudo (2), C Amouroux (1), B Tissot (1), MC Ortiz (1), C Soriano (1), D Lippai (1), O Farah (1), AJ Remy(1), F Khemissa Akouz (1).(1) Centre hospitalier de Perpignan(2) CHU Yalgado ouedraogo burkina Faso(2)

Samedi 21 septembre 2024

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Caroline LEMAITRE (Le Havre) ; Edoardo POLI (Longjumeau)

● **08h30- 08h50 : Conférence n°3** : « Prise en charge de la gastroparésie ; abord du traitement par stimulateur et le G-POEM » *Pr Benoît COFFIN (Colombes)*

08h51 - 09h03 : Enquête de pratique sur la dissection sous muqueuse dans les centres ANGH

Laurent Costes, Mathias Vidon, Isabelle Rosa, Armand Garioud

09h04 - 09h14 : **Cas clinique n°5** : Perforation duodénale et abcès rétropéritonéal traités par VAC-thérapie endoscopique

Tatagiba T, Barjonet G, Al Khalil O, Al Rafei W, Oria I, Mascareno N, Ariane E, Osman H. Centre Hospitalier de Montélimar (GHPP).

09h15 - 09h27 : Suivi post-polypectomie colique : sommes-nous européens, français ou gaulois ?

S.BELLON. T.ANDRIANTSENO. A.RAOTO. JP.ARPURT. Service Hépatogastroentérologie du C H AVIGNON

09h28 - 09h40 : Predictive factors of spontaneous biliary clearance and unnecessary ERCP in patients with choledocholithiasis

Fábio Pereira Correia, Henrique Coelho, Mónica Francisco, Gonçalo Alexandrino, Joana Carvalho e Branco, Jorge Canena, Luís Carvalho Lourenço, David Horta



09h41 - 09h51 : Cas clinique n°6 : Quand une endoscopie digestive monte à la tête.

Régis HOUNSINOUI, Anne-Laure DESGABRIEL1, Julia ROUX1, Aida REBIHA1, Céline SOMSOUK1, Pauline CARAUX-PAZ2, Armand GARIOUD1. 1. Service d'Hépatogastroentérologie - Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges. 2. Service des maladies infectieuses et tropicales - Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges.

09h52 - 10h02 : Cas clinique n°7 : « I've got the blues »

Louis DUBOIS, Rania ZGOULLI, Marion JAGER (St Denis)

10h03 - 10h15 : Etude prospective sur les coloscopies sans AG (hypnose + MEOPA) du CH d'Aix-les-Bains
Gaëlle d'Hautefeuille (Aix-les-Bains)

10h16- 10h26 : Cas clinique n°8 : Un tableau bruyant de rectite pseudo-tumorale

Céline Moufarrej (1), Laurence Thomas-Marques (1), Olivia Senard (2), Dorian Dikov (3), Jacquot Rakotobe (4), Emilien Brousset (1), Kim Charro (1) Mathilde Petiet (1), Christophe Locher (1)(1) Service de Gastro entérologie GHEF site de Meaux(2) Service de Maladies Infectieuses et Tropicales GHEF site de Marne la Vallée(3) Service d'Anatomopathologie GHEF site de Marne la Vallée(4) ; Service d'Imagerie Médicale GHEF site de Meaux

10h26 – 10h56 : Pause - Visite de l'exposition

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

Modérateurs : Marion JAGER (Saint-Denis) ; Flavien DAUTRECQUE (Lens)

10h57 - 11h12 : **Session Protocoles** : Armand GARIOUD (Villeneuve St Georges)

11h13 - 11h23 : Retour de la session IDE ; Dominique Imbert (GIFE)

11h24 - 11h34 : Cas clinique n°9 : Quand le système porte rencontre le système pulmonaire, les hépatologues s'interrogent

Yara Yazbeck, Celine Duval, Tenu Ulrich, Andreea Monica Nistor, Cosmin Voican, Edoardo PoliGroupe Hospitalier Nord Essonne

11h35 - 11h45 : Cas clinique n°10 : Une hémorragie digestive qui a du ressort !

Manon Evain, Sandrine Barge, Mathias Vidon, Laurent Costes, Safa Hachicha, Isabelle Rosa ; Centre hospitalier intercommunal de Créteil

11h46 - 11h58 : Dépistage des hépatites virales et du VIH : Projet « Créteil sans virus »

Isabelle Rosa 1, Stéphane Chevaliez2, Vincent Leroy3, Maryan Cavicchi4, Jessica Lacordelle5

11h59 - 12h11 : Résultats de 14 mois de « reflex testing » modifié de l'hépatite virale Delta dans un centre hospitalier général.

H.T. Zougmore (1) ; J.F.D. Cadranel (1) ; J.R. Ngele Efole (1) ; P. Pulvermacher (1) ; M. Medmoun ; G. Fantognon (1) ; N.M Mutumwika (1) ; T. Delacour (2) ; C. Mokhtari (2)

12h12 - 12h24 : Dépistage hors les murs de l'hépatite C par les pairs: 1ère expérience française

AJ REMY, H BOUCHKIRA, J HERVET, A HAPPIETTE, S DJAZOULI, N ARIZA

12h25 - 12h37 : Hématurie macroscopique avec saignement glomérulaire responsable d'insuffisance rénale chez les patients cirrhotique

HT Zougmore (1), JFD. Cadranel (1), I. Brochériou (2), P. Pulvermacher (1) ; M. Medmoun (1) ; R. Smadhi (1), JR. Ngele Efole (1) L. Benselam (3) R. Demontis (3)1 . Service d'hépatogastroentérologie -GHPSO-Creil2. Service d'anatomopathologie -Pitié Salpêtrière-Paris3 .Service de néphrologie-GHPSO-Creil

● **12h38 - 12h58 : Conférence n°4 : «Maladies vasculaires porto-sinusoidales »** Dr Audrey PAYANCE (Clichy)



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



Groupement Infirmier
— pour la —
Formation en Endoscopie

**PROGRAMME DE LA SESSION DE FORMATION INFIRMIERE
AU CONGRES DE L'ANGH**

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

Vendredi 20 septembre 2024 de 10H00 à 18H00

VERSAILLES

09H30 Accueil des congressistes

Remise du badge individuel et émargement, remise des attestations

10H00 Ouverture et présentation de la session infirmière

Dominique IMBERT, présidente du GIFE, cadre supérieur de santé au CH Avignon

Céline RAY, Vice-présidente du GIFE, référent endoscopie CHICAS de GAP

Anne HOUDARD, Secrétaire générale du GIFE, infirmière coordinatrice au C.H.I.A de Toulon

Anne Sophie BONHOMME, référente pédagogique, infirmière au CH de Cholet

Présentation de l'association du GIFE

10H15 FAQ 3 : Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux

Céline Ray ; Anne Houdard ; Anne-Sophie Bonhomme

10H45 Discussion, échanges

11H15 : Les recommandations SFED/GIFE sur le personnel en endoscopie

Céline Ray ; Dominique Imbert

11H45 Discussion, échanges

12H30 Cocktail déjeunatoire

14H00 Ouverture du Congrès médical de l'ANGH

Allocution du Président de l'ANGH

14H15 Reprise de la session IDE :

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, Anne Sophie Bonhomme

16H15 Pause

16H45 Reprise de la table ronde IDE

17H50 Evaluation de la journée de formation

18H00 Fin de la session

Le régional Organisateur



« Présente-moi ton hôpital » : le CHIC, l'hôpital où il faut être !!



Le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil est le plus ancien des 3 hôpitaux cristoliens, construit en 1937, bien avant le CHU Henri Mondor et l'Hôpital Albert Chenevier. Il s'agit d'un hôpital pavillonnaire, situé en bords de Marne, avec des espaces verts entretenus grâce à un éco-pâturage.

De l'époque où les infirmières étaient des sœurs bénédictines, il ne reste aujourd'hui plus de trace dans cet hôpital où le principe de laïcité et d'intégration dans le respect de chacun est parfaitement respecté.



Ce principe d'intégration concerne aussi les médecins, avec une harmonie entre les services universitaires et les services non universitaires qui arrivent à travailler en parfaite intelligence. La proximité du CHU (moins d'un kilomètre) et l'existence d'un centre de recherche clinique sont également d'excellents stimulants pour la recherche clinique.

L'hôpital comporte 530 lits d'hospitalisation, 9 services universitaires et 3 services de spécialité en « doublon » par rapport au CHU : l'HGE, l'oncologie

médicale et la médecine interne.

Le service d'HGE comporte 18 lits de conventionnel, 6 lits d'HDS et 10 lits d'HDJ. Le plateau d'endoscopie digestive accolé au bloc opératoire comporte 3 salles d'endoscopies, dont deux sous AG tous les jours. L'activité s'est étendue récemment à l'endoscopie interventionnelle sur une salle supplémentaire située au sein du bloc opératoire. Ce service a réussi à exister et à se développer initialement grâce au Dr Michel Chousterman, dans les années 80 puis a encore renforcé sa notoriété grâce à Hervé Hagège qui fut le chef de service de 2006 à 2022. Leur implication au sein des sociétés savantes, de l'ANGH et du COPIL des internes a permis depuis toujours d'être choisis comme lieu de stage par les internes de spécialité.

La présence d'une maternité de niveau 3, d'un centre de référence de la mucoviscidose et des pathologies ciliaires, d'un centre de référence pédiatrique de la drépanocytose, permet de prendre en charge en HGE des pathologies rares et diversifiées allant des pathologies hépatiques de la grossesse à la prise en charge des complications hépatiques ou digestives de la mucoviscidose ou de la drépanocytose.

Récemment, grâce au recrutement d'une IDEC en MICI, nous avons pu travailler à la mise en place d'une consultation de transition pour les enfants atteints de MICI.

Le CHIC, c'est également un GHT avec le CHI de Villeneuve Saint Georges, avec une collaboration renforcée avec une liste de garde commune pour la chirurgie digestive, des staffs communs en HGE, une accréditation double équipe pour l'HGE. Ce GHT draine une population de 1.200.000 habitants, avec à la fois un rôle assumé de médecine de proximité mais également d'excellence.

C'est dans cet établissement si particulier que je suis arrivée comme interne en 1995... et que je ne suis plus repartie...

Dre Isabelle ROSA, Cheffe du service d'Hépatogastroentérologie du CHIC - Créteil.



-1- CAPABLES : Cohorte ANGH des Pancréatites Aiguës Biliaires Légères et Sévères. Premiers résultats des données épidémiologiques et des caractéristiques de l'hospitalisation initiale.

F Moryoussef (Poissy), D Grasset (Vannes), AJ Remy (Perpignan), S Bellon (Avignon), P Mayer (Strasbourg), M Vidon (Creteil), A Drouet d'Aubigny (Quimper), C Lemaitre (Le Havre), C Locher (Meaux), M Medmoun (Creil), F Skinazi (St Denis), V Quentin (St Brieuc), MP Ripault Landi (Narbonne), M Kaassis (Cholet), C Yzet (Amiens), J Lollivier (Valenciennes), G Allard (Aix), F Ehrard (Lorient), R Gerard (Lille), A Siala (Marne La Vallée), F Goutorbe (Bayonne), A Cante (Chambery), O Zaharia (Dunquerke), J Albouys (Limoges), F Helluwaert (Annecy), E Siegel (Mulhouse), T Grainville (Rennes), C D'Engremont (La Tronche), N Etchepare (Valence), C Levi (Corbeil), A Martin (Bicetre), A Pauwels (Gonesse), W Al Rafei (Montelimar), O Daboussi (Chartres), A Culetto (Toulouse), A Becq (H Mondor), A Garioud (Villeneuve Saint Georges), R Lupinacci (Boulogne), E Perez (Paris), R Staniuga (Dreux), D Cuen (St-Malo), A Caldiero (Paris), C Charpignon (Paris), L Caillo (Nimes), E Gelsi (Nice), S Peschard (Meulan), C Joseph-Reinette (Argenteuil), I Touze (Lens), E Abou-Ali (Paris), M Carlon (Grasse), M Jeune (Macon), Q Laurent Badr (Reims), J Boundou (Mantes), P Andrau, N Reboux (Brest), Y Lebaleur (Paris), C Subtil (Bordeaux), R Benamouzig (Avicennes), V Rebours (Beaujon) et G. Macaigne (Montfermeil).

Introduction : La prise en charge thérapeutique des pancréatites aiguës (PA) est bien codifiée. Dans la pancréatite aiguë biliaire (PAB), les places respectives de la sphinctérotomie endoscopique (SE) et de la cholécystectomie précoce sont bien établies. En revanche, les modalités de réalimentation précoce orale ou entérale exclusive jusqu'à la cholécystectomie ne font pas l'objet de consensus et restent débattues. Objectif : Les principaux objectifs de cette étude ont été l'évaluation des pratiques concernant la réalimentation en cas de PAB et des événements biliaires survenant avant cholécystectomie en fonction du type d'alimentation (orale, entérale ou parentérale). Nous présentons les premiers résultats concernant les données épidémiologiques de notre cohorte et les caractéristiques de l'hospitalisation initiale. Malades et méthodes : il s'agit d'une étude prospective observationnelle multicentrique française menée entre octobre 2022 et décembre 2023, dans laquelle les malades ayant une PAB ont été inclus par 60 centres hospitaliers actifs (40 CHG et 20 CHU). Le diagnostic de PA était retenu en cas

de présence d'au moins 2 des critères suivants : douleur abdominale aiguë compatible, lipasémie supérieure à 3N et aspect de PA à l'imagerie et l'origine biliaire en cas de présence d'au moins l'un des 3 critères suivants : taux sérique d'ALAT supérieur à 3N, présence de lithiase ou sludge vésiculaire ou lithiase dans la voie biliaire principale (VBP), une dilatation de la VBP de plus de 8mm chez les sujets de moins de 75 ans ou de plus de 10mm chez les plus de 75 ans. Les critères d'exclusion étaient un ATCD de cholécystectomie ou de sphinctérotomie, une pancréatite chronique et les malades sous tutelle ou curatelle. La sévérité de la PAB a été évaluée à partir de la présence d'un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) à 48 heures et du score d'Atlanta calculé à 96 heures. La totalité des données ont été recueillies, via un eCRF au cours de l'hospitalisation initiale. Résultats : 1 173 malades avec PAB ont été inclus, d'âge médian 62 +/- 19 ans, dont 54% de femmes. Au moment du diagnostic de PA, 20% présentaient une lithiase de la VBP, 16% une angiocholite et 14% une cholécystite aiguë. 73% des PAB étaient légères à modérément sévères (LMS) et 27% sévères. En cas de PAB LMS, une cholécystectomie était réalisée au cours de la même hospitalisation dans 33% des cas avec une durée médiane de 8 +/- 11,6 jours, 45% des cholécystectomies étant différées pour raison d'organisation hospitalière. Une SE était réalisée chez 16% (n=179) des malades, respectivement pour angiocholite, lithiase de la VBP symptomatique et reprise alimentation orale dans 28%, 66% et 6%. Le taux de complication était de 4,5%. Au-delà des 72 premières heures de prise en charge, une reprise de l'alimentation orale était réalisée chez 67% et 49% et une nutrition entérale chez 9% et 33% des malades respectivement avec PAB LMS et sévères. Au cours de l'hospitalisation initiale (durée moyenne de 11,4 +/- 12,9 jours), la survenue d'événements biliaires ne dépendait pas du type de réalimentation (orale 4,9% vs entérale 6,4% ; OR 0,77 95%IC : 0,37-1,72), ni de la sévérité de la PA. Conclusion : Les premiers résultats concernant l'hospitalisation initiale confirment que 2/3 des PAB sont légères à modérées, 1/4 des PAB avaient initialement une complication biliaire associée. Au cours de la prise en charge hospitalière initiale, une cholécystectomie était réalisée chez seulement 33% des malades avec PAB légères à modérément sévères et une SE chez 16% des malades, principalement en raison d'une lithiase de la VBP symptomatique. Au cours de l'hospitalisation initiale, le taux d'événements biliaires n'était pas significativement différents chez les malades ayant repris une alimentation entérale versus ré-alimentation orale.

