

**33ÈME
DE**

**CONGRÈS
L'ANGH**

12 et 13 septembre 2025

Perpignan

40

ANS

DE

L'ANGH

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

**N° 26
Septembre
2025**

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 : Isabelle Etienney (Paris), Gilles Macaigne (Montfermeil),
Isabelle Rosa (Créteil), André-Jean Rémy (Perpignan)

SFED : Mehdi Kaassis (Cholet), Frédéric Moryoussef (Poissy)

AFEF : Caroline Lemaitre (Le Havre)

FFCD : Christophe Locher (Meaux), 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), Stéphane Nahon (Montfermeil),
Frédéric Héluwaert (Annecy)

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

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

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

Secrétariat

Mme Soizic Blanleuil (Créteil)
secretariat@angh.net

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)

Dr Flavien Dautrecque (Lens)

Dr Frédéric Héluwaert (Annecy)

Dre Marion Jager (Saint-Denis)

Dre Faiza Khemissa-Akhrouz (Perpignan)

Dr You-Heng Lam (Cholet)

Dr Frédérick Moryoussef (Poissy)

Dr Stéphane Nahon (Montfermeil)

Dr Andrimalala Raoto (Avignon)

Dr Florence Skinazi (Saint-Denis)

Dre Sarah Taieb (Paris)

Dre Juliette Verlynde (Dunkerque)

Dr Mathias Vidon (Créteil)

Directeur Publication : Dr Armand Garioud

Comité de rédaction Dr Armand Garioud

Maquette : Dr Bruno Lesgourgues

Crédit Photographique :

Cancer Research UK /sWikimedia commons

IMPRIMÉ PAR

SAXOPRINT 

Dépôt légal Septembre 2025 N° ISSN 1964-8278
Imprimé à 900 exemplaires - Septembre 2025



Bienvenue à Perpignan !

Cher.es ami.es et collègues,

Cette année, l'ANGH fait son congrès à Perpignan, ma ville de cœur depuis 27 ans et où l'ANGH fêtera ses 40 ans. Que de chemin parcouru par notre association depuis 1985 ! Quarante années c'est 4 papes, 5 présidents de la République française et... 29 ministres de la santé ! En 1985, l'épave du Titanic était retrouvée, Coluche lançait les Restos du cœur et Georgina Dufoix, ministre de la Santé allait devenir célèbre avec sa formule « responsable mais pas coupable » ! Si je dois situer le contexte, c'est parce que, et c'est ma grande fierté en tant que président de l'ANGH, un tiers des femmes et des hommes qui composent le Conseil d'Administration et le Conseil Scientifique de l'ANGH n'a pas encore 40 ans ! Le renouvellement de nos instances dirigeantes est ainsi assuré à moyen et à long terme !

Le congrès de l'ANGH revient à Perpignan pour la 2ème fois après un congrès en 2009 très réussi (comme tous les congrès de l'ANGH en fait !). Vous arriverez à Perpignan soit par l'avion via l'aéroport (international) Sud de France, soit via la gare TGV où il ne faudra pas oublier de traverser l'autre gare ferroviaire et son plafond proclamé « centre du monde » par Salvador Dali en 1963 (même si les peintures de l'époque ont été remplacées depuis). Comme en 2009, vous serez logés à proximité immédiate du Palais des Congrès et de façon identique, la soirée de Gala du vendredi soir se déroulera en bord de mer sur la Côte Vermeille.

En résumé, pourquoi venir à Perpignan pour le 33ème congrès de l'ANGH ? pour le programme de très grande qualité élaboré par le Conseil Scientifique ? Pour les 4 conférences qui seront exceptionnelles ? Pour les échanges informels entre nous, tous collègues exerçant en CHG ? Pour le soleil et la tramontane ? Pour la richesse culturelle de la ville et de la région, avec notamment la 25ème édition de Visa pour l'Image, festival international de photojournalisme et le Musée d'Art Moderne de Céret qui fête ses 75 ans avec une exposition anniversaire Miro Picasso Chagall ? Pour toutes ces raisons, nous vous donnons rendez-vous les 12 et 13 septembre 2025 à Perpignan !

ANGHment vôtre !

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

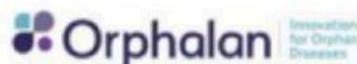
Partenaires 2025

Merci à tous nos partenaires de soutenir fidèlement notre Association

abbvie



AMGEN



PENTAX[®]
MEDICAL



Johnson & Johnson

Au sommaire

Programme du 33ème Congrès de l'ANGH	p.4 à 6
Programme de la Journée de formation GIFE / ANGH	p.7
Présente-moi ton CH - Régional de l'Etape - Perpignan	p.8
Les Communication du Congrès	p.9 à 20
Résultats de l'Enquête sur la disponibilité du Fibroscan en CHG (F.Dautrecque)	p.20-21
Les Échos du Conseil scientifique	p.22-23
La FFCD et les CHG : une alliance pour l'excellence en cancérologie digestive (F.Khemissa)	p.23
Participez à l'Enquête Flash Congrès 2025 !!!	p.24
Retour sur MARS BLEU ANGH 2025	p.24 à 26
Page tourisme - Une journée dans les Pyrénées Orientales - Faiza KHEMISSA (Perpignan)	p.28
3ème édition 2025 Juin sans Sucres ajouté avec l'ANGH (J.Pont)	p.29-30
INFORMATIONS PRATIQUES CONGRES	p.31