-2- Prise en charge de l'Hépatite Alcoolique Aigüe sévère en France : résultats d'une enquête nationale

J.F.D. Cadranel (1) ; T. Thévenot (2) ; H. Zougmore (1) , T. Dao (3) ; J.-B. Nousbaum (4) ; M. Rudler (5) , N. Carbonell (5) , A. Coilly (6) , K. Bideau (7) , P. Mathurin (8) , A. Abergel (9) , E. Nguyen-Khac (10) , C. Barrault (11) , T. Paupard (12) , P. Sogni (5) , F. Durand (5) , C. Lemaitre (13) , V. de Lédinghen (14) , F. Heluwaert (15) , J.-P. Richardet (11) , G.P Pageaux (16) ; C. Costentin (17) , J.-P. Bronowicki (18) , J. Boursier (19) ; R. Smadhi (1) , A. Heurgué (20) , M. Medmoun (1) , G. Fantognon (1) , T. Le Magoarou (1) , P. Pulwermacher (1) (1) Creil (1) Creil ; (2) Besançon ; (3) Caen ; (4) Brest ; (5) Paris ; (6) Villejuif ; (7) Cornouaille ; (8) Lille ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Amiens ; (11) Créteil ; (12) Dunkerque ; (13) Rouen ; (14) Bordeaux ; (15) Annecy ; (16) Montpellier ; (17) Grenoble ; (18) Nancy ; (19) Angers ; (20) Reims

Introduction - Buts de l'étude : On dispose de peu de données depuis 2010 (1) en France sur la prise en charge de l'hépatite alcoolique aiguë sévère (HAS). Dans le but d'avoir une « cartographie » actuelle de la prise en charge de l'HAS sévère en France, une enquête de pratique a été menée de 04/2022 à 07/2023. Répondants et méthodes : Un questionnaire Google pré-établi par un groupe de travail a été envoyé à l'ensemble des services d'Hépatogastroentérologie des hôpitaux généraux (CHG), des services d'Hépatologie de CHU, des membres de la SNFMI et du CREGG. Les résultats sont exprimés en moyennes \pm SD. Données analysées : démographiques, type d'exercice (CHU, CHG), spécialité prédominante, expérience, nombre d'HAA traitées par centre par corticoïdes (C) ou corticoïdes N-acétylcystéine (NAC). Existence d'un protocole de traitement de l'HAA. Utilisation de la ponction biopsie du foie (PBH) transjugulaire systématique, réalisation sur place de la PBH, délai d'obtention des résultats. Traitement : utilisation de C seuls ou de C-NAC. Dépistage des infections bactériennes, utilisation d'une antibiothérapie (ATB) en cas d'infection, délai de mise en route du traitement de l'HAA. Utilisation ou pas des C chez les patients HBs antigènes positifs (avec ou sans traitement préemptif). Interruption de C en cas de score de Lille intermédiaire à J7. Indication de transfert en centre de transplantation hépatique. Résultats : 465 répondants (R) : 40 ans (12,5) ; 50 % H, 50 % F, CHU 53,3 %, CHG 46,7 %, hépatologues 57 %, gastroentérologues 39 %, juniors 21 %. Nombre d'HAA traitées par corticoïdes ou corticoïdes NAC 25 (0 à 300) ; le nombre d'HAA traitée en CHU était plus élevé qu'en CHG : 34 (29), CHG 15,4 (13,4), $p < 0,001$. Protocole de traitement de l'HAA sévère, 62 % (CHU) vs 42 % (CHG), $p < 0,001$. PBH systématiquement réalisée : CHU 98 % vs autre 50

%, $p < 0,001$. Délai d'obtention de la PBH (jours) : 3,4 (CHU) vs 4,9 (CHG), $p < 0,001$. L'état nutritionnel était évalué par 98 % des R. Un TDM thoracique systématique était demandé systématiquement par 34 % R en cas de suspicion d'infection pulmonaire (CHU versus CHG ns) ; 83 % des R attendaient 4 jours (2-6) pour débiter un traitement C en cas d'infection documentée. Traitement : C seuls 70% des R (CHU vs CHG ns), utilisation NAC : CHU 40 % vs CHG 47,3 % (ns). Protocole de traitement du syndrome de sevrage alcoolique : 86,3 % CHG vs 76,3 % CHU ($p < 0,01$). Arrêt des C en cas de score de Lille intermédiaire à J7 : 80 % CHG vs 77 % CHU ; ns. 69 % des R étaient responsables d'une initiation du traitement. 68.2% des R étaient responsables de l'initiation du traitement ; 64.7% en CHU vs 72.3% (CHG) ($p=0.103$) ; 80.6% de médecins séniors vs 20.4% médecins juniors ($p<0.001$). 62 % des R utilisaient un traitement préemptif avant C en cas d'antigène HBs positif ; 59.4% en CHU vs 65% en CHG ($p=0.004$) et 76 % faisaient une FOGD s'il n'y en avait pas eu précédemment, 77% en CHU vs 75% CHG ($p=0.782$). Conclusion : Les résultats de cette étude de pratique nationale réalisée dans un large échantillon de médecins exerçant en CHU ou hors CHU montrent une disparité d'utilisation de la PBH en cas de suspicion d'HAA sévère puisque 50 % des R hors CHU n'utilisent pas la PBH, essentiellement du fait de l'absence de possibilité locale. La bithérapie C - NAC est assez souvent utilisée. Il existe une disparité concernant la prise en charge du syndrome de sevrage alcoolique et un traitement préemptif en cas d'antigène HBs positif entre les CHU et les CHG. Cette étude apporte des éléments actualisés concernant la prise en charge des HAA sévères en France. Référence : E.Nguyen-Khac et al. J Hepatol 2010 (abstract)

-3- ETUDE CAPABLES: Etude ancillaire de vraie vie sur la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires chez les patientes enceintes en France.

Moryoussef (Poissy), D Grasset (Vannes), AJ Remy (Perpignan), S Bellon (Avignon), P Mayer (Strasbourg), M Vidon (Creteil), A Drouet dâEUR(TM) Aubigny (Quimper), C Lemaitre (Le Havre), C Locher (Meaux), M Medmoun (Creil), F Skinazi (St Denis), V Quentin (St Brieuc), MP Ripault Landi (Narbonne), M Kaassis (Cholet), C Yzet (Amiens), J Lollivier (Valenciennes), G Allard (Aix), F Ehrard (Lorient), R Gerard (Lille), A Siala (Marne La Vallée), F Goutorbe (Bayonne), A Cante (Chambery), O Zaharia (Dunquerque), J Albouys (Limoges), F Helluwaert (Annecy), E Siegel (Mulhouse), T Grainville (Rennes), C DâEUR(TM) Engremont (La Tronche), N Etchepare (Valence), C Levi (Corbeil), A Martin (Bicetre), A Pauwels (Gonesse), W Al Rafei (Montelimar), O Daboussi (Chartres), A Culetto (Toulouse), A Becq (H

Mondor, A Garioud (Villeneuve Saint Georges), R Lupinacci (Boulogne), E Perez (Paris), R Staniuga (Dreux), D Cuen (St-Malo), A Caldiero (Paris), C Charpig non (Paris), L Caillio (Nimes), E Gelsi (Nice), S Peschard (Meulan), C Joseph-Reinette (Argenteuil), I Touze(Lens), E Abou-Ali (Paris), M Carlon (Grasse), M Jeune (Macon), Q Laurent Badr (Reims), J Boundou (Mantes), P Andrau, N Reboux (Brest), Y Lebaleur (Paris), C Subtil(Bordeaux), R Benamouzig (Avicennes), V Rebours(Beaujon) et G.Macaigne (Montfermeil).

Introduction: Il existe un pic d'événements biliaires chez les patientes pendant la grossesse (et en post-partum immédiat) lié aux modifications hormonales mais aussi aux contraintes mécaniques. La prise en charge des pancréatites aiguës biliaires (PAB) de la femme enceinte reste complexe surtout à l'heure de la cholecystectomie pendant l'hospitalisation. Matériel et Méthodes: Au sein de la Cohorte CAPABLES(1173 patients ont été inclus) on retrouvait 55 patientes en post partum. Nous présenterons les caractéristiques initiales ainsi de ces patientes avec PAB, leur niveau de sévérité ainsi que leur taux d'événement biliaire selon le type d'alimentation.

-4- Gastrite granulomateuse isolée: un cas pas si simple !

Flavie Soumagne, Eddy Fares, Gilles Macaigne, Stéphane Nahon

Mr S, 42 ans, originaire du Cap Cert, est pris en charge en 2022 pour des vomissements chroniques quotidiens dans un contexte d'AEG et d'amaigrissements de 10 kg. Une EOGD montre une muqueuse oedématisée et purpurique Les biopsies montrent la présence gastrite atrophique et de granulomes épithélioïdes sans HP. Un bilan étiologique complet est réalisé et est négatif. Un traitement par corticoïdes est initié avec succès mais on observe une corti codépendance Nous discutons dans ce cas clinique le bilan étiologique d'une gastrite granulomateuse et du traitement des formes idiopathiques.

-5- Colites microscopiques traitées par immunosuppresseur ou biothérapie : à propos de 7 cas et revue de la littérature.

Gilles Macaigne (Montfermeil), Frédéric Helluwaert (Annecy), Eddy Fares (Montfermeil), Laetitia Olive (Perpignan), Denis Houtin (L'Isle sur Sorgues).

Le budésônide, seule molécule ayant fait preuve de son efficacité dans le traitement des colites microscopiques, est actuellement le traitement de première intention avec un taux de rémission clinique variant de 73 à 100 %. Malgré la bonne efficacité du traitement d'induction, le taux de

rechute à six mois est élevée, variant de 46% à 88%, 20% des malades avec colites microscopiques développant une budésônide dépendance supérieure ou égale à 6 mg par jour. En cas de budésônide dépendance, budésônide résistance ou d'intolérance, un traitement de seconde intention peut être envisagé, par immunosuppresseur ou biothérapie. Nous rapportons 7 cas de malades avec colite microscopique traités par immunosuppresseur ou biothérapie. Une revue de la littérature actualisée regroupant les données publiées sur ces thérapeutiques est présentée.

-6- De l'intérêt du renouvellement du bilan virologique dans les poussées de MICI avec hyperthermie persistante.

Première auteure: Nawel CHOURAQUI (interne d'hépatogastro-entérologie rattachée à l'université de Lille). Personnes impliquées dans la prise en charge de la patiente: Norman DUCATEZ (infectiologue CHV), Laurie FAVIER (hépatogastro-entérologue CHV). Derniers auteurs: Ambroise LALIEU (hépatogastro-entérologue CHV et Arnaud BORUCHOWISZ (hépatogastro-entérologue et chef de service, CHV).

Résumé: Nous rapporterons ici le cas d'une patiente de 16 ans, Mme T., admise dans notre service de gastro-entérologie pour diarrhée fébrile. L'histoire clinique commence en février 2023 avec l'apparition de douleurs abdominales paroxystiques avant l'émission de selles. Le transit est accéléré avec 3 à 4 selles liquides par jour, sanglantes mais non glaireuses. En 11 mois, la patiente perd 19 kg, passant de 65kg à 46kg. A partir du 10 janvier 2024, Mme T. présente une hyperthermie à 39°C, en plateau, la poussant à consulter aux urgences. Le bilan biologique des urgences (14/01/2024), met en évidence un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 142 mg/L sans hyperleucocytose et une anémie microcytaire hypochrome avec une hémoglobine à 10,8g/dL. Cliniquement, la patiente est stable sur le plan hémodynamique, cachectique, et présente une pâleur cutanéo-muqueuse. La palpation abdominale est douloureuse en région péri-ombilicale et hypogastrique. L'examen proctologique retrouve une marisque bipolaire non inflammatoire, ainsi que quatre fissures latéralisées profondes. Le scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste réalisé aux urgences met en évidence un épaississement pariétal circonférentiel de la dernière anse iléale sur 10 cm de longueur. La graisse péritonéale est infiltrée, associée à un épanchement liquidien pelvien de faible abondance. A l'arrivée dans le service, le bilan infectieux montre : - Coproculture et recherche de toxines clostridium difficile du 14/01 négatives. - PCR Grippe, COVID et VRS du 14/01 négatives,

radiographie thoracique sans foyer de pneumopathie ni épanchement pleural.- Hémocultures aérobies et anaérobies du 14/01, 15/01, 16/01, et 24/01 toutes stériles.- ECBU du 14/01 retrouvant une leucocyturie stérile. - Sérologies virales du 16/01 : VHB négative et non vaccinée, Ac antiVHC négatifs , IgM EBV négatif, IgG EBV douteux, IgG VZV positives, IgM et IgG négatives pour le CMV Une antibiothérapie probabiliste est introduite le 14/01/2024 par CEFTRIAXONE + ORNIDAZOLE pour une durée de 7 jours. Dans l'hypothèse d'une MICI, les examens suivants sont réalisés : - Une coloscopie et une EOGD (19/01/24) : ulcérations inflammatoires du duodénum, iléon ulcéré (avec certaines lésions supra-centimétriques) et atteinte inflammatoire pancolique. Des biopsies sont réalisées dont nous communiquerons les résultats plus tard. - IRM pelvienne (24/01/24) : Trajet fistuleux simple intersphinctérien avec un orifice primaire sur le rayon de 6 heures et un trajet ascendant postérieur médian, borgne. Le trajet fistuleux apparaît en hypersignal T2 et diffusion, en faveur du caractère inflammatoire. Absence d'abcès. A noter un épanchement intrapéritonéal pelvien de moyenne abondance. - Calprotectine fécale du 16/01 augmentée à 1304 µg/g (seuil de positivité : 150 µg/g de selles).- ASCA IgA 9.4 UA/ml, igG 15.7 UA/ml le 16/01, ANCA négatifs Devant des critères de gravité faisant suspecter une colite aiguë grave, et après un bilan infectieux négatif, une corticothérapie est introduite le 19/01. En effet, on retrouve quatre des cinq critères permettant d'évoquer le diagnostic selon le GETAID (hyperthermie à 40 °C, tachycardie FC 115 bpm, hémoglobine à 10,1g/L, CRP 55 mg/L), ainsi que 4 à 6 selles sanglantes par 24H Malgré une évolution favorable sur le plan digestif après 5 jours de corticothérapie avec diminution du nombre de selles, disparition du sang et des douleurs abdominales, il persiste une hyperthermie > 38,5°C, conduisant à un nouveau bilan infectiologique. Quelle est la conduite à proposer ? Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ? Bibliographie initiale: > Recommandations ECCO 2021 (Kucharzyk et al J CColitis 2022)> Prévention, diagnostic et prise en charge des infections au cours des maladies inflammatoires de l'intestin (recommandations ECCO 2021) Commentaires à ne pas faire apparaître dans l'abstract, à destination du jury de l'ANGH: La colite à CMV constitue une complication et un facteur d'aggravation possible d'une poussée de MICI, mais aussi un diagnostic différentiel à évoquer en cas de poussée inaugurale. Il s'agit alors le plus souvent d'une réactivation virale sous traitement immunosuppresseur qui aggrave alors le pronostic initial de la MICI (risque de mégacolon toxique et d'augmentation du taux de poussées de la maladie). Dans de rares cas, il peut s'agir d'une primo-infection à CMV, dont le diagnostic est difficile et la prise en charge peu codifiée. Notre cas

clinique en est un exemple. L'évolution du cas clinique est la suivante: Biologiquement, un syndrome mononucléosique apparaît dès le 24/01 (J4 de corticothérapie), date à laquelle une PCR CMV sanguine revient positive à 5 log. Dans le même temps, les résultats des biopsies coliques réalisées initialement nous reviennent retrouvant des signes de colite aiguë avec signes d'infection à CMV associés à quelques marqueurs de chronicité. On diagnostique donc une primo-infection à CMV avec inclusion virale colique. L'évolution clinique et biologique a été favorable après une semaine de traitement par GANCICLOVIR (poursuivi pour 3 semaines). Nous détaillerons dans la présentation la prise en charge, le suivi ainsi que le bilan des complications de la primo-infection à CMV. Le cas clinique rappelle l'importance du bilan infectieux au cours d'une colite aiguë évoquant une poussée inaugurale de MICI et l'intérêt de renouveler la recherche d'une infection à CMV en cas d'évolution défavorable (ici hyperthermie) sous corticoïdes.

-7- Spagulax impax : lisez bien la notice !

Sarra Ben Jemmia (1), D.Lippai (1), C Amouroux (1), B Tissot (1), MCO Ortiz (1), C Soriano (1), O Farah (1), AJ Remy (1), F Khemissa Akouz (1) (1) Centre hospitalier de Perpignan

L'obstruction oesophagienne suite à l'ingestion de Spagulax (enveloppe de psyllium) est une complication relativement rare mais potentiellement grave. Le psyllium est couramment utilisé comme laxatif pour traiter la constipation. Cependant, s'il n'est pas pris correctement, il est susceptible de s'impacter dans le tube digestif. Nous rapportons le cas d'un patient ayant présenté une impaction oesophagienne d'un bezoard après injection de psyllium. Un homme de 80 ans ayant comme antécédents une BPCO, une hypertension artérielle et des troubles anxio-dépressifs est admis aux urgences dans un tableau d'épigastalgies intenses avec une dysphagie d'aggravation progressive depuis quelques jours jusqu'à devenir aphagique. Il a eu un épisode de vomissement contenant une masse gélatineuse mais la symptomatologie persistait. A l'interrogatoire le patient rapporte que devant une constipation récente, il prenait depuis une semaine du Spagulax mais qu'il le diluait dans une petite quantité d'eau. L'examen aux urgences retrouve un patient eupnéique, apyrétique, TA 148/80mmHg, FC 76bpm. L'abdomen est non distendu, souple et indolore à la palpation, les bruits hydro-aériques sont faiblement perçus. A la biologie nous avons noté un syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose à 15840, CRP 13mg/L). Le reste du bilan biologique est sans particularités. Un scanner TAP est réalisé aux urgences constatant une importante stase oesophagienne sans obstacle sous-jacent visible.



La FOGD retrouve des aliments d'aspect gélatineux impactés dans l'oesophage empêchant la progression vers l'estomac. L'extraction des morceaux est réalisée à l'aide d'une anse à filet. Une fois

l'oesophage vidé, le passage dans l'estomac était facile sans sténose mais avec une muqueuse érythémateuse et ulcérée sur toute la hauteur de l'oesophage. Un traitement par IPP a été entrepris et la reprise alimentaire a été autorisée progressivement. Le patient n'a pas reconsulté pour la gastroscopie de contrôle à 8 semaines. Discussion : L'impaction oesophagienne après ingestion de psyllium est une complication rare rapportée dans quelques cas dans la littérature mais dont les conséquences peuvent être graves. Le psyllium, utilisé pour traiter la constipation, peut gonfler considérablement au contact de l'eau. S'il est pris sans suffisamment de liquide, il peut former un bezoard qui entrainera paradoxalement une obstruction oesophagienne ou même une occlusion intestinale aiguë. Pour prévenir une l'impaction oesophagienne de psyllium, il est crucial de Prendre le psyllium avec une quantité suffisante d'eau (au moins 250 ml par dose), d'éviter de le prendre juste avant de se coucher et d'être vigilant en cas d'antécédents de dysphagie ou de sténose oesophagienne. Chez notre patiente il n'y avait pas d'antécédents de dysphagie. Conclusion : Bien que le Spagulax soit généralement sûr et efficace dans le traitement de la constipation, son mésusage peut être à l'origine d'une obstruction oesophagienne soulignant l'important d'une utilisation appropriée

-8- Diagnostic différentiel rare des calculs cholédociens : la néoplasie papillaire intraductale des voies biliaires. Mise au point à propos de 2 cas cliniques.

V Quentin CH St Brieuc

Mme X et M Y ont été hospitalisés pour un tableau de colique hépatique avec suspicion de calcul du cholédoque. Une prise en charge par échocendoscopie et CPRE a été réalisée et le diagnostic n'a pas été celui attendu. Une néoplasie papillaire intraductale des voies biliaires a été évoquée, les patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. Sur la base de ces 2 cas cliniques, une mise au point bibliographique sera réalisée sur cette pathologie antérieurement appelée papillomatose biliaire. Les images d'écho-endoscopie et de CPRE seront étudiées, ainsi que l'imagerie en coupe et les données chirurgicales.

-9- Impact de l'état nutritionnel sur la prise en charge chirurgicale des néoplasies digestives et ORL

Sarra Ben Jemmia (1), M Iboudo (2), C Amouroux (1), B Tissot (1), MC Ortiz(1), C Soriano(1), D Lippai (1), O Farah(1), AJ Remy (1), F Khemissa(1) (1) Centre hospitalier de Perpignan(2) CHU Yalgado ouedraogo burkina Faso

Chez un patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale, la présence d'une dénutrition préopératoire constitue un facteur de risque indépendant de complications postopératoires. La dénutrition augmente la morbidité (infections, retard de cicatrisation), la mortalité, la durée de séjour et les coûts et retentit sur la qualité de vie des patients. Il a été démontré que la prise en charge préopératoire de la dénutrition permettait de réduire le risque supplémentaire généré par celle-ci. Il faut probablement prendre en compte à la fois l'état nutritionnel, les différents facteurs de risque de dénutrition périopératoire et le risque lié à l'acte chirurgical. Une stratification du risque global est proposée par la conférence de consensus de 2010 (tableau 1) Grade nutritionnel 1 (GN 1) Patient non dénutri Et chirurgie non à risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition Grade nutritionnel 2 (GN 2) Patient non dénutri ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec un risque élevé de morbidité Grade nutritionnel 3 (GN 3) Patient dénutri Et chirurgie non à risque élevé de morbidité Grade nutritionnel 4 (GN 4) Patient dénutri Et chirurgie non à risque élevé de morbidité Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, analytique, menée au centre hospitalier de Perpignan entre 01/2023 et 06/2023 colligeant les patients pris en charge par chirurgie carcinologique digestive ou ORL. Nous avons utilisé les critères de dénutrition selon HAS avec un diagnostic posé si l'un de ces critères était retrouvé : perte de poids récente d'au moins 10%, IMC \leq 18,5 ou un IMC $<$ 21 chez le sujet de plus de 70 ans, ou albuminémie $<$ à 30 g/L indépendamment de la CRP ; Le grade nutritionnel a été recherché dans le dossier sinon calculé à posteriori. Nous avons noté la prise en charge proposée aux patients : consultation diététique, prescription de CNO et ou de nutrition artificielle. Les complications post opératoires de type infectieuses ou défaut de cicatrisation ont été rapportées Résultats 100 dossiers de patients consécutifs ont été analysés. 9 ont été exclues pour pathologie non cancéreuse. Au final, nous avons inclus un total de 91 patients. Le sexe ratio était de 35 femmes /56 hommes. . Les principaux facteurs de risques de dénutrition étaient : un cancer évolutif concernant 100% de patients, un âge supérieur à 70 ans qui concernait 52 (57%) patients, une insuffisance d'organe chez 36% des patients et une

polymédication retrouvée chez 27(30%) patients. La dénutrition a été diagnostiquée chez 55 patients (61%). Tous les patients dénutris étaient grade 4. Moins de la moitié seulement avaient eu un conseil diététique (21 patients soit 38%) 15 avaient soit des CNO (10 patients) soit une nutrition artificielle (5 patients), entérale chez 4 patients et parentérale pour 1. Les autres patients avaient un grade nutritionnel 2. les complications rapportées étaient au nombre de 27 (30%) . Elles étaient de type défaut de cicatrisation (11 patients) ou infectieuses (10 patients) ou les 2 (6 patients). La majorité (80 %) des patients était classée grade 4 (1 grade non déterminé) .L'analyse des facteurs associés à la morbidité post-opératoire retrouve en analyse univariée que la survenue d'une infection post-opératoire est associée de manière significative à la dénutrition ($p=0,021$) et à un grade nutritionnel à 4 ($p= 0,022$). En analyse multivariée, la dénutrition semble être un facteur de risque indépendant de complications infectieuses post-opératoire (OR: 10,25 (2,07 ; 50,71), $p=0,0043$.) En ce qui concerne le défaut de cicatrisation, les facteurs qui y étaient significativement associés en analyse univariée sont la dénutrition ($p=0.03$) et un grade nutritionnel à 4 ($p=0.006$). En analyse multivariée, les antécédents de chirurgie digestive majeure étaient associés à un défaut de cicatrisation (OR : 7,90 (1,18 ; 52,96) $p=0.03$). Inversement, la prise de CNO était associée à une meilleure cicatrisation (OR 4,68 avec un p à 0,0085) Conclusion :Nous avons confirmé par cette étude que la dénutrition, ainsi qu'un grade nutritionnel 4 sont des facteurs de risque de morbidité post-opératoire. Cela confirme l'importance de l'évaluation nutritionnelle avant la chirurgie et d'appliquer les recommandations de la SFNCM de grader les patients pour leur proposer une prise en charge adaptée en matière de prise en charge nutritionnelle péri-opératoire. Recommandation émise en 2010 et pourtant loin d'être appliquée dans les structures de soins

-10- Enquête de pratique sur la dissection sous muqueuse dans les centres ANGH

Laurent Costes, Mathias Vidon, Isabelle Rosa, Armand Garioud

Les indications de la dissection sous muqueuse augmentent, la technique se perfectionne. L'objectif de cette enquête est de faire un état des lieux dans les centres ANGH sur la diffusion de cette technique et sur la formation des praticiens.L'enquête « flash » a lieu pendant le congrès de l'ANGH de septembre 2023. Cinquante huit médecins ont répondu. Neuf médecins pratiquent des dissections (rectum, colon, oesophage et estomac). Tous les médecins ont eu une formation sur l'animal et ont vu un expert réaliser des dissections avant de commencer. La formation de la SFED (Masterclass) n'a pu être réalisée que par 2 médecins (15%). La formation a

été considérée comme facile pour 6 médecins (46%). Six médecins (46%) considèrent que leur formation respect le curriculum proposé par la SFED et l'ESGE.La technique de dissection sous-muqueuse est encore peu développée dans les centres ANGH en raison de difficultés de formation et de recrutement de patients.

-11- Perforation duodénale et abcès rétropéritonéal traités par VAC-thérapie endoscopique

Tatagiba T, Barjonet G, Al Khalil O, Al Rafei W, Oria I, Mascareno N, Ariane E, Osman H.Centre Hospitalier de Montélimar (GHPP).

Introduction : La VAC-thérapie endoscopique permet la fermeture des fistules digestives hautes chez les patients fragiles, sans effets secondaires notables. Ce système d'aspiration permet l'application d'une pression négative continue dans la cavité fistulisée à l'aide d'un pansement en mousse qui agit comme éponge. Celle-ci reste en place dans la cavité ou dans la lumière digestive. La mousse doit être changée tous les 2 à 3 jours selon l'évolution clinique du patient.Cas clinique : J - 7 : Patient de 82 ans admis aux Urgences pour un tableau d'angiocholite lithiasique avec ictère. Multiples calculs de petite taille dans le cholédoque et dans le canal cystique. Vésicule biliaire multi-lithiasique connue depuis 1 an, responsable de coliques hépatiques. J - 3 : Sphinctérotomie endoscopique : extraction de plusieurs petits calculs avec une bile d'aspect purulent. J 0 : cholécystectomie partielle sous coelioscopie : Impossibilité d'identifier le triangle de Calot dans des tissus fibreux et inflammatoires. Présence de bile purulente à l'ouverture de la vésicule biliaire. Impossibilité d'identifier le canal cystique par l'intérieur de la vésicule pour pouvoir suturer. Après ablation de tous les calculs de la vésicule biliaire, drainage par lame de Delbet.J + 14 : Scanner TAP : évolution vers de multiples collections intra-abdominales. J + 15 : Nouvelle CPRE pour fuite biliaire malgré la sphinctérotomie. Pose de 2 endoprothèses biliaires (plastique et métallique). Après une courte amélioration de son état clinique, le patient présente une importante anorexie, des nausées et une perte de poids continue. Abdomen reste souple et indolore. Persistance d'un syndrome inflammatoire (CRP à 376) malgré l'amélioration du bilan hépatique et l'antibiothérapie. J +30 : TDM : importante collection en FID et devant le psoas avec bulles d'air. Migration spontanée d'une endoprothèse biliaire à travers la paroi controlatérale du duodénum, responsable d'une perforation. J + 31 : Après discussion médico-chirurgicale, CPRE : ablation des 2 prothèses biliaires (plus de fuite) puis enteroscopie : identification de la plaie et lavage de la collection suivie de la pose de 2 prothèses en double queue de cochon (1ere procédure

endoscopique). J + 32 : 2e procédure endoscopique : A l'aide d'une coloscope pédiatrique, retrait des prothèses queue de cochon, lavage de la collection, pose d'une nouvelle prothèse queue de cochon et mise en place de la VAC-thérapie endoscopique intracavitaire : Utilisation d'une sonde nasogastrique (calibre 16) et d'une éponge taillée, positionnée dans la cavité de la collection ; elle sera retirée dans la lumière duodénale au fur et à mesure de la disparition de la collection. Aspiration à - 125 mmHg, pendant 18 jours au total. J + 36, + 39 et + 44 : 3e, 4e et 5e procédure : Changement de l'éponge endoluminale et des queues de cochon. Une nutrition parentérale avait été débutée au moment du diagnostic. A partir du 2ème changement du dispositif relai par nutrition entérale sur SNG (l'endosponge n'est alors plus intracavitaire mais endoluminale). J + 47 : Drainage de la collection du psoas et pelvienne par mini laparotomie. J + 51 : 6e procédure : retrait de tout le dispositif. J + 58 : transfert en SSR. J + 85 : RAD. Aucun séjour en réanimation. Pas d'effet indésirable notable. Poids initial : 79 kgs, au plus bas 63 kgs, à sa sortie 69 kgs. Il s'agit d'un succès technique d'une prise en charge complexe d'une perforation duodénale associée à des collections rétropéritonéales. Conclusion : Avec la VAC-thérapie endoscopique les liquides gastriques, biliaires et pancréatiques sont drainés en continu et le défaut transmural est fermé simultanément, empêchant ainsi une contamination extraluminaire supplémentaire. La technique d'utiliser une éponge fixée à l'extrémité distale d'une sonde nasogastrique et placée à l'aide d'un endoscope peut être particulièrement bénéfique en cas de plaie duodénale. Nous ne pouvons pas recommander ce dispositif en première intention, car il n'a pas encore de marquage CE, mais il a fait l'objet de plusieurs publications internationales.