Communications du congrès

- 1- 10 ans de LPAC dans un petit CHG Comment optimiser le diagnostic
- 2- Etude ANGH / SNFMI / CHU AmisALPAGA2 : premiers résultats
- 3- BRIC par BRIC
- 4- Hépatite hypoxique ... 35 ans plus tard
- 5- Dépister l'hépatite C chez les patients psychiatriques est plus efficient en centre hospitalier psychiatrique qu'en CMP !
- 6- Connaissances, attitudes et pratiques des médecins d'Afrique subsaharienne francophone relatives à l'hépatite B – Delta
- 7- Foie, ulcère: j'suis vénère !
- 8- Rhabdomyolyse, inhalations & œsophage
- 9- Résultats de l'enquête flash CancérOHeso
- 10- Une anémie qui ne manque pas d'air
- 11- Une anémie ferriprive sévère récidivante révélant une lésion du grêle calcifiée, associée à de multiples lésions hépatiques
- 12- Etat des lieux de la recherche clinique dans les centres hospitaliers généraux
- 13- Données actualisées de la Cohorte CAPABLES: Cohorte nationale ANGH des Pancréatites Aigues Biliaires Légères à Sévères.
- 14- Hémopéritoine post-polypectomie secondaire à la section de l'artère appendiculaire : à propos d'un cas rare de polype juxta-appendiculaire
- 15- Péritonite biliaire primitive : prise en charge exceptionnellement non chirurgicale à propos d'un cas.
- 16- Cold water papilla irrigation in the prevention of post ERCP complications – FREEZE PAPILLA STUDY
- 17- HELITE : Base de données sur les infections à H pylori : données préliminaires de la phase initiale annécienne.
- 18- A quel string se vouer ?
- 19- Un polype sous le soleil.
- 20- Une diarrhée qui ne manque pas d'air
- 21- La transition enfant adulte : exemple de parcours pour la PEC des MICI
- 22- Etude du positionnement des traitements et de la persistance thérapeutique au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en vie réelle dans les centres hospitaliers généraux: étude PERSIST'ANGH

Programme du Congrès

Vendredi 12 septembre 2025

11h00 - 12h30 : 4ème ATELIER PRATIQUE - JEUNES PH, ASSISTANTS et INTERNES animé par la Dre Camille BARRAULT (Créteil) et la Pre Hélène DONNADIEU (Montpellier)
« **Dépendances... Alcool, tabac et maladies digestives** »

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

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Dre Sandrine BARGE (Créteil) ; Dr Armand GARIOUD (Villeneuve St Georges)

14h11 - 14h23 : 10 ans de LPAC dans un petit CHG Comment optimiser le diagnostic

Dr Zanditenas David (1), Dr Timsit Elodie (1), Dr Sillou Sarah (2) (1) Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Saint Camille (2) Service de radiologie de l'hôpital Saint Camille

14h24 - 14h36 : Etude ANGH / SNFMI / CHU Amis ALPAGA2 : premiers résultats

JFD Cadranel, C. Bureau, F.Ehrhard, N. Reboux, A.Herissay, D. Zanditenas, I.Ollivier, A. El Kharrazi, I.Rosa, JB. Nousbaum, C.Mokhtari, HT.Zougmore, P.Pulwermacher. Service d'Hépatogastroentérologie, GHPSO Creil.

14h37 - 14h47 : Cas clinique n°1 : BRIC par BRIC

Sarra Ben Jemia, Dora Lippai, Marie Carmen Ortiz, Clothilde Soriano, André-Jean Remy, Faiza Khemissa-Akouz

14h48 - 15h00 : Hépatite hypoxique ... 35 ans plus tard

Edeline Kaze, Jean Henrion (Belgique)

15h01 - 15h13 : Dépister l'hépatite C chez les patients psychiatriques est plus efficient en centre hospitalier psychiatrique qu'en CMP !

André-Jean, Remy, Hakim, Bouchkira, Arnaud Happiette. Equipe Mobile Hépatites, CH de Perpignan.

15h14 - 15h26 : Connaissances, attitudes et pratiques des médecins d'Afrique subsaharienne francophone relatives à l'hépatite B – Delta

AR Kpossou (1), JR. Ngele Efole (2,3), H.T. Zougmore (2), C. Mbendi (3), R. Sombié (4), D. Ouattara (4), F. Nguimtsa Tenefo (5), S. Eloumou (5), MA. Ntsama (5), LM Lawson-Ananissoh (6), H. Kissi (7), S. Doffou (7), I Ngo (7), A. Mongo Onkouo (8), J. Mimiesse (8), K. Diallo (9), D. Diallo (8), J.FD Cadranel et al. Service d'Hépatogastroentérologie,, GHPSO Creil.

15h27 - 15h37 : Cas clinique n°2 : Foie, ulcère: j'suis vénère !

Mathilde Poquet, Charles Gelloz, Marion Jager, Florence Skinazi Service d'Hépatogastroentérologie Hôpital Delafontaine, 93200 Saint Denis.