-12- SUIVI POST POLYPECTOMIE COLIQUE : SOMMES NOUS EUROPÉENS, FRANÇAIS OU GAULOIS ?

S.BELLON. T.ANDRIANTSENO. A.RAOTO.
JP.ARPURT. Service Hépatogastroentérologie du CH AVIGNON

INTRODUCTION . En 2021, la SFED et la SNFGE annoncent une « mini révolution » dans les recommandations pour le suivi après polypectomie colique. Elles définissent 3 situations présentant des niveaux de risque différents : faible / intermédiaire / élevés. La nouveauté tient essentiellement au fait que les patients à faible risque se verront proposer une « consultation de prévention » à 5 ans qui permettra de pouvoir discuter de remplacer le suivi endoscopique par le dépistage classique (par exemple le test FIT en 2024). 1 an plus tôt, l'ESGE avait émis ses recommandations sur le même thème. Ces dernières sont plus simples et plus

« radicales ». Il n'y a que 2 niveaux de risque : faible (associant risques faible et intermédiaire des reco françaises) et élevé. Les risques faibles arrêtent la surveillance endoscopique !!!!! Et passent au dépistage classique... J'applique un « mélange » de ces recommandations depuis 3 ans ce qui a notablement fait diminuer mes indications de coloscopie de dépistage... En discutant avec mes collègues hospitaliers et libéraux je me suis rendu compte que l'application de ces recommandations était très variable et que chacun faisait un peu « comme il veut ». Je souhaitais donc rediscuter de ces recommandations, avec comme point de départ : un questionnaire de pratiques très simple adressé à mes collègues. **RÉSULTATS** . A ce jour 31 questionnaires sont revenus... Les tendances sont les suivantes : Pour les faibles risques : 20% seulement suivent les reco. 80 % des praticiens proposent systématiquement une coloscopie de contrôle sans passer par la consultation de prévention. Pour les risques intermédiaires : 50% suivent les reco. 30 % proposent un intervalle trop rapproché, 20% un intervalle trop éloigné. Pour les hauts risques, 90% suivent les reco. 10% ont proposé un intervalle trop long. La consultation de prévention 54 % n'en font jamais ! Sur les praticiens qui en font, 50 % disent surtout proposer le FIT, 30% surtout la coloscopie et 20% faire « moitié-moitié ». **DISCUSSION** . Le cahier des charges pour appliquer les recommandations (françaises ou européennes) est précis. o Proposer une coloscopie de haute qualité selon les critères de la SFED (90% de Boston >= 7, colo complètes >90 % et TDA > 25 % en dépistage/45 quand FIT) o La résection du polype doit être complète. o La taille des polypes doit être évaluée de façon standardisée. Pendant la coloscopie par la pince ou l'anse (bientôt l'IA ?). En anapath par application d'un protocole. En 2013, une étude d'évaluation du suivi des recommandations de l'époque avait montré que moins de 50% des gastro-entérologues les appliquaient correctement !! En 2024, en France, sur des données très réduites, les chiffres ne sont pas vraiment meilleurs. Quelles raisons peut-on évoquer ? Pour le praticien : o La complexité. Les 3 catégories françaises et les règles qui vont avec sont effectivement moins simples à retenir que leurs homologues européennes ! o le sentiment de « dangerosité » pour le patient et la peur risque du cancer d'intervalle. Très probablement. Il faut cependant avoir en mémoire qu'après une coloscopie, les patients de faible risque ont un risque de survenue et de mortalité par cancer inférieur à la population générale !!! o Le flou autour de cette consultation de prévention. En effet, le choix pour la poursuite du dépistage est laissé à la libre appréciation du praticien. Il n'est pas donné de règle pour choisir. Après appel, ni la médicale de France ni le conseil de l'ordre, à ce jour, n'ont retrouvé de praticien mis en cause pour avoir réalisé une coloscopie « en trop » (à la place d'un suivi par

FIT). Mais les 2 organismes précisent quand même que seul l'expert désigné dans une affaire pouvait juger de ce qui était opposable...o Des raisons économiques ? Pour le patiento La réticence . Elle est par expérience très forte et il faut être convaincu soi-même de la pertinence de ces reco. Il faut insister sur le fait qu'elles ont été établies quel que soit le motif, dont bien sûr les ATCD personnels ou familiaux. Il faut parfois aussi rappeler les risques : perforation 0,5 /°, mortalité 0,03 /°

CONCLUSIONS : Les reco françaises et européennes qui existent depuis 3 ans , sont censées améliorer le suivi post polypectomie en ne gardant que les coloscopies utiles. Sont-elles vraiment appliquées ? Sur un petit effectif, ce suivi est « hétérogène » et les gastroentérologues questionnés se comportent plus en gaulois qu'en Français et à fortiori qu'en européens . Leur application plus précise passe à mon avis par une meilleure connaissance de l'argumentaire qui à permis de les établir. Elles nécessitent par ailleurs un cahier des charges élevé.

-13- Predictive factors of spontaneous biliary clearance and unnecessary ERCP in patients with choledocholithiasis

Fábio Pereira Correia, Henrique Coelho, Mónica Francisco, Gonçalo Alexandrino, Joana Carvalho e Branco, Jorge Canena, Luís Carvalho Lourenço, David Horta

Aims: ERCP is associated with a non-negligible rate of adverse events (up to 10%) and should be reserved for procedures with therapeutic intent. Choledocholithiasis is the most common indication, however, if there is spontaneous migration of stones, ERCP becomes unnecessary. The incidence of this occurrence and the predictive factors are subject to discussion. The aim of this study was to evaluate predictive factors for spontaneous migration of CBD stones, in patients diagnosed with CBD stones on imaging and native papilla, which correlate with unnecessary ERCP.

Methods: Retrospective study including patients with native papilla who underwent ERCP after imaging diagnosis of choledocholithiasis, between January 2020 and June 2023, in a center with a high volume of ERCP (>400/year). The following data were recorded: patient characteristics, laboratory evaluation, imaging tests, time between the diagnosis of choledocholithiasis and ERCP, data relating to ERCP and complications. Patients were divided into 2 groups (presence or absence of CBD stones on ERCP), and univariable and logistic regression analyses were performed to determine independent factors of unnecessary ERCP.

Results: 334 patients were included (mean age 71.7 years; 60.8% female): 256 (76.6%) with CBD stones in ERCP and 78 (23.4%) without. The presentation with pancreatitis (OR 2.302, p=0.02) and acute

cholangitis (OR 0.167; p<0.001) were different between the groups, but only pancreatitis proved to be an independent factor for spontaneous biliary clearance. Regarding laboratory tests, only the bilirubin value immediately prior to ERCP revealed significant differences between the groups (2.81 vs. 0.83 mg/dL; p<0.001), with bilirubin < 2 mg/dl being a predictor of unnecessary ERCP (OR 8.554; p<0.001). About imaging findings, the presence of stones with dimensions ≤ 5 mm (OR 18.2; p<0.001) and a CBD diameter < 10 mm (OR 2.650; p < 0.001) proved to be predictive factors for ERCP without CBD stones. Of the patients undergoing ERCP within 7 days of diagnosis, 16.3% did not have choledocholithiasis, compared to 37% when ERCP was performed after 7 days (p<0.001). This cut-off (ERCP > 7 days after diagnosis) confirmed to be a predictor of unnecessary ERCP (OR 2.743, p<0.001). There were 5 pancreatitis (4 mild and one severe) in the group of patients without evidence of choledocholithiasis on ERCP.

Conclusions: In patients with predictive factors for spontaneous clearance of CBD stones, such as biliary pancreatitis, bilirubin prior to ERCP < 2 mg/dL, stones ≤ 5 mm, CBD < 10 mm, and diagnosis > 7 days, especially if combined, an additional test with high sensitivity (such as endoscopic ultrasound) should be considered to minimize unnecessary ERCPs and possible complications

-14- Quand une endoscopie digestive monte à la tête.

Régis HOUNSINOUE1, Anne-Laure DESGABRIEL1, Julia ROUX1, Aida REBIHA1, Céline SOMSOUK1, Pauline CARAUX-PAZZ2, Armand GARIOUD1.1. Service d'Hépatogastroentérologie - Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges.2. Service des maladies infectieuses et tropicales - Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges.

Il s'agit du cas d'un homme de 69 ans originaire de Guadeloupe suivi pour une cirrhose compensée liée à l'alcool associée à une hypertension portale cliniquement significative avec des varices oesophagiennes grade 1 sous Bêta-bloquant non cardio-sélectif. Il a comme antécédent une gastrectomie partielle pour ulcère antral en dysplasie de bas grade et une insuffisance rénale chronique par probable néphro-angiosclérose stade IIIB (DFG 35ml/min/1.73m²). Présentant une anémie ferriprive, il a été exploré par endoscopies digestives haute et basse. L'anastomose gastro-jéjunale était normale de même que les biopsies étagées. La coloscopie a permis l'exérèse de 9 polypes dont 2 supra-centimétriques. 8 d'entre eux étaient des adénomes en dysplasie de bas grade. Aussi, trois autres polypes ont été laissés en place pour une exérèse dans un second temps interventionnel. Les suites immédiates ont été

simples. 21 jours plus tard, le patient a été adressé aux urgences pour une céphalée fébrile associée à une obnubilation, une ataxie, une raideur de nuque et des vomissements en jet avec mise en évidence d'un souffle systolique aortique diffus. Le bilan biologique était sans particularité hormis une élévation de la CRP à 19 mg/L. Devant ces symptômes, un traitement par Aciclovir 700mg/8h a été initié et une ponction lombaire réalisée en urgence. Le LCR était trouble avec 130 éléments à prédominance de polynucléaires neutrophiles, une hyper-protéinorachie à 9g/L et une hypoglycorachie. Il a été alors ajouté une antibiothérapie à dose méningée par Céfotaxime 7g/8h et Amoxicilline 4g/8h. La mise en culture n'a pas trouvé de germe mais les hémocultures aérobies et anaérobies réalisées à l'entrée sont revenues positives à Streptococcus salivarius. Devant une souche multi sensible et un bilan d'endocardite et de localisations secondaires négatifs par scanner thoraco-abdominopelvien, l'antibiothérapie a été adaptée avec poursuite de l'Amoxicilline à la dose de 14g/24h en continu pour une durée totale de 16 jours dont 15 jours après la première hémoculture négative. L'évolution clinico-biologique a été rapidement favorable avec la normalisation de l'examen neurologique et du syndrome inflammatoire biologique dès la première semaine de traitement. La porte d'entrée de cette bactériémie est assurément liée à un des deux gestes endoscopiques qui a entraîné une effraction de la muqueuse digestive avec translocation sans pouvoir en attribuer l'imputabilité à l'endoscopie digestive haute ou basse. L'immunodépression chronique induite par la cirrhose et l'insuffisance rénale chronique sont un terrain favorisant. Streptococcus salivarius est une bactérie Cocci Gram positif commensale de la cavité buccale mais également du tube digestif et des voies génito-urinaires. Elle est habituellement non pathogène mais de rares cas de bactériémies, méningites, péricardites, ou encore de péritonites bactériennes spontanées (liste non exhaustive) lui ont été attribués. Bien que rare voire exceptionnelle, il est important de savoir évoquer une infection à Streptococcus salivarius devant une situation septique post endoscopie digestive notamment chez un patient fragile présentant un déficit immunitaire acquis. Une revue de la littérature de cette infection à Streptococcus salivarius sera faite lors du Congrès.

-15- « I've got the blues »

Marion JAGER, Clémence BRETON, Rania ZGOULLI, Florence SKINAZI

Un patient de 41 ans sans antécédent consulte en septembre 2023 pour des douleurs abdominales. L'examen clinique est normal. Le bilan biologique est sans particularité. Un scanner abdominopelvien est réalisé et retrouve deux images hépatiques

hypodenses correspondant d'après l'IRM à des angiomes à circulation lente n'expliquant pas les douleurs. Une gastroscopie est réalisée et retrouve des lésions bleutées antro-fundiques surélevées, non ulcérées de 20 à 30 mm de grand axe. Qu'auriez-vous fait pour avancer dans le diagnostic ? Quel est votre diagnostic ?

-16- Etude prospective sur les coloscopies sans AG (hypnose + MEOPA) du CH d'Aix-les-Bains

Dr Mélodie ABOUSALIHAC, Dr Ana-Maria IRIMIA, Dr Gaëlle d'HAUTEFEUILLE, Dr Simona TIRZIU, Dr Aude TURCRY

En raison de la crise COVID et de l'accès au bloc restreint, nous avons proposé à nos patients de réaliser leur coloscopie sans AG (conversation thérapeutique +/- MEOPA). Nous avons inclus en prospectif tous les examens de coloscopie (+/- FOGD) sans AG de janvier 2021 à août 2021 de façon à évaluer la faisabilité, la sécurité et la tolérance de ce type de procédure. Au total 289 patients ont été inclus, dans 99% des cas ils bénéficiaient d'une coloscopie seule. L'examen était complet dans 88% des cas. Si des polypes étaient détectés, ils étaient resequés dans 81% des cas, les cas où les polypes étaient laissés en place se justifiaient par leur taille. Il n'a été relevé qu'une seule complication (malaise vagal). La durée moyenne de l'examen était inférieure à 45 minutes dans 75% des cas. Le patient restait moins de 2 heures dans le service dans 79% des cas. L'examen était jugé comme confortable dans 90% des cas, l'EVA moyenne pendant l'examen était de 5,1 (0.10) (ponctuelle 74%, intermittente 22%, continue 3%). 87% des patients recommenceraient cet examen sans AG. Au total, cette étude nous a permis de montrer que les examens sans AG donnent satisfaction en terme de qualité d'examen, durée de procédure, et satisfaction du patient, la douleur du patient restant supportable et ponctuelle dans la majorité des cas. Cela a également valorisé grandement le rôle des paramédicaux notamment celles qui pratiquent la conversation thérapeutique.

-17- Un tableau bruyant de rectite pseudo-tumorale

Céline

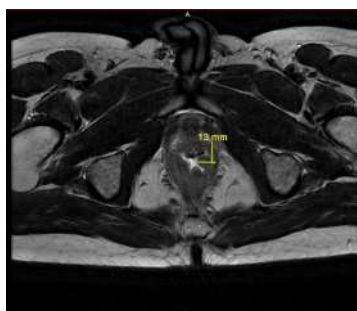
(1), Laurence Thomas-Marques (1), Olivia Senard (2), Dorian Dikov (3), Jacquot Rakotobe (4), Emilien Brousset (1), Kim Charro (1) Mathilde Petiet (1), Christophe Locher (1)(1) Service de Gastro entérologie GHEF site de Meaux(2) Service de maladie Infectieuse GHEF site de Marne la Vallée(3) Service d'Anatomopathologie GHEF site de Marne la Vallée(4) Service de Radiologie GHEF site de Meaux

En novembre 2023, un patient âgé de 35 ans consulte en proctologie pour des proctalgies avec rectorragies depuis 1 mois. Parmi ses antécédents, on retient : 3 pneumothorax avec talcage pulmonaire droit, une syphilis cutanée en 2021 traitée. Il consomme de l'alcool de façon festive, fume 15 cigarettes par jour ainsi que du cannabis. A l'examen clinique, on perçoit au toucher rectal une lésion circonférentielle dure débutant en sus-anal et remontant sur 6cm environ. L'anuscopie est impossible en raison des douleurs. La rectosigmoidoscopie (Photo 1) met en évidence une

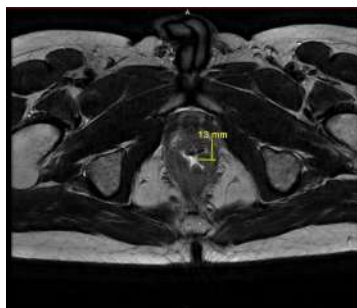


lésion ulcéro-bourgeonnante, occupant les 3/4 de la circonférence, débutant en sus-anal et remontant sur 5cm environ. Des biopsies sont réalisées. Le bilan biologique standard est

normal. Les biopsies anatomo-pathologiques en regard retrouvent une rectite granulomateuse sans agent pathogène identifiable ni malignité. Devant la suspicion de tumeur, un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une IRM rectale ont été réalisés (Photo 2 et 3)



. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Les résultats histologiques et la suite de la prise en charge seront détaillés lors du congrès Le diagnostique final



est celui d'une lymphogranulomatose vénérienne à Chlamydia Trachomatis

-18- Quand le système porte rencontre le système pulmonaire, les hépatologues s'interrogent

Yara Yazbeck, Celine Duval, Tenu Ulrich, Andreea Monica Nistor, Cosmin Voican, Edoardo Poli
Groupe Hospitalier Nord Essonne

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 70 ans ayant une découverte fortuite de shunt porto-pulmonaire. Ce patient ayant comme antécédents médicaux une hypertension artérielle, un diabète de

type II non insulino-dépendant évoluant depuis plus que 15 ans et une tuberculose pulmonaire bacillifère diagnostiquée en Février 2022 et traitée par quadrithérapie, a été hospitalisé en diabétologie en Juin 2023 pour rééquilibrage de son diabète. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien de Février 2022



est revu et met en évidence un retour veineux pulmonaire anormal avec une communication entre la branche portale gauche et la veine pulmonaire inférieure gauche; il s'y associe des signes d'hypertension portale avec importantes voies de dérivation abdominales et une



splénomégalie; le foie est de taille et de morphologie normale (Figures 1-4). En Juin 2023, la biologie montre des signes d'hypertension portale avec une thrombopénie à 60 G/L, un bilan hépatique normal mais un TP à 68% et un facteur V à 40%.



Le bilan étiologique complet d'hépatopathie chronique permet d'exclure une cause virale, auto-immune, toxique et de surcharge martiale ou du cuivre ainsi qu'un déficit en alpha-1-antitrypsine. Le fibroscan ne révèle pas de fibrose (élasticité à 4.3 KPa). L'endoscopie digestive haute ne retrouve pas de varices oesophagiennes



mais la présence de varices gastriques IGV1. L'échographie hépatique avec doppler retrouve une re-perméabilisation de la veine ombilicale avec un flux hépatofuge, pas de shunt spléno-rénal et une rate de 16cm. L'ETT avec épreuve de contraste ne décrit pas de shunt gauche-droit ni droit-gauche. Le

de varices gastriques IGV1. L'échographie hépatique avec doppler retrouve une re-perméabilisation de la veine ombilicale avec un flux hépatofuge, pas de shunt spléno-rénal et une rate de 16cm. L'ETT avec épreuve de contraste ne décrit pas de shunt gauche-droit ni droit-gauche. Le

patient est asymptomatique sur le plan pulmonaire. Une ponction biopsie hépatique par voie trans-jugulaire montre un HVPg à 2 mmHg (pression veine sus-hépatique libre 15 mmHg, bloquée 13 mmHg). L'examen histologique de la biopsie montre l'absence de cirrhose mais la présence de troubles de l'architecture hépatique avec fibrose hétérogène inactive et anomalie du lit veineux portal périphérique, l'ensemble évoquant une maladie vasculaire hépatique chronique. Un bilan de thrombophilie complet et la recherche génétique de maladie de Rendu Osler sont négatifs. Le diagnostic de maladie porto-sinusoidale est retenu avec un shunt porto-pulmonaire secondaire à l'hypertension portale. Un traitement par bêtabloquants a été instauré. Après discussion multidisciplinaire, il n'a pas été posé d'indication à un traitement chirurgical ni à une embolisation du shunt. Le patient est toujours asymptomatique sur le plan pulmonaire et digestif. Conclusion : La maladie porto-sinusoidale (MPS) est caractérisée par des modifications histologiques spécifiques qui n'incluent pas de cirrhose. Elle peut être associée ou non à de l'hypertension portale. Les patients restent en général asymptomatiques en l'absence d'installation des complications de l'hypertension portale. La formation de shunts porto-systémique dans cette pathologie est fréquente, mais les shunts porto-pulmonaires comme celui du cas clinique présenté sont rares. Une revue de la littérature concernant les shunts associés à l'hypertension portale non cirrhotique secondaire à la maladie porto-sinusoidale sera présentée.

-19- Une hémorragie digestive qui a du ressort !

Manon Evain, Sandrine Barge, Mathias Vidon, Laurent Costes, Safa Hachicha, Isabelle Rosa
Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Il s'agit d'un patient de 66 ans hospitalisé en juin 2023 pour une hémorragie digestive sévère avec rectorragies abondantes, hémoglobine 5,8g/dl et instabilité hémodynamique nécessitant une prise en charge en réanimation avec support vasopresseurs et transfusion de 5 CGR. Dans ses antécédents on retrouve une AOMI non sévère, une dyslipidémie et une hépatectomie droite élargie avec anastomose bilio-digestive sur une anse montée en Roux en Y en 2020 pour un cholangiocarcinome Bismuth IIIa, en cours de chimiothérapie par GEMZAR CISPLATINE et DURVALUMAB à ce moment-là pour une récurrence loco régionale du hile hépatique. L'EOGD réalisée en réanimation retrouve des VO de grade I, une gastropathie d'hypertension portale et une zone d'infiltration du genu supérieur sur 3 cm. Il n'y a pas de trace de saignement actif. La coloscopie retrouve 3 polypes d'allure festonnée infracentimétriques. Il récidive de façon majeure à J3 et à J10 avec la nécessité de transfuser 8 CGR. Une nouvelle EOGD retrouve les mêmes VO de grade I,

la gastropathie d'hypertension portale mais pas d'infiltration du genu supérieur qui avait été imputée initialement au saignement. Une nouvelle coloscopie ne retrouve pas de lésion autre mais une grande quantité de sang rouge. Une VCE est réalisée ne retrouve aucune lésion du grêle mais une angiodysplasie caecale non imputable et des traces de sang rouge dans le colon droit. Une nouvelle série endoscopique est réalisée à J20 devant une nouvelle récurrence majeure de l'hémorragie et ne retrouve rien de nouveau. Un angioTDM est de



nouveau réalisé : quel est votre diagnostic ? Réponse : Scanner AP IV qui ne retrouve pas de saignement actif mais une augmentation

significative de l'infiltration péri-portale avec une sténose du tronc porte, des signes d'hypertension portale avec des voies de dérivation multiples et

des métastases pulmonaires. Cavernome veineux sur l'anse montée avec varices ectopiques de la paroi de l'anse montée. Mise en place d'un stent du tronc porte permettant l'arrêt des saignements.

-20- Dépistage des hépatites virales et du VIH : Projet « Créteil sans virus »

Isabelle Rosa 1, Stéphane Chevaliez 2, Vincent Leroy 3, Maryan Cavicchi 4, Jessica Lacordelle 5

Introduction : L'éradication du virus de l'hépatite C (VHC) est une priorité de santé publique mondiale, avec une volonté pour l'OMS d'atteindre l'éradication à l'échelle mondiale en 2030. En France les autorités de santé ont fixé cet objectif pour 2025. Il est recommandé également de dépister conjointement au VHC les virus de l'hépatite B (VHB) et du VIH en raison des facteurs de risque d'infection communs à ces trois virus. But de l'étude : Le but principal de ce travail est d'effectuer un dépistage des 3 virus en population générale au sein de la ville de Créteil chez les personnes de plus de 40 ans à l'aide d'auto tests buvards. Matériel et méthodes : Le projet a été mené par les deux hôpitaux de Créteil : le CHIC et le CHU Mondor, avec l'aide logistique de la ville de Créteil. Les 80 médecins généralistes et les 25 pharmacies ont été contactés par lettre puis par mail. Une information a été réalisée dans le journal de la ville de Créteil ainsi que sur le site internet du CHIC. 12 médecins généralistes ont répondu et ont souhaité participer. Des kits contenant un buvard avec une enveloppe T pré remplie pour l'envoi en virologie ont

été envoyés aux médecins volontaires. Ces kits doivent être proposés aux patients de plus de 40 ans de la patientèle. Une information sur la réalisation de l'auto test à domicile par le patient était également fournie en version papier et par un QR code qui renvoyait sur une vidéo explicative. Résultats : Les kits ont été envoyés en mai 2024. Nous attendons les résultats à présenter en septembre Conclusion : Il s'agit d'un projet novateur, associant pour la première fois le dépistage conjoint des 3 virus à l'aide d'un autotest buvard.

-21- Résultats de 14 mois de « reflex testing » modifié de l'hépatite virale Delta dans un centre hospitalier général.

H.T. Zougmore (1) ; J.F.D. Cadranel (1) ; J.R. Ngele Efole (1) ; P. Pulvermacher (1) ; M. Medmoun ; G. Fantognon (1) ; N.M Mutumwika (1) ; T. Delacour (2) ; C. Mokhtari (2)

Introduction L'hépatite Delta est considérée comme l'hépatite virale la plus sévère de par son évolutivité et son pronostic. L'hépatite B-Delta (HBD) est peu fréquente ou sous-estimée en France en raison de l'absence d'enquête de prévalence d'une part et du dépistage souvent oublié d'autre part. Le « reflex testing », défini comme un test systématique pour les anticorps anti Delta totaux chez toutes les personnes dont le test est positif pour l'antigène HBs est donc nécessaire. Le but de notre étude prospective était de rechercher systématiquement la présence du virus de l'hépatite Delta (HVD) chez les patients infectés par le virus de l'hépatite B. **Méthodes** : De Août 2022 à Septembre 2023, tout patient Antigène HBs positif a bénéficié de façon systématique, avec ou sans prescription médicale de la réalisation d'une sérologie HVD (anticorps totaux anti-VHD) par notre laboratoire d'analyse médicale. Une sérologie HVD positive était complétée systématiquement par une charge virale sérique VHD. Etaient analysés : nombre de patients testés, l'âge, le sexe, et les modalités de dépistage. **Résultats** : 165 patients (pts) infectés par le VHB ont été testés de Août 2022 à Septembre 2023. 58 % H, âge 45 ans (19-84). 58% des patients étaient des hommes. La sérologie du VHD a été réalisée systématiquement chez tous les pts. Le virologue a réalisé la sérologie delta sans prescription médicale chez 45 pts (27%) de façon systématique. Cinq pts d'entre eux (3%) avaient des anticorps anti Delta totaux positifs, 2 étaient issus d'un dépistage sans prescription. Pour 4 pts, la sérologie Delta n'était pas connue auparavant. La recherche et la quantification de l'ARN du virus Delta a été réalisée chez les 5 pts. L'ARN du virus de l'hépatite Delta était détecté chez 2 d'entre eux (40%). **Discussion** La prévalence des anticorps anti Delta chez les patients Ag HBs positifs est de l'ordre de 3 à 5 % [1,2]. Dans notre étude de

« reflex-testing » modifiée, elle était de 3%. La mise en œuvre des tests réflexes a permis de multiplier par cinq le nombre de diagnostics de VHD en Espagne [3] La plupart des laboratoires français sous-traitent les tests de l'hépatite Delta et moins de 20% seulement ont recours au « reflex testing » y compris dans les CHU. **Conclusion** : HVD est un problème majeur de santé publique. Il faut inciter au « reflex testing » : dès qu'un diagnostic d'infection par le VHB est porté dans un laboratoire d'analyse médicale (antigène HBs positif). Il faudrait donc que le laboratoire fasse, sans aucune prescription médicale, une sérologie du VHD. **Références bibliographiques** 1. Gordien E. L'infection par le virus de l'hépatite Delta. Données françaises récentes. Bull Epidemiol Hebd 2015 ; 19-20 : 347.2. Servant-Delmas A, Le Gal F, Gallian P, Gordien E, Laperche S. Increasing prevalence of HDV/HBV infection over 15 years in France. J Clin Virol 2014 ; 59 : 126-8.3. Palom AR-SA, Vico J, Pacín B, Vargas E, Barreira-Díaz A, Rodríguez-Frías F, RiveiroBarciela M, Esteban R, Buti M. Implementation of anti-HDV reflex testing among HBsAg positive individuals increases testing for hepatitis D. JHEP Rep 2022;4(10):1-4

-22- Dépistage hors les murs de l'hépatite C par les pairs: 1ère expérience française