● **15h38 - 15h58 : Conférence n°1 : "Dépistage des maladies hépatiques dans la population générale"**
Pr Pere GINES (Barcelone - Espagne)

15h59- 16h29 : Pause - Visite de l'exposition

Communications originales, cas cliniques et conférences

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

● **16h30 - 16h50 : Conférence n°2** : « CHC, les recos de l'AFEF » - *Pr Eric ASSENAT (Montpellier)*

16h51 - 17h01 : **Cas clinique n°3 : Rhabdomyolyse, inhalations & œsophage**
Flavien Dautrecque - CH de Lens.

17h02 - 17h14 : **Résultats de l'enquête flash CancérOHeso**
Vincent Quentin - CH de Saint-Brieuc.

17h15 - 17h25 : **Cas clinique n°4 : Une anémie qui ne manque pas d'air**
Camille Sergent, Clémence Breton, Caroline De Kerguenec - Hôpital Delafontaine, 93 Saint Denis

17h26 - 17h36 : **Cas clinique n°5 : Une anémie ferriprive sévère récidivante révélant une lésion du grêle calcifiée, associée à de multiples lésions hépatiques**
Ambroise Lalieu, Baptiste Clerquin, Arnaud Boruchowicz, Xavier Pauwels, Priscilla Verhulst, Clémentine Rousselin. CH de Valenciennes.

17h37 - 17h49 : **Etat des lieux de la recherche clinique dans les centres hospitaliers généraux**
Stéphane Nahon, Armand Garioud et les collègues de l'ANGH.

Samedi 13 septembre 2025

Communications originales, cas cliniques et conférences

Modérateurs : Dre Isabelle ETIENNEY (Paris) ; Dr Vincent QUENTIN (St Brieuc)

● **09h00- 09h20 : Conférence n°3** : « Endo-hépatologie : quel intérêt pratique et quelle formation ? »
Dr Paul CASTELLANI (Marseille)

09h21 - 09h33 : **Données actualisées de la Cohorte CAPABLES : Cohorte nationale ANGH des Pancréatites Aiguës Biliaires Légères à Sévères.**
G. Macaigne, F. Moryoussef, C. De Ponthaud, D. Grasset, A.J. Rémy, S. Bellon, P. Mayer, M. Vidon, A. Drouet D'Aubigny, C. Lemaitre, C. Locher, M. Medmoun, F. Skinazi, V. Quentin, M.P. Ripault et al.

09h34 - 09h44 : **Cas clinique n°6 : Hémopéritoine post-polypectomie secondaire à la section de l'artère appendiculaire : à propos d'un cas rare de polype juxta-appendiculaire.**
K. El Fadil, M. Vidon, L. Costes, I. Paulines, I. Rosa et al. CHI de Créteil.

09h45 - 09h55 : **Cas clinique n°7 : Péritonite biliaire primitive : prise en charge exceptionnellement non chirurgicale à propos d'un cas.**
C Iamblaudiot, L Rodriguez, N Aguerro, S Bellon, A Benezzech, M Brihay, T Randrian, A Raoto, J Sigrand, JP Arpurt. CH d'Avignon.

09h56 - 10h08 : **Cold water papilla irrigation in the prevention of post ERCP complications – FREEZE PAPILLA STUDY.**
Duarte Ceia, Fábio Pereira Correia, Henrique Coelho, Gonçalo Alexandrino, Jorge Canena, Luís Carvalho Lourenço, David Horta et al (Portugal).

10h09 - 10h21 : **Retour de la session IDE** ; Dominique Imbert (GIFE)

10h22- 10h34 : **HELITE : Base de données sur les infections à H pylori : données préliminaires de la phase initiale annécienne.**

Frédéric Heluwaert. CH Annecy-Genévois

10h35- 10h45 : **Cas clinique n°8 : A quel string se vouer ?**

Marine Da Silva, Léo Bove, Taiana Mothe, Héloïse Tessier, Samuel Andrault, Solène Audiau, Julien Baudon, Mehdi Cassis, You-Heng Lam. CH de Cholet.

10h46 - 11h01 : **Session Protocoles** : Dr Armand GARIOUD (Villeneuve St Georges)

11h02 – 11h32 : Pause - Visite de l'exposition

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

Modérateurs : Dre Florence SKINAZI (St Denis) , Dr Thierry PAUPARD (Dunkerque)

11h33 - 11h43 : **Cas clinique n°9 : Un polype sous le soleil.**

Laurie Bonnet, Aida Rebiha, Juliette Adenis, Maha Gardam, Anne-Laure Desgabriel, Charlotte Gagnière, Céline Somsouk, Armand Garioud. CHI de Villeneuve St-Georges.

11h44 - 11h54 : **Cas clinique n°10 : Une diarrhée qui ne manque pas d'air.**

Soleïhane Omrane (1), David Zanditenas (1), Elodie Timsit (1), Clément Morin (2) (1) Service d'hépatogastroentérologie (2) Service de médecine interne et infectieuse. Hôpital Saint Camille. Bry-sur-Marne.

11h55 - 12h15 : **Session de Pratiques professionnelles**

« **La transition enfant adulte : exemple de parcours pour la PEC des MICI** »

Isabelle Rosa, Marie Laure Dizambourg (IDEC MICI), Laurent Costes, Mathias Vidon - CHI Créteil

12H16 - 12h28 : **Etude du positionnement des traitements et de la persistance thérapeutique au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en vie réelle dans les centres hospitaliers généraux : étude PERSIST'ANGH** »

Stéphane Nahon, Thierry Paupard, Frédéric Heluwaert, Mathias Vidon, Armand Garioud, Antoine Blain.

● **12h29 - 12h49 : Conférence n°4** : «Quelle biothérapie choisir en seconde ligne pour une MICI en 2025 »
Pr Romain ALTWEGG (Montpellier)

12h50 - 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 12 septembre 2025 de 10H00 à 18H00
PERPIGNAN**

09H30 Accueil des congressistes

Remise du badge individuel et émargement, remise des attestations

10H00 Ouverture et présentation de la session infirmière

Dominique IMBERT, cadre supérieur de santé au CH Avignon
Céline RAY, référent endoscopie CHICAS de GAP
Anne HOUDARD, 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 Actualités en endoscopie et avancée des travaux SFED/GIFE/SF2H
Nouvelle Check-list endoscopie**

Réactualisation de l'instruction de juillet 2016,
Céline RAY ; Anne HOUDARD ; Anne-Sophie BONHOMME

10H45 Discussion, échanges

11H15 : Les missions des infirmiers de coordination en endoscopie : retours d'expérience

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 Table ronde sur le thème de l'éco-conception des soins et la démarche RSO en endoscopie

- **Retour sur les présentations des JFHOD 2025**
- **Questions/réponses**

Animée par Dominique IMBERT, Anne HOUDARD, Céline RAY ; Anne Sophie BONHOMME

16H00 Pause

16H30 Reprise de la table ronde : échanges sur les sujets amenés par les participants

17H50 Evaluation de la journée de formation

18H00 Fin de la session

**Le régional
Organisateur**

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN



**Présente-moi ton CH de Perpignan,
4^e établissement hospitalier régional et 1^{er} CHG d'Occitanie !**

Chiffres clés

Capacité : 1 148 lits
Organisation : 10 pôles cliniques
Plateau technique de pointe dont
16 salles de bloc opératoire, dont plusieurs équipées pour la chirurgie robotique
1 salle de césarienne
4 salles d'accouchement
2 IRM à large tunnel, dont 1 IRM 3 Tesla
3 scanners, dont 1 scanner mixte (interventionnel et diagnostic)
1 mammographe numérisé
3 salles de radiologie interventionnelle : 1 mixte, 1 dédiée à la coronarographie
2 gamma-caméras (scintigraphie)
2 TEP-SCAN numériques
40 générateurs d'hémodialyse

Service d'Hépatogastroentérologie et de Cancérologie Digestive

Équipe médicale

8 praticiens hospitaliers (PH)
1 docteur junior
4 internes
2 PH temps plein spécialisés en endoscopie, expérimentés en :
- Endoscopie bilio-pancréatique
- Dissection sous-muqueuse

Plateau technique dédié

2 blocs opératoires pour les actes sous anesthésie générale
2 salles d'endoscopie sous anesthésie locale
Parc d'endoscopie intégralement renouvelé en 2024
Equipe de 5 IDE temps plein en endoscopie

Organisation

Activité de jour : Du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30
Permanence des soins : Assurée par une astreinte médicale et une astreinte IDE d'endoscopie

Capacité d'accueil

26 lits d'hospitalisation complète
7 lits en hôpital de jour
Lits supplémentaires en services d'hospitalisation de semaine et d'ambulatoire chirurgical

Activités et missions

Endoscopie interventionnelle
Endoscopie diagnostique et conventionnelle
Consultations spécialisées en gastro-entérologie et hépatologie
Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales
FIBROSCAN avec sondes CAP et splénique
Equipe Mobile Hépatites
Vidéocapsule endoscopique
Oncologie digestive :
- Consultations dédiées
- Participation aux RCP d'oncologie digestive
Centre référent départemental pour les tumeurs hépatiques :
- chimiothérapie intra-artérielle hépatique , radioembolisation , thermoablation percutanée..



Dre Faiza KHEMISSA, Cheffe du service d'Hépatogastroentérologie et de cancérologie digestive du CH de Perpignan.



Les Communications du Congrès

-1- 10 ans de LPAC dans un petit CHG. Comment optimiser le diagnostic

Dr ZANDITENAS David (1), Dr TIMSIT Elodie (1), Dr SILLOU Sarah (2). (1) Service d'hépatogastroentérologie (2) Service de radiologie. Hôpital Saint Camille - Bry-sur-Marne.