AJ REMY, H BOUCHKIRA, J HERVET, A HAPPIETTE, S DJAZOULI, N ARIZA

Etat des lieux : En 2016, l'OMS s'est fixé l'objectif d'éliminer l'hépatite C d'ici 2030. Depuis 2016, les directives du ministère de la Santé et les recommandations de l'association française d'hépatologie étaient de traiter tous les usagers de drogues, quel que soit le niveau de fibrose avec des agents antiviraux directs (AAD). Néanmoins, l'accès au dépistage, aux soins et au traitement du VHC chez les toxicomanes et les sans-abri restait faible en France. L'équipe mobile hépatites (EMH) du Centre Hospitalier de Perpignan a été créée en 2013 et a déjà guéri près de 1000 patients atteints du VHC dans une approche de proximité personnalisée. L'EMH utilise des TROD, la mesure de la charge virale en temps réel par le système GENEXPERT, le FIBROSCAN et la prescription infirmière des AAD. Malgré tout, il persiste des usagers de drogues non détectés et / ou non traités. Depuis 2022, nous avons mis en évidence une augmentation des patients re-contaminés par le VHC (27 % du total des patients traités par notre équipe en 2022). Le projet pilote de test TO TREAT du VHC a été mis en œuvre par l'EMH de 2019 à 2021 dans le cadre de l'article 51. Dans son évaluation nationale et européenne (projet OPTIMIZE), il a montré ses limites sur la gestion des usagers de drogues qui fréquentent les services de santé et/ou les structures sociales et associatives, à haut seuil mais aussi à bas seuil. Le recours à un

pair pour encourager et dépister l'hépatite C augmente le nombre de personnes testées et traitées, réduit le nombre de nouvelles infections et de recontaminations, comme l'ont démontré des expériences étrangères, notamment anglaise et irlandaise. La structure de notre population cible au sein de notre zone d'action nous a amené à proposer un projet de recrutement de personnes pairs, ex-usagers de drogue actifs mais connaissant l'environnement et les codes d'accès à ces populations. Le choix de pairs différents permet de couvrir des zones sociales et géographiques différentes. Ce soutien du dépistage par les pairs n'est pas usuel en France malgré le succès du projet ICONES à Montpellier qui a démontré l'intérêt de faire appel à des patients pairs rémunérés pour augmenter le taux de dépistage des populations vulnérables très éloignées du soin. Objectifs : mettre en place un dépistage par TROD par des pairs formés afin d'aboutir à une élimination VHC dans les populations vulnérables particulièrement éloignées du soin. Déroulé de l'action : Après formation aux TROD sur 2 jours comme exigé par la réglementation en vigueur, des pairs ont été déployés sur des zones socialement et géographiquement distinctes. Ils réalisent dans la rue ou dans les lieux de consommation de drogues des TRODs VHC chez des personnes jamais dépistées. Tous les patients dépistés ont reçu une brochure d'information et ont donné leur consentement pour participer à l'étude. Les pairs patients ont été rémunérés en fonction du nombre de tests effectués, peu importe le résultat du test de dépistage du VHC. Nous avons prévu de dépister 450 usagers de drogues. Les patients dépistés positifs sont orientés par le pair vers les infirmiers, le médiateur et l'assistante sociale de l'Equipe Mobile Hépatites pour une prise en charge spécifique et adaptée. Résultats : 4 sessions de formation aux TROD ont été organisées sur Perpignan et Narbonne; 30 usagers avaient accepté le principe de participer au projet, mais seulement 12 d'entre eux sont venus suivre la formation. Au 1er mai, 70 tests ont été effectués, dont 11 positifs (16%). Six charges virales C ont été réalisées Un patient avait une charge virale C positive et était en situation de recontamination par usage de drogues. Des résultats plus détaillés seront présentés lors du congrès. Conclusions : Le dépistage du VHC par les pairs est un outil simple et efficace qui améliore le parcours de soins et augmente le nombre de patients guéris du VHC, qui n'ont jamais participé au processus de soins sans ce dépistage par les pairs. Aucun inconvénient n'est mis en évidence après 2 mois d'action. Liens d'intérêts : étude ayant reçu un financement de GILEAD Sciences

-23- Hématurie macroscopique avec saignement glomérulaire responsable d'insuffisance rénale chez les patients cirrhotiques

HT Zougmore (1), JFD. Cadranel (1), I. Brochériou (2), P. Pulwermacher (1) ; M. Medmoun (1) ; R. Smadhi (1), JR. Ngele Efole (1) L. Benselam (3) R. Demontis (3)1 . Service d'hépatogastroentérologie -GHPSO-Creil2. Service d'anatomopathologie -Pitié Salpêtrière-Paris3 .Service de néphrologie-GHPSO-Creil

IntroductionL'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez les patients (PTS) atteints de cirrhose (C) a fait l'objet de plusieurs mises au point récentes. Parmi celles-ci, il est une forme mal connue d'hématurie macroscopique (HM) : l'IRA consécutive à un épisode d'hématurie macroscopique en rapport avec un saignement glomérulaire ; cette IRA est associée à une néphropathie à IgA secondaire à une C ; et peut bénéficier d'une épuration extra-rénale (EER). Le but de cette étude multicentrique rétrospective était de rapporter plusieurs cas d'hématurie macroscopique de ce type. Patients et méthodesDes pts cirrhotiques ayant présenté une IRA associée à une hématurie macroscopique d'origine glomérulaire (HMG) ont été étudiés. Chez tous les pts, le diagnostic de syndrome hépatorenal (SHR) avait été éliminé selon les critères requis. Tous ces pts ont présenté une HMG et ont bénéficié d'une biopsie rénale (BR) par voie transjugulaire associée ou pas à une biopsie hépatique. Pas de notion de prise de médicaments néphrotoxiques dans les quatre semaines précédant l'hospitalisation. Le diagnostic de la cirrhose reposait sur l'histologie, des critères clinico-biologiques, morphologiques et endoscopiques. Ont été évalués : la sévérité de la maladie hépatique, les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, histologiques, le traitement et les aspects évolutifs. RésultatsOnze pts cirrhotiques ont fait l'objet de cette étude (7 H) ; âge moyen 59 ans (40-83). Le diagnostic de la cirrhose était histologique pour 5 pts et sur des arguments clinico-biologiques, morphologiques et endoscopiques pour les 6 autres. La cirrhose était en lien avec l'alcool chez 7 pts dans 64%, chez 2 pts avec une hépatite virale C, chez 1 pt avec une NASH et 1 pt avec une hémochromatose génétique. Selon la classification de Child pugh, 2 pts étaient A, 7 B, 2 C. Les pts étaient hospitalisés pour une HM et une IRA.L'IRA et la C étaient découvertes dans le même temps pour 5 d'entre eux. 7 pts avaient de l'ascite et 3 pts un ictère.Tous les patients ont eu une biopsie rénale par voie transjugulaire. La créatinémie moyenne était de 790 (450-1600) umol/l. Six étaient oliguriques et ont bénéficié d'une épuration extra-rénale (EER).Le bilan auto-immun s'est révélé négatif chez tous les pts. La biopsie rénale a montré dans tous les cas des lésions glomérulaires avec des dépôts prédominants d'IgA et des lésions tubulaires marquées avec une grande quantité d'érythrocytes dans la lumière tubulaire.Six pts ont eu recours à une EER pendant 81 jours (11-240). Deux d'entre

eux sont décédés (mort subite pour l'un, et une insuffisance rénale terminale pour l'autre). Chez les 4 autres, les fonctions rénales se sont rétablies, ce qui a conduit à l'arrêt de l'EER. Chez les 5 patients qui n'ont pas eu besoin de dialyse, la fonction rénale s'est améliorée chez 3 d'entre eux sous traitement déplétif à fortes doses, les 2 autres sont décédés des complications liées à la cirrhose. Conclusion Chez les pts cirrhotiques, l'insuffisance rénale aiguë est une complication fréquente chez les pts ayant une cirrhose décompensée. Chez tout pt cirrhotique, une IRA sans cause classique (syndrome hépato-rénal, néphropathie tubulaire, ...) non élucidée devrait faire l'objet d'une PBR par voie transjugulaire afin de déterminer l'existence d'une HGM possiblement en rapport avec une néphropathie à IgA. En effet, en cas d'IRA en rapport avec une HGM, le recours à l'EER peut être nécessaire.



Les échos du conseil scientifique

Armand GARIOUD (Villeneuve-Saint-Georges)

Renouvellement

A la fin de cette année, le mandat de 6 membres du Conseil scientifique viendra à échéance. Une nouvelle élection aura donc lieu à la fin de l'année suite à un appel à candidatures qui aura lieu courant octobre 2024. 2 des 6 membres sortants ne pourront se représenter à cette élection. Les électeurs seront ceux du Collège électoral, c'est-à-dire les membres de l'ANGH à jour de leur cotisation ANGH 2024. Les membres élus seront intronisés lors du prochain Conseil scientifique qui aura lieu le 31 janvier 2025 à Paris.

Publications et Congrès

Après la publication en 2023 des résultats de l'enquête internationale « **Hydrothorax** » menée par Jean-François CADRANEL (Creil) *BMC Gastroenterology*, ce sont ceux de l'**Enquête B/Delta** qui ont été publiés en juin 2024 dans *EJGH*. De la même équipe encore, ceux de **Modalités pratiques de la ponction d'ascite** et de l'**enquête PANAGHE** (sur l'hépatite alcoolique aiguë) ont été respectivement soumis cet été à *iEJGH* et *EJGH*. Quant aux résultats définitifs de l'étude **PIBAC**, notre étude de cohorte avec suivi pendant 5 ans d'infections chroniques B « inactives » dirigée par Xavier CAUSSE (Orléans), ils ont été soumis à *J Hep Reports*. Enfin, les résultats de l'enquête-patient **APA-MICI** (activité physique adaptée) conduite par Stéphane NAHON (Montfermeil) ont été soumis à *IBD*.

Plusieurs de nos travaux ont été présentés en Congrès cette année. Tout d'abord lors des *JFHOD 2024*, les résultats de l'**Enquête PANAGHE** ont été présentés en Poster et ceux de l'**Étude patient PANAGHE** (328 patients) ont fait l'objet d'une communication orale. N'oublions pas la vaste étude **CAPABLES** sur la pancréatite aiguë biliaire dont les résultats préliminaires sur plus de 1000 patients ont été présentés lors de la session « Late-Breaking Abstract » et la communication de Frédéric MORYOUSSEF a obtenu le Prix de la meilleure communication orale de cette session. Félicitations ! D'autres résultats plus affinés de CAPABLES seront présentés lors de notre Congrès et ce n'est que le début d'une longue histoire ! Passons à l'international... avec l'**Enquête PANAGHE** qui sera présentée en Poster commenté à l'*EUGW 2024* en octobre ! Quant aux résultats de l'étude **VACCIR** sur la couverture vaccinale du cirrhotique conduite par Aurore BARON (Corbeil-

Essonnes), ils ont été présentés en Poster à l'*EASL 2024* après avoir fait l'objet d'une communication orale à l'*AFEF 2023* où ceux-ci avaient nettement été remarqués avec notamment la mise en ligne sur notre site d'une ordonnance pré-faite de vaccination du patient cirrhotique.

32ème Congrès - Versailles

31 communications ont été soumises au Conseil scientifique qui en a retenu 23 dont **13 communications originales et 10 cas cliniques** afin de vous établir un programme de qualité. La **session de pratiques professionnelles**, s'intéressera – année olympique oblige – au développement de l'Activité Physique Adaptée (APA) en CH et ce sera celui de St-Denis qui viendra partager son expérience. Bien sûr, vous retrouverez les **4 Conférences** de spécialité habituelles et cette année, ce sera la 3^{ème} édition de l'« **Atelier pratique** » à destination des Jeunes (internes, Assistants, jeunes PHs). Il aura pour thème la prise en charge en consultation de la fistule anale – ville du Roi Soleil oblige – et il sera animé par Dres Isabelle ETIENNEY et Sarah TAÏEB du CH La Croix-St-Simon-Diaconesses (Paris).

Etudes en cours

L'étude **GANASH**, cette étude de cohorte prospective de suivi à 1 an des patients NASH suivis en CHG menée par Armand GARIOUD (Villeneuve-St-G.) a clos ses inclusions le 30 juin 2023 et donc le suivi à 1 an cet été. Ses résultats définitifs concernant 200 patients en seront connus dans quelques mois. L'étude **FAST** qui a pour but d'identifier les **Facteurs Associés** à un **reTard** diagnostique et/ou à un diagnostic d'emblée compliqué au cours de la maladie de Crohn a commencé au printemps. Elle est coordonnée par Stéphane NAHON (Montfermeil) et promue par le GETAID. Elle durera 1 ans avec l'objectif d'inclure 600 patients.

French-Gut-Colo

Cette vaste étude dont un des objectifs est d'améliorer le dépistage du cancer colorectal commencera ce mois-ci. 3 centres ANGH qui ont débuté les inclusions en bêta-testeurs depuis juin seront rejoints par 15 autres centres ANGH. Notre participation dans cette étude sera majoritaire par rapport aux CHU et cliniques qui ont décidé de participer à l'aventure. 2500 coloscopies seront nécessaires sur 4 ans chez des 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. En couplant le test FIT aux signatures fécales et salivaires du microbiome et aux résultats de la coloscopie, nous pourrions aller vers un test de dépistage plus fin que le seul FIT actuellement disponible.

● LANCEMENT PERSIST'ANGH !

Il s'agit d'une étude ambitieuse qui est tout à fait dans le vent de l'actualité à l'heure où les petites molécules arrivent dans la prise en charge des MICI et que se pose la question de la persistance des lignes de thérapies avancées. Le but est de décrire le parcours thérapeutique de nos patients MICI (RCH & Crohn) dès lors qu'ils ont reçu au moins une biothérapie. Nous verrons ainsi dans la « vie réelle » les associations et les séquences pratiquées ainsi que les raisons de leur initiation. L'e-crf a été élaboré par le groupe de travail composé de Frédéric HELUWAERT (Annecy), Stéphane NAHON (Montfermeil), Thierry PAUPARD (Dunkerque), Mathias VIDON (Créteil) et Armand GARIOUD (Villeneuve-St-G.). La gestion des données sera effectuée par le CRC/DRCI du CH d'Annecy via la plateforme RedCap qui sera utilisée pour la saisie par les investigateurs qui ont été recensés après un court questionnaire de faisabilité. Les inclusions étaient envisagées initialement sur une durée d'un an mais il est d'ores et déjà prévu la poursuite du suivi afin d'établir une véritable cohorte centrée sur la prise en charge thérapeutique de nos patients.

● Autres études à venir

RELINK

L'ANGH est promotrice de 2 études de rappels de patients atteints d'hépatite virale chronique B ou C et perdus de vue. Ces études d'une durée de 6 mois seront réalisées avec le soutien du laboratoire GILEAD, ce qui permettra le financement d'un temps de recherche de ces patients par un ARC, une IDE ou un interne. Le choix du mode de recherche de ces patients perdus de vue est laissé libre à chaque centre : données DIM, RCP virus, listing Fibroscan, bases de données internes, etc.. Le suivi initié ensuite sera le suivi habituel recommandé, notamment avec un dépistage de l'hépatite Delta pour les patients porteurs du VHB. Il y aura donc 2 études distinctes : 1/ population « générale » pour des patients connus porteurs du VHC ou du VHB sans limite de date et 2/ population femmes enceintes en se référant à l'année 2023, voire 2022 en fonction des conditions locales et en collaboration avec les services d'obstétrique. Un appel à

candidature de centres a été lancé avant l'été et l'étude devrait commencer avant l'automne 2024.