Le syndrome LPAC, cause de manifestations et complications biliaires chez de jeunes patientes, est décrit depuis bientôt 20 ans. Les symptômes cliniques, la population ciblée ainsi que les signes radiologiques sont maintenant bien connus et diffusés. Sa prévalence serait de 1 à 2% dans la population ayant une lithias biliaire (1). Elle monte à 50% dans la population des patients lithiasiques de moins de 30 ans et sans obésité (2). Cependant, nombre de médecins hépato-gastro-entérologues n'en diagnostiquent que peu ou pas du tout. Il est donc encore largement sous diagnostiqué. Dans notre petit établissement, sur les 10 dernières années, nous avons diagnostiqué et prise en charge 50 cas, soit presque 1 tous les 2,4 mois. •

Comment expliquer une telle prévalence dans un petit CHG non spécialisé ? • Quelles sont les particularités de cette population à cibler ? • Par quels chemins, ces diagnostics ont pu être évoqués puis confirmés ? • Quelles actions et organisations locales ont été mises en place pour obtenir ce résultat ? Vous saurez tout cela en septembre 2025 à Perpignan (1) *Low-phospholipid-associated cholelithiasis syndrome: Prevalence, clinical features, and comorbidities. Dong C, Condat B, Picon-Coste M, Chrétien Y, Potier P, Noblinski B, Arrivé L, Hauuy MP, Barbu V, Maftouh A, Gaouar F, Ben Belkacem K, Housset C, Poupon R, Zanditenas D, Chazouillères O, Corpechot C. JHEP Rep. 2020* (2) *Prevalence of low phospholipid-associated cholelithiasis in young female patients. Condat B, Zanditenas D, Barbu V, Hauuy MP, Parfait B, El Naggar A, Collot V, Bonnet J, Ngo Y, Maftouh A, Dugué L, Balian C, Charlier A, Blazquez M, Rosmorduc O. Dig Liver Dis. 2013 Nov*

-2- Etude ANGH / SNFMI / CHU AmisALPAGA2 : premiers résultats

JFD Cadranel (auteur présentant le résumé), C. Bureau, F. Ehrhard, N. Reboux, A. Herissay, D. Zanditenas, I. Ollivier, A. El Kharrazi, I. Rosa, JB. Nousbaum, C. Mokhtari, HT. Zougmore, P. Pulwermacher

Introduction – But de l'étude : Une étude récente (1) présentée à l'association française de l'étude du Foie a montré que le déficit en alpha1antitrypsine

est sous-diagnostiqué chez les patients cirrhotiques transplantés hépatiques. Une étude de pratique présentée récemment aux JHFOD (poster primé), H. Zougmore et al, a évalué les connaissances des hépatogastroentérologues non universitaires et des médecins internistes sur le déficit en alpha1antitrypsine qui sera présentée lors de ce congrès et montré un certain degré de méconnaissance. Nous présentons ici les premiers résultats de l'étude Alpaga2 visant à collecter des informations médicales de patients présentant un déficit en alpha1antitrypsine homo ou hétérozygote. Méthodes : Les éléments suivants ont été recueillis à partir d'un Google form pré-établi par un groupe de travail : âge, sexe du patient, patient suivi en hépatogastroentérologie ou en médecine interne, homozygote ou hétérozygote, taux d'alpha1antitrypsine, transaminases en x à la limite supérieure de la normale, bilirubine totale, albuminémie, TP, plaquettes, fibrose (Fibroscan, biopsie), comorbidités (recherche diabète, HTA, dyslipidémie), co-infection VHB ou VHC, consommation excessive d'alcool, traitement substitutif, patient en attente de transplantation ou transplanté. Résultats : 44 patients (62 % hommes) âgés de 43 ans (7 à 70 ans) vus en service d'Hépatogastroentérologie pour 93 % (41) et pour 7 % en Médecine Interne, homozygote pour 54% d'entre eux (24), hétérozygote pour 20 % d'entre eux avec un taux médian d'alpha1antitry avec une valeur d'élastométrie moyenne à 6 (2,6 à 35), diabétique dans 9 % des cas (4), hypertendu dans 23 % des cas, ayant une dyslipidémie dans 9 % des cas (4), sans co-infection VHB ; co-infection dans un cas, consommation d'alcool excessive dans 3 % des cas. Parmi les malades cirrhotiques, 9 % avaient une ascite, 7 % une encéphalopathie hépatique. En cas de cirrhose, un Pugh médian à 11, en attente de transplantation pour 5 % d'entre eux. Un patient était transplanté. 5 patients recevaient un traitement substitutif enzymatique. L'étude se poursuit avec l'objectif de 100 patients ou plus d'ici la date de soumission aux JHFOD 2026. (1) Thèse de DES Gastro UFR Médecine Santé 2022

-3- BRIC par BRIC

Sarra BEN JEMIA, Dora LIPPAL, Marie Carmen ORITZ, Clothilde SORIANO, André-Jean REMY, Faiza KHEMISSA-AKOUS. Perpignan.

Introduction : Les ictères d'allure cholestatique représentent une situation clinique fréquente mais parfois déroutante en raison de la diversité de leurs étiologies. Ils imposent une démarche diagnostique rigoureuse visant à déterminer l'étiologie et à proposer la stratégie thérapeutique adéquate. Celle-ci peut être complexe et parfois semée d'embûches.