HELITE

Il s'agit ici de constituer une cohorte nationale visant à obtenir des données exhaustives sur la prise en charge de l'*Helicobacter pylori* dans sa globalité (du diagnostic à l'éradication). Elle sera le prolongement de ce qui est déjà conduit par Frédéric HELUWAERT (CH d'Annecy) avec le soutien de son CRC/DRCI au niveau de son centre. Un e-crf RedCap est déjà constitué avec la nécessité de remplir possiblement en plusieurs temps des données cliniques, endoscopiques, histologiques, microbiologiques (dont PCR), de traitements et d'éradication. Une enquête de faisabilité pour recenser les centres ANGH a été faite avant le congrès pour cette étude qui pourra commencer dès 2025. Avec elle, nous pourrions ainsi mieux connaître la prise en charge de nos patients et in fine améliorer les pratiques professionnelles



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...



Scannez-moi pour accéder à votre espace ANGH+

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

Scannez-moi !



PARTICIPEZ A L'ENQUETE-FLASH CONGRES 2024 !!!

Dépistage du cancer de l'oesophage !

Cette année, l'Enquête-Flash Congrès porte sur le dépistage du cancer de l'oesophage chez le sujet alcoolo-tabagique. Les HGE ou les ORL qui ont à penser et prendre en charge cette maladie n'ont pas de réelle recommandation sur le sujet par leurs sociétés savantes nationales. Vincent QUENTIN (Saint-Brieuc) nous a élaboré un questionnaire afin de savoir quelles sont nos pratiques individuelles sur cette question de santé publique.

RETOUR SUR MARS BLEU 2024 !

Mars est le temps de **MARS BLEU**, le mois pour la promotion du dépistage du cancer colorectal. Comme chaque année, l'ANGH soutient, accompagne et reste mobilisée pour cette campagne nationale. La plupart de nos centres organise des campagnes au sein de leur établissement ou hors les murs.

Voici quelques images d'opérations MARS BLEU faites aux quatre coins de la France au sein de nos centres hospitaliers généraux.

6 mars 2024 – CHI de Villeneuve-Saint-Georges avec le COLON TOUR, le concours de la Ligue contre le Cancer et la CPAM 94.



12 mars 2024 – CH Drôme Nord

Opération à St Vallier des Hôpitaux Drôme Nord (Romans sur Isère 26) au cours d'un match de Basket de Nationale 1.



12 mars 2024 – CHI de Créteil



12 mars 2024 – GHNE Longjumeau



12 mars 2024 – CH Delafontaine (Saint-Denis 93)



19 mars 2024 – CH de Perpignan



19 mars 2024 – CH Annecy-Le Genevois
Avec un passage au 19/20 France 3 Alpes



L'ANGH soutient  MARS BLEU
1 mois de mobilisation contre le cancer colorectal



Versailles ou les Etats Généraux de la fistule anale
Isabelle ETIENNEY (Groupe hospitalier Diaconesses Croix St Simon Paris)

Nul gastroentérologue ne peut venir à Versailles sans ignorer «la grande opération » réalisée en ces lieux le 18 Novembre 1686 sur la personne de Louis XIV atteint d'une fistule anale.

L'histoire commence en février 1686 quand le Roi Soleil se plaint d'une tuméfaction située à deux travers de doigts de l'anus à côté du raphé le faisant souffrir et l'empêchant de monter à cheval. De nombreux traitements médicaux sont tentés avec application d'emplâtres, onguents et cataplasmes mais sans succès. Devant la chronicité de la maladie et son retentissement, la sanction ne peut être que chirurgicale. L'intervention est préparée en grand secret pendant au moins deux mois par Charles-François Felix de Tassy qui s'entraîne sur des prisonniers et des indigents et met au point un bistouri courbe

prolongé par un stylet dont le coté tranchant est recouvert d'une chape d'argent afin de ne pas blesser l'anus lors de son introduction. Au petit matin du 18 Novembre 1686, après plusieurs lavements, Louis XIV est installé au bord de son lit, un traversin sous le ventre, les jambes repliées. Il n'est pas anesthésié et sa favorite Madame de Maintenon lui tient la main. Un écarteur anal est mise en place, la fistule anale est cathétérisée et mise à plat grâce au bistouri courbe à la royale. Les bords de la fistule et tissus infectés sont retirés aux ciseaux. L'intervention dure trois heures et Louis XIV reprend ses activités le jour même avec un pansement fait à base d'huile et de jaune d'œuf. Une reprise sera nécessaire à J15 et la cicatrisation obtenue à J54.

Au-delà de la petite histoire, à plus de trois siècles de distance, ce cas clinique royal nous donne encore quelques leçons d'actualité et illustre bien que:

1. La fistule anale affecte plus souvent les hommes d'âge mur

2. A un fort retentissement sur leur vie professionnelle et personnelle

3.Le traitement médical est inefficace

4.La sanction chirurgicale est inévitable

5.L'intervention doit être minutieusement préparée par un chirurgien entraîné

6.La mise à plat du trajet reste souvent nécessaire, avec parfois plusieurs temps opératoires

7.Sa réalisation en ambulatoire est tout à fait possible

Fort heureusement les méthodes d'apprentissage en chirurgie ont évoluées et la continence royale serait de nos jours un objet de préoccupation.

Enfin s'il ne permet pas d'acquérir la gloire et de passer à la postérité, la réussite du traitement nous assure la reconnaissance éternelle de nos patients !

Portrait par Peintre non identifié — [1], Domaine public, [https://](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=59401377)

Portrait par Peintre non identifié — [1], Domaine public, [https://](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=59401377)

commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=59401377

Bistouri et écarteur utilisés par Félix de Tassy pour la grande opération

<https://plume-dhistoire.fr/la-fistule-de-louis-xiv-loperation-du-siecle/>

Comment la fistule anale de Louis XIV a permis la création de l'hymne britannique "God Save the Queen" ?

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/comment-la-fistule-anale-de-louis-xiv-a-permis-la-creation-de-l-hymne-britannique-god-save-the-queen-5215134>

Le Point you tube [Les incroyables trésors de l'Histoire : l'écarteur d'anus et le bistouri de Louis XIV](#)

L'afa Crohn RCH France est l'association nationale de personnes malades et de proches engagés dans la lutte contre les maladies inflammatoires chroniques



de l'intestin (MICI). Elle accompagne chaque année des milliers de malades et de proches, dont la maladie vient bouleverser le quotidien. Au-delà du traitement, de nombreuses questions se posent (et doivent l'être !) sur les droits, le travail, les assurances, l'alimentation, l'activité physique, bref le vivre avec et le mieux être avec la maladie.

Pour répondre à toutes ces questions et inquiétudes, les professionnels de santé et les malades peuvent compter sur l'afa ! Nous mettons en effet de nombreuses ressources à disposition pour informer et donner les clés pour se projeter dans l'avenir :

- des permanences d'experts (travail, droits, alimentation, activité physique, question psy)
- des fiches thématiques librement consultables et téléchargeables pour vous et vos patients

- des ateliers en ligne sur le modèle de l'éducation thérapeutique du patient pour mieux vivre avec la maladie
- MICI Connect : la plateforme d'accompagnement avec des modules adaptés à chaque situation
- des brochures complètes et adaptées en fonction de l'âge et des préoccupations, accessibles à tous
- de nombreux événements d'information en présentiel ou virtuels : salons des MICI, Directs de l'afa...
- des week-ends et séjours : familles, ados, jeunes, seniors, personnes stomisées...
- Et bien sûr une écoute de proximité, du lien et de la convivialité... pour rassurer et briser la solitude.

www.afa.asso.fr



Un exemple d'opération de l'afa !

Jeudi 16 mai, dans le cadre de la journée mondiale des MICI, un stand d'informations s'est tenu au sein de l'hôpital d'Annecy.

Cette première édition regroupant gastro-entérologues, infirmières et prestataires en nutrition spécialisée et activité physique adaptée a rencontré un grand succès.

« Juin Sans Sucres Ajoutés » : Une édition 2024 en partenariat avec l'ANGH !

Juliette PONT, rédactrice de la MASHLETTER & Pascal MELIN, Président de l'Association "Hépatites & maladies du foie"



Comment sensibiliser la population aux conséquences d'une mauvaise alimentation et d'un excès de sédentarité, sachant qu'1 Français sur 5 est porteur d'une stéatose...

Des militants de notre association « SOS Hépatites & maladies du foie » ont réfléchi sur le sujet et une idée a été retenue : Un mois « sans sucres ajoutés » sur le modèle du Dry January.

JUIN a fait l'unanimité, d'abord parce que c'est le mois du NASH-Day et ensuite, parce qu'avant l'été c'est souvent la période où les Français ont envie de perdre quelques kilos afin d'essayer d'obtenir le fameux « summer body » pour aller sur les plages.

Lors de sa 1ère édition en 2023, des questionnaires au début du Défi, à la fin et 6 mois après ont été proposés. L'idée était de cerner les participants au Défi et d'essayer d'en sortir des informations sur leur poids, leurs problèmes de santé, leur sensation d'addiction, etc...

Parallèlement, un groupe Facebook a été créé pour partager dans la bonne humeur et réaliser quelques Lives pendant le mois avec des professionnels de santé qui répondaient aux questions des participants.



Les questionnaires analysés ont permis de proposer des communications scientifiques, l'une d'entre elles a été retenue aux JFHOD en mars 2024, ce qui a permis de faire connaître le Défi et de s'assurer de précieux soutiens : l'ANGH d'abord,

la FPRH ensuite, puis la Fédération Addiction.

La mayonnaise ayant pris (si l'on peut s'exprimer ainsi), il fallait réitérer l'opération en 2024, mais en touchant mieux et davantage de personnes via les réseaux sociaux, notre MASHLETTER (2500 abonnés) en présentant le Défi en amont, et en créant un site internet spécifiquement dédié : juinsanssucresajoutes.org.

Ce site propose de nombreuses informations et des outils pour promouvoir le Défi : bannières, flyers, affiches... Il invite aussi les personnes intéressées à s'inscrire au Défi, avec différents niveaux d'engagement au choix : « Sympathisant », « Engagé » (répondre aux questionnaires) ou « Ambassadeur » (répondre aux questionnaires et promouvoir le Défi autour de soi).

Pendant la durée du Défi, la page Facebook était gérée par l'association et alimentée quotidiennement, par des posts sur les sucres, par des petits sondages, par des Lives également, donnant la parole tour à tour à différents intervenants, dont des patients et des professionnels de santé.

Des actions ont également été menées dans plusieurs régions, avec par exemple, des stands lors du NASH-Day, des ciné-débats autour du film « Sugarland ». Plusieurs hôpitaux généraux sensibilisés par l'ANGH ont aussi partagé le Défi en le promouvant auprès de leurs patients notamment en consultation, en mettant des flyers dans les salles d'attente, avec des équipes entières qui se sont inscrites pour le réaliser.



Voici les premiers résultats de cette édition 2024 :

Le nombre de participants a été multiplié par 10 cette année par rapport à 2023, soit 3 500 personnes. 1 950 ont répondu au 1^{er} questionnaire et 750 au questionnaire final (92% de femmes, 8% d'hommes, âge moyen 50 ans).

Les questionnaires sont en cours d'analyse mais d'ores et déjà nous pouvons constater que 42% des participants ont déclaré avoir un problème de santé chronique (obésité, diabète, MASH, maladie cardiovasculaire). 53% avaient un IMC > ou égal à 25 et 20% un IMC > ou égal à 30. 14% se sont déclarés obèses mais en calculant leur IMC, on s'est aperçu qu'en fait ils étaient 20% à l'être, donc, 6% l'ignorent... 11% ont déclaré avoir une stéatose ou une MASH (ceux-là avaient un IMC moyen de 29,9) et 5% ont déclaré avoir un diabète (IMC moyen 30,8).

(NDLR : les malades du foie ont été les plus informés sur l'existence de ce Défi via le réseau de SOS Hépatites. Ce serait bien que les diabétiques et les associations qui les représentent (AFD) nous rejoignent en 2025 !).

Concernant les motivations :

Parmi les personnes obèses ou atteintes de stéatose et MASH, leur principale motivation était de perdre du poids (60% et 54% respectivement), mais aussi de réduire leur consommation de sucres (51% et 52%), alors que chez les personnes sans problème de santé chronique, 38 % espéraient perdre du poids et 37% réduire leur consommation de sucres ajoutés.

Pour conclure :
On constate que le phénomène de groupe renforce la motivation et produit incontestablement un effet moteur !

« Juin Sans Sucres Ajoutés » permet de viser 2 objectifs :

- Faire de la prévention et informer sur les excès de sucres ajoutés dans l'alimentation pour tout le monde.
- Encourager des changements de comportements alimentaires chez les personnes malades.

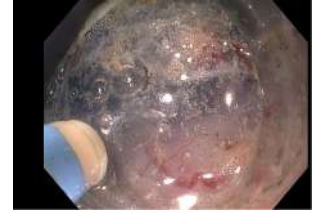
Des analyses plus détaillées seront présentées dans le courant de l'année notamment lors du Paris MASH Meeting et nous comptons sur l'ANGH pour encore amplifier et diffuser notre Défi de « Juin Sans sucres Ajoutés » en 2025 !





Résultats de l'Enquête-Flash Congrès 2023: La dissection sous-muqueuse et moi !

Laurent COSTES (Créteil)



La dissection sous muqueuse (DSM) est maintenant une technique bien validée pour la résection des lésions rectales, gastriques et de l'œsophage. Au niveau colique, la taille de 20mm pour les polypes non pédiculés va probablement devenir la limite pour poser l'indication d'une résection par dissection (1). L'école française de la dissection a permis une amélioration de la technique avec notamment la traction élastique et une diffusion de la technique avec un engagement important dans la formation. Le prérequis indispensable est la bonne caractérisation des lésions ce qui demande une formation et une évaluation. La classification CONECCT du Pr Mathieu PIOCHE (2) a facilité l'utilisation des différentes méthodes d'évaluation des lésions rectocoliques.

La formation à la DSM reste longue et difficile. Il existe une recommandation européenne de l'ESGE (3) sur le cursus de formation et la SFED organise des formations sous la forme d'une Masterclass et d'un curriculum (4). L'objectif de cette enquête est de faire un état des lieux dans les centres ANGH sur la diffusion de cette technique et sur la formation des praticiens.

L'Enquête « Flash » a lieu pendant le Congrès de l'ANGH de septembre 2023 (questionnaire envoyé par mail à tous les adhérents avant, pendant et après le Congrès).

Cinquante huit médecins ont répondu. Treize médecins pratiquent des dissections (tous au niveau du rectum, 11 au niveau de l'estomac et 9 au niveau du colon ou de l'œsophage). Il y a une sélection des dissections réalisables en fonction du niveau de l'opérateur puisque 8 médecins sur 13 adressent les lésions jugées trop difficiles à un centre expert. Le nombre moyen de dissections est de 38 par an (minimum 5 par an et maximum 185 par an). Parmi les réponses il y a un médecin expert qui réalise 185 procédures par an.

Tous les médecins qui réalisent des dissections ont eu une formation sur l'animal et ont vu un expert réaliser des résections avant de commencer. La moyenne des procédures sur modèle animal est de 18 dissections (5-35 procédures). La formation de la SFED (Masterclass/curriculum) n'a pu être réalisée que par 2 médecins (15%). La formation a été considérée comme facile pour 6 médecins (46%). Six médecins (46%) considèrent que leur formation respecte le curriculum proposé par la SFED et l'ESGE. Chaque médecin garde un contact étroit avec un expert

facilement accessible pour discuter les indications ou procédures.