C'est ce que ce cas clinique va démontrer. Cas clinique Un homme de 27 ans, d'origine caucasienne, sans antécédents médicaux notables, consulte aux urgences pour un ictère cholestatique évoluant depuis dix jours. Il décrit une coloration jaune cutanéomuqueuse apparue progressivement, associée à un prurit, des urines foncées et des selles décolorées. Il ne présente pas de fièvre, douleurs abdominales ni vomissements. L'interrogatoire ne révèle ni voyage récent, ni contagion infectieuse, ni consommation d'alcool. En revanche, il a reçu deux cures d'amoxicilline-acide clavulanique dans les deux mois précédents pour des abcès cutanés, et a consommé des compléments « boosters de testostérone » ainsi que des stéroïdes anabolisants. Sur le plan familial, on note des antécédents de cholécystectomie à un âge précoce chez sa sœur et un cousin. À l'examen : bon état général, aapyrétique, ictère cutanéomuqueux, lésions de grattage, sans signes d'hépatopathie chronique. Le bilan biologique montre une bilirubine totale à 118 $\mu\text{mol/L}$ (conjuguée : 96), des PAL à 260 UI/L ($\times 2$ N), des GGT normales (61 UI/L), une cytolysse modérée prédominant sur les ALAT (164 UI/L, $\times 4$ N) par rapport aux ASAT (93 UI/L, $\times 2.3$ N), avec un rapport ALAT/PAL < 2 , compatible avec un ictère cholestatique. Les acides biliaires sont élevés à 50 $\mu\text{mol/L}$. L'imagerie (scanner, BILI-IRM) élimine une obstruction biliaire. Une échographie hépatique ciblée ne retrouve pas d'argument pour un syndrome de LPAC. Les sérologies virales A, B, C et E et les autoanticorps sont négatifs. La ponction-biopsie hépatique montre une cholestase chronique sans cholangite, associée à une discrète nécrose lobulaire et inflammation portale. Un traitement par acide ursodésoxycholique (13 mg/kg/j), cholestyramine et antihistaminique était initié. L'effet sur le prurit était peu efficace les premiers jours. L'évolution biologique montrait une diminution progressive de la bilirubine et des PAL, malgré une élévation transitoire des transaminases (ALAT 280, ASAT 141), suivie d'une amélioration globale du bilan hépatique et du prurit. Deux diagnostics sont suspectés : • Une cholestase intrahépatique récurrente bénigne (BRIC), en raison de l'âge, des GGT normales, de l'élévation des acides biliaires et de l'histologie. • Une hépatite cholestatique médicamenteuse, en lien avec l'amoxicilline-acide clavulanique et les anomalies histologiques. Une recherche de mutations des gènes ABCB11 (BSEP) et ATP8B1 (FIC1) est en cours. Discussion : La cholestase intrahépatique récurrente (BRIC) est une maladie de l'adolescent ou de l'adulte jeune, se manifestant par des épisodes itératifs de cholestase d'une durée de plusieurs jours à plusieurs mois. Sur le plan clinique, on observe un prurit et un ictère, sur le plan biologique, une élévation des paramètres de cholestase ainsi qu'une augmentation des sels biliaires sériques qui s'améliorent le plus souvent spontanément. L'acide ursodésoxycholique dans cette indication semble peu efficace. La poussée

cholestatique peut être provoquée par une prise médicamenteuse en raison d'une interférence avec les transporteurs biliaires, d'une régulation modifiée de l'expression des transporteurs biliaires ou d'une cholangiopathie toxique. L'évolution est généralement bénigne avec une normalisation du bilan hépatique et du prurit et l'absence d'évolution vers la cirrhose, cependant une évolution vers une forme plus sévère notamment une PFIC 1 a été décrite ce qui peut rendre le pronostic de la maladie plus réservé. Dans notre cas, les données dont nous disposons actuellement ne nous ont pas permis de trancher s'il s'agit d'une atteinte médicamenteuse ou d'une première poussée d'une BRIC. L'évolution au long cours ainsi que le résultat de l'étude génétique devraient permettre d'affiner le diagnostic et le risque de récurrences. Conclusion : Ce cas illustre la complexité du diagnostic d'un ictère cholestatique en l'absence de cause obstructive ou infectieuse évidente. L'association d'une cholestase à GGT normales, d'acides biliaires élevés et d'une histologie non spécifique chez un jeune adulte doit faire évoquer une BRIC. L'exploration génétique ciblée des gènes ABCB11 et ATP8B1 ainsi que le suivi au long cours constituent des éléments clés au diagnostic positif.

-4- Hépatite hypoxique ... 35 ans plus tard

Edeline Kaze, Jean Henrion - Belgique

Rationnel et buts - L'hépatite hypoxique (HH) se définit par une augmentation brutale et massive (plus de 20XN) des aminotransférases sériques (AT) survenant dans un contexte de défaillance hémodynamique à l'exclusion de toute autre cause de nécrose hépatocellulaire aiguë. Il y a 30 ans, nous avons colligé la première large série (plus de 100 cas) de HH et publié la première étude hémodynamique (1). Récemment, nous avons le sentiment que le « visage » de la HH avait changé. Le but de cette étude est de voir si la fréquence, les causes et le pronostic de la HH ont changé durant les 35 dernières années. Méthodes – Dans cette étude, nous avons comparé une série de 138 cas de HH, prospectivement colligée de 1981 à 1991 (série 1) à une série de 139 cas de HH, rétrospectivement colligée de 2020 à 2023 (série 2). Les deux séries furent colligées dans les unités de soins intensifs (USI) du même hôpital et sous la conduite du même promoteur. Pour la série 1, nous avons 20XN et l'analyse des résultats s'est faite à partir des dossiers informatiques. Résultats – Il n'y avait aucune différence concernant le genre ou l'âge des malades, prévalence masculine de 65% dans les deux séries, âge moyen 68 ans dans la série 1 versus 67 ans dans la série 2. La prévalence de la HH en USI fut de 0.8% (138/15,616 admissions) dans la série 1 durant une période de 10 ans comparée à une prévalence de 2.5% (139/5118 admissions) dans la série 2 durant une période de 4