La grande majorité des médecins ayant répondu à l'enquête ne réalisent pas de dissections (45 médecins soit 78%). Les principales raisons sont : souhait de ne pas réaliser de dissections (24 médecins), pas d'accès à la formation (9 médecins), pas assez de recrutement (9 médecins), et pas assez de vacances sous anesthésie générale (9 médecins) et crainte d'être seul dans son centre pour 7 médecins. Un seul médecin est en cours de formation. L'adressage des patients dans un autre centre est considéré comme simple pour 95% des médecins.

En conclusion, la technique de DSM est encore peu développée dans les centres ANGH. La moitié des médecins ne souhaitent pas se lancer dans cette technique. Les principaux freins sont l'accès à la formation et le recrutement des patients. La mise en place récente de formations de la SFED va probablement contribuer à la formation des endoscopistes. Une organisation au niveau du territoire devrait être proposée afin d'avoir des centres avec un nombre suffisant de dissections afin de garder une expertise dans cette technique. La formation de deux médecins dans un centre pourrait également être envisagée.

Références:

1. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2024.
2. A simplified table using validated diagnostic criteria is effective to improve characterization of colorectal polyps: the CONECCT teaching program. Fabritius et al. Endosc Int Open 2019 Oct;7(10)
3. Curriculum for endoscopic submucosal dissection training in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. 2019
4. <https://formations.sfed.org/>





L'ANGH, une place majeure dans ma vie

Hervé HAGEGE (Créteil - A4)

Une belle découverte

Pour moi, tout a commencé en 1990 lors du premier congrès de l'ANGH, en Arles. J'étais jeune PH et je cherchais à continuer mon activité de soins, de recherche et d'enseignement initiée lors de mon clinicat à l'AP-HP.

Bien sûr lors de ce premier congrès, il y a eu l'inoubliable course de vachettes et le rosé coulait à flots, mais ce qui m'a le plus marqué, c'est son ambiance unique. Je n'avais jamais participé à un tel congrès où les communicants comme les participants étaient autant au même diapason et où les conjoints étaient autant intégrés dans l'association. C'était un congrès avec un bel état d'esprit, des intérêts partagés, une grande solidarité, aucune hégémonie, une absence de concurrence, un beau dévouement et une franche camaraderie. Même les laboratoires partenaires, peu nombreux à l'époque, percevaient cette ambiance unique. Les experts invités n'avaient qu'une envie : revenir ! L'ANGH représentait une réelle bouffée d'oxygène dans un quotidien de PH souvent asphyxiant.

Les copains d'abord

Au-delà des relations professionnelles, l'ANGH permet de se faire des copains d'abord.

J'y ai découvert des collègues qui sont devenus de vrais amis. Les fondateurs étaient souvent d'anciens Chefs de clinique à l'AP-HP qui avaient pris la Chefferie de services en région parisienne ou dans des villes non universitaires de province. Faire reconnaître une gastroentérologie de qualité dans nos CH n'a pas été facile, mais en quelques décennies nous y sommes parvenus. C'est une évidence, cela a été possible grâce à l'ANGH.

Une belle opportunité pour concrétiser des idées

Quand un PH a une idée d'étude clinique, quel que soit son CH, il aura du mal à la concrétiser alors qu'après validation par le Conseil scientifique de l'ANGH, l'idée peut aller jusqu'au bout en incluant 30, 50 ou 100 centres et 500, 1000 ou plus de 3000 patients. Ensuite, des présentations aux JFHOD, à l'UEGW et à la DDW donneront une belle dimension à un travail collectif.

J'ai tout de suite compris qu'il n'y avait pas de petits ou grands centres inclueurs. Les petits ruisseaux font les grands fleuves et tous les CH participants sont aussi importants. Ils permettent d'avoir un recrutement harmonieux avec le moins de biais possible. C'est ainsi que pour l'étude sur les hémorragies digestives hautes qui a permis d'inclure plus de 3500 patients, j'ai pu mettre dans les 3 communications présentées la même année aux JFHOD 15 noms de signataires différents correspondants à 15 centres ANGH, soit au total 45 noms et centres. Certains collègues m'avaient dit : "C'est sympa, mais pourquoi as-tu mis mon nom alors que je n'ai inclus que 6 malades"... Pour moi

c'était une évidence sans cette participation de tous, pas d'étude possible et surtout pas de résultat pertinent à rapporter en congrès ou dans la littérature.

Que du bonheur

Je me suis investi dans notre belle association où j'ai été rapidement coopté pour faire partie du CA, puis du Bureau comme Trésorier. Accéder à la présidence de l'ANGH a été pour moi un grand honneur et une réelle période de bonheur dans ma vie professionnelle. A cette époque, on m'avait proposé au même moment de devenir Président de la CME du CHIC. Assumer ces 2 responsabilités me paraissait difficile. Et on m'avait alors dit : la CME que du malheur, l'ANGH que du bonheur. C'est presque vrai... et fort heureusement la présidence de CME a pu attendre.

La présidence de l'ANGH m'a permis de collaborer avec de nombreux confrères gastros universitaires ou libéraux et d'obtenir une belle reconnaissance comme Président de la FSMAD, puis du CNP HGE et aussi comme Président de la SNFGE. Bien au-delà d'une promotion personnelle, c'est surtout une réelle reconnaissance pour l'ANGH et pour tous mes collègues et amis qui font vivre notre belle association, unique en son genre.

Un état d'esprit unique qui perdure

Les fondateurs de l'ANGH ont pris progressivement leur retraite, mais le besoin de continuer ensemble, au-delà de la vie professionnelle, persistait et il a été créé l'A4 qui réunit aussi nos conjoints. Je dois dire que c'est absolument remarquable de voir perdurer cette belle amitié. Alors certains ont pu dire que l'ANGH allait peut-être périliter, mais il n'en est rien. L'état d'esprit persiste et la relève est assurée. Je suis sincèrement bluffé de voir ce qu'est devenue l'ANGH.

Cela a été pour certains jeunes PH, comme pour moi il y a une trentaine d'années, une belle découverte et ils s'y sont investis avec de belles réussites. L'ANGH leur a permis d'obtenir une reconnaissance à la fois scientifique avec de belles communications en congrès et de belles publications dans des revues internationales, mais également une reconnaissance professionnelle avec l'intégration des conseils d'administration de nos sociétés savantes et également la présidence de celles-ci.

Alors oui, vive l'ANGH

Pour moi la page se tourne. J'ai pris ma retraite de PH en mars dernier. Au CHIC comme au CHIV, je suis très fier de mes équipes qui ont une belle dynamique, de beaux projets et contribuent activement à la vie de l'ANGH.

Versailles sera mon dernier congrès avec l'ANGH, mais elle restera dans mon cœur toute ma vie.

Longue vie à l'ANGH !

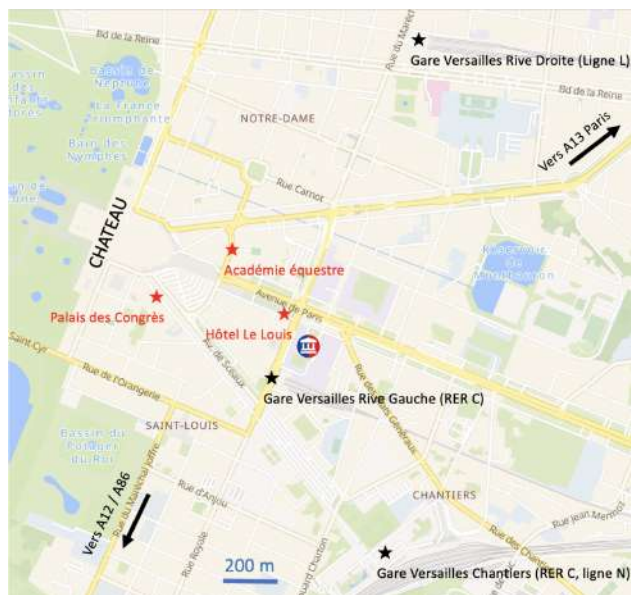
ANGH'ment vôtre ! Hervé.

INFOS PRATIQUES

32ème CONGRES de L'ANGH

VERSAILLES 2024

Les sites



Les congressistes seront hébergés dans l'**Hôtel Le Louis Versailles – 2 Bis Av. de Paris à Versailles**. Il est situé à quelques centaines de mètres du Palais des Congrès.

La soirée de Gala

La soirée de Gala débutera par le spectacle de l'**Académie équestre de Versailles** à 19h précises! - avenue Rockefeller à Versailles (à quelques centaines de mètres du Palais des Congrès) avant un **dîner** qui sera suivi d'une **soirée pour rythmer** en musique!

Et RENDEZ-VOUS

l'année prochaine à

PERPIGNAN !



PERPIGNAN

PALAIS DES CONGRÈS
ET DES EXPOSITIONS
ANGH

PLACE ARMAND LANOUX 66000 PERPIGNAN

Pour les 40 ans de l'ANGH !

Avec de nombreuses surprises qui nous attendent !



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 **40 €**.

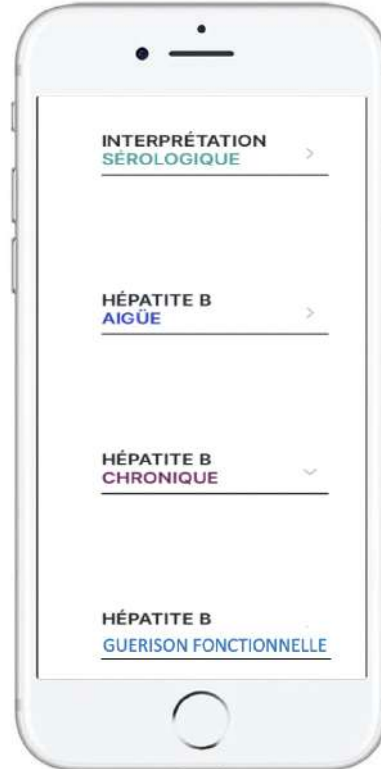
(L'inscription est gratuite pour les assistants spécialistes et les internes)

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

[https://angh.net/
adhesion/cotisation/](https://angh.net/adhesion/cotisation/)



NOUVEAUTE ANGH !!! 1ère APPLICATION MOBILE



ANGH !!! "VIRO B" DISPONIBLE DEBUT 2025 !!!

Il s'agit de la **1ère application francophone** d'aide à la prise en charge de l'hépatite B !

Elaborée pour l'ANGH par Clara ALTMAN (interne IDF), Armand GARIOUD et Sandrine BARGE, cette application complète vous aidera à la **prise en charge** de vos patients: interprétation de la sérologie, bilans à faire, indication ou non à un traitement, modalités de suivi du traitement, dépistage du CHC ou non sans oublier les cas particuliers. Avec cette application, l'hépatite B n'aura plus aucun secret pour vous !!!

Elle sera disponible et gratuite au téléchargement sur **iPhone** et **Android** dès début 2025 !!



EPCLUSA®
sofosbuvir/velpatasvir
comprimés pelliculés 400mg/100mg

TERMINONS CE QUE NOUS AVONS COMMENCÉ

Le sofosbuvir a 10 ans. 10 ans de guérisons possibles avec des traitements à base de sofosbuvir qui permettent d'envisager l'élimination du VHC. Mais comme toujours, les derniers mètres sont les plus difficiles. Parce que les patients encore atteints d'hépatite C taient souvent leurs vulnérabilités : consommation de drogues, troubles psychiatriques, polymédication ou plus généralement leurs conditions de vie, il nous faut désormais redoubler d'efforts pour parvenir à les prendre en charge.



TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

Parcours simplifié

Les professionnels de santé pouvant prendre en charge les patients adultes dans le cadre de la prise en charge simplifiée :

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

La prise en charge simplifiée s'adresse aux patients ayant une infection chronique par le VHC, en l'absence² : • de co-infection VHB ou VIH, • d'insuffisance rénale sévère, • de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité, syndrome métabolique) mal contrôlée, • 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. Veuillez vous référer au mémo de la HAS datant de mai 2019, mis à jour en septembre 2019.²

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I. - Agréé Coll., inscrit sur la liste de rétrocession et remboursé Séc. Soc. à 100 % et inscrit sur la liste en sus des établissements SSR avec prise en charge à 100% dans le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) chez l'adulte.^{3,4}

Parcours spécialisé

Les professionnels de santé pouvant prendre en charge les patients adultes et les patients âgés de 3 ans et plus et pesant plus de 30 kg dans le cadre du parcours spécialisé :

EPCLUSA® est indiqué pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les patients âgés de 3 ans et plus (voir rubriques 4.2, 4.4 et 5.1 du RCP EPCLUSA®).¹ Chez les adultes, EPCLUSA® fait partie des options thérapeutiques pour le traitement des patients ayant une hépatite C chronique de génotypes 1 à 6, sans ou avec cirrhose. Pour les formes comprimés d'EPCLUSA® 400/100 et 200/50, chez les enfants à partir de 6 ans pesant respectivement plus de 30 kg et 17 kg et pour les formes granulés, chez les enfants À PARTIR DE 3 ANS qui répondent aux critères de traitement, EPCLUSA® (sofosbuvir/velpatasvir) est une option thérapeutique de référence, au même titre que MAVIRET® (glécaprévir/pibrentasvir), en raison de son efficacité pangénotypique permettant une durée de traitement réduite (12 semaines pour la majorité des patients) et une simplification thérapeutique (réduction des besoins de génotypage ou de test de résistance pour guider les décisions de traitement).

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I. - Agréé Coll., inscrit sur la liste de rétrocession et remboursé Séc. Soc. à 100 % et inscrit sur la liste en sus des établissements SSR avec prise en charge à 100% dans le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) chez les patients âgés de 6 ans et plus et pesant au moins 30 kg.^{3,4}

Non remboursable et non agréé aux collectivités dans les indications thérapeutiques chez les patients pédiatriques âgés de 3 à moins de 6 ans figurant dans l'autorisation de mise sur le marché.

Pour plus d'informations sur la place dans la stratégie thérapeutique, consulter https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2983840/fr/epclusa.



Pour une information complète, consultez le **Résumé des Caractéristiques du Produit et les avis de CT d'EPCLUSA®** en scannant le QR code ou à l'adresse : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

1. Résumé des Caractéristiques du Produit EPCLUSA®. 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. Consultez le 18/12/2023 sur le site : http://www.codage.ext.cnamts.fr/codi/bdm_it/fiche/index_fic_medisoc.php?p_code_cip=3400930067314&p_site=AMELI. 4. Journal Officiel - 25 Juin 2023.

Gilead Sciences - SAS au capital de 76224,50 euros SIREN 391 360 971 RCS Nanterre - APE 4646Z - TVA Intracommunautaire FR 663 913 609 71
65 quai Georges Gorse 92100 Boulogne Billancourt France Tél. +33 (0) 1 46 09 41 00 - Fax +33 (0) 1 46 09 41 06 - www.gilead.fr

GILEAD