ans ($p < 0.001$). L'origine de la défaillance hémodynamique était cardiaque 67% versus 45% ($p < 0.001$), respiratoire 17% versus 8% ($p < 0.02$), toxi-infectieuse 12% versus 27% ($p < 0.01$) ou Hypovolémique-hémorragique 1% versus 17% ($p < 0.001$) respectivement dans la série 1 versus la série 2. La mortalité durant le séjour hospitalier fut plus élevée dans la série 2, série la plus récente (56% série 1 versus 68% série 2, $p < 0.05$)

Conclusions – Le visage de la HH a changé au cours des 30 dernières années. La prévalence a augmenté, les causes hémodynamiques ont évolué et la mortalité est plus élevée.

1/ Henrion J, Schapira M, Luwaert R, Colin L, Delannoy A, Heller F R. Hypoxic hepatitis. Clinical and hemodynamic study in 142 consecutive cases. *Medicine* 2003; 82:392–406.

-5- Dépister l'hépatite C chez les patients psychiatriques est plus efficient en centre hospitalier psychiatrique qu'en CMP !

REMY André-Jean, BOUCHKIRA Hakim, HAPPIETTE Arnaud. Equipe Mobile Hépatites, Centre Hospitalier de Perpignan.

Introduction : Depuis longtemps, le dépistage systématiquement proposé de l'hépatite C chez les patients suivis en milieu psychiatrique est rappelé à travers les rapports d'experts successifs ou le tout dernier rapport du Conseil National du sida et des hépatites virales qui y consacre un chapitre dédié. Mais, comme l'a rappelé Benjamin ROLLAND dans un article récent, l'hépatite C en milieu psychiatrique constitue un « réservoir oublié ». D'autre part actuellement en France, à peine une peu plus de 5000 patients sont traités par an pour une hépatite C tandis que de l'autre côté de la balance, 4000 à 4500 patients sont contaminés ou recontaminés, essentiellement par usage de drogues, intraveineux ou nasal. L'objectif d'éradication de l'hépatite C fixé en France pour 2025 par le plan national de santé publique de 2018 ne sera donc pas atteint et l'objectif 2030 fixé par l'OMS probablement pas. La question est donc de (re)trouver les patients non diagnostiqués ou non suivis dont le nombre est estimé à 75000. Au-delà du dépistage en milieu carcéral, en CSAPA et en CAARUD, lieux traditionnellement ciblés par les programmes de dépistage, qui peut sans doute d'ailleurs être optimisé, la question de dépister plus et mieux en milieu psychiatrique se pose au quotidien pour l'ensemble des acteurs soignants.

Méthodologie : L'équipe mobile hépatites du Centre Hospitalier de Perpignan intervient depuis 2017 en milieu psychiatrique, d'abord au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Thuir puis plus récemment dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) de Perpignan. Dans cette étude rétrospective, nous avons voulu comparer l'efficacité de nos actions dans ces deux sites psychiatriques différents, pour le nombre de dépistages VHC réalisés, de patients

positifs pour l'hépatite C, de patients traités et de FIBROSCAN (mobiles) réalisés. La fréquence des actions était identique dans les deux structures, une demi-journée deux fois par mois. Résultats : la file active du CHS était en moyenne de 1475 et celle du CMP de 1530 patients par an. 2021

2022	2023	2024
FIBROSCAN	CV + traités	FIBROSCAN
CV + traités	FIBROSCAN	CV + traités
FIBROSCAN	CV + traités	CHS
170	5 sur 21	2
143	10 sur 38	4
157	7 sur 42	6
172	10 sur 47	4
4	0 sur 2	0
86	1	1

Discussion et conclusion : Dans notre expérience, dépister les malades psychiatriques en CHS est plus efficient que de dépister en CMP. Cette étude de terrain permet de préciser les recommandations publiées dans le rapport d'experts 2023.

-6- Connaissances, attitudes et pratiques des médecins d'Afrique subsaharienne francophone relatives à l'hépatite B – Delta

AR Kpoussou (1), JR. Ngele Efole (2,3), H.T. Zougmore (2), C. Mbendi (3), R. Sombié (4), D. Ouattara (4), F. Nguimtsa Tenefo (5), S. Eloumou (5), MA. Ntsama (5), LM Lawson-Ananissoh (6), H. Kissi (7), S. Doffou (7), I Ngo (7), A. Mongo Onkouo (8), J. Mimiesse (8), K. Diallo (9), D. Diallo (8), NM. Mutumwinka (2), R. Ntagirabiri (10), K. Doumbia (11), H. Sow (11), M. Gueye (12), I. Diallo (12), E. Bokana (12), A.M. Moussa (13), E.P. Itoudi (14), HZ. Elhadji Lamine (15), S. M. Camengo Police (16), G.M. Hassan (17), C. Ntirenga (18), E. Batumike (3), G. Fantognon (2), J. Sehonou (1), V. Loustaud-Ratti (19), T. Asselah (20), P. Pulwermacher (2), JF.D. Cadranel (2) (auteur présentant le résumé).

Introduction : L'hépatite B-Delta (HBD) est prévalente dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Cependant, nous ne disposons pas de données émanant des médecins exerçant dans ces pays sur leurs modalités de prise en charge de l'HBD. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins exerçant dans les formations sanitaires d'Afrique subsaharienne francophone, en ce qui concerne le diagnostic de l'HBD et les modalités de traitement.

Matériels et méthodes : L'outil d'enquête était un questionnaire Google Forms a été envoyé aux Hépatogastroentérologues (HGE), médecins généralistes (MG), internistes (INT), infectiologues (INF), séniors (S) ou juniors (J) de début mai à fin septembre 2024 des pays d'Afrique subsaharienne francophone. Etaient évalués : l'âge, le genre, l'expérience de l'opérateur, le type d'activité (libérale, Centre hospitalier universitaire -CHU-, Hôpital général -HG- ou médecin junior -MJ-), la spécialité (HGE, MG, INT, INF), les modalités du dépistage de l'hépatite BD en fonction du statut antigène HBs, l'utilisation des marqueurs

virologiques, l'évaluation de la fibrose hépatique, les indications et les modalités du traitement, les critères d'évaluation du traitement, l'évaluation de la fibrose après traitement et les modalités du dépistage du carcinome hépato-cellulaire. Les comparaisons entre groupes ont été testées par test T de Welsh et par le test du Qui2 au seuil de significativité de 5 %. Résultats : En tout, 248 répondants (Rs) issus de 17 pays, d'âge moyen 37,1 ± 8,1 ans, 61,7% d'hommes, ayant une activité libérale (12,5 %), hospitalière en CHU (50,8%), ou en hôpital général (21,8%), ou en statut de médecin junior (14,9%) ont répondu à l'enquête. Selon les spécialités, il y avait 66,5% d'HGE, 21,0% de MG, 10,1% d'INT et 2,4% d'INF. Le nombre moyen de patients B-D suivis était de 6, sans différence selon le type d'activité (p= 0,765). La recherche d'une infection delta chez tous les patients antigène HBs était réalisée par 71,8% des Rs. Chez les patients mono-infectés au VHC, 82,3% des Rs ne prescrivaient pas la recherche du VHD. En cas d'hépatite aiguë Ag HBs positif, 56,9 % recherchaient une HBD. Des Rs, 97,5% connaissaient le test à prescrire pour le dépistage du VHD qui est l'anticorps anti-VHD. La recherche de l'ARN du virus Delta pour affirmer la réplication virale était utilisée par 91,5% des Rs. Pour la réalisation de la charge virale, 37,5% envoyaient au laboratoire national de référence, 10,1% dans un autre laboratoire local, 46,4% dans un laboratoire à l'étranger et 6,05% dans le laboratoire de leur centre d'exercice. L'évaluation de la fibrose se faisait par Fibroscan® pour 68,6 % des Rs et la ponction biopsie du foie pour 12,9 % des Rs. Un traitement était proposé chez les patients à fibrose > F2 dans 23,8 % des cas quel que soit le niveau de transaminases et chez tous les patients par 57,7 % des Rs. Les Rs proposaient un traitement par interféron pégylé dans 39,9 % des cas, bulevirtide dans 21,8% des cas, interféron + bulevirtide dans 49,2% et bulevirtide + analogue dans 48,8%. Des Rs, 52,0% réfèrent leurs patients à un autre collègue de CHU. Le traitement était à la charge du patient selon 76,2% des Rs. Parmi les critères d'efficacité du traitement, une diminution ou normalisation des transaminases était retenue par 81,9 % des Rs, une diminution de la fibrose pour 62,9% des Rs, l'annulation de la réplication selon 76,6% et une diminution de la réplication selon 82,3%, une négativation de l'ARN et normalisation des transaminases selon 76,6% des Rs. En outre, 47,6 % des Rs définissaient la réponse virologique par une annulation ou une diminution de 2 log de la réplication virale et une RVP par une disparition de l'ARN après 12 mois (39,9 %) ou 24 mois (17,3 %) avec activité des transaminases normales. Enfin, 62,9 % des répondants évaluaient la diminution de la fibrose après traitement ; 78,6% des Rs dépistaient le CHC en cas de cirrhose, 79,8 % en cas de F3 et 79,0% si antécédent familial d'hépatocarcinome. Conclusion : Les résultats de

cette enquête montrent une certaine méconnaissance de l'HBD par les médecins d'Afrique subsaharienne francophone, liée en partie à des difficultés d'obtenir la charge virale Delta et des problèmes d'accès au traitement par bulevirtide. De fait, les modalités du diagnostic et la nécessité savantes. De même, l'accès à la charge virale et au traitement de l'HBD devrait être amélioré par les autorités en charge de la santé de ces pays. Remerciements Madame Christelle LEGRAND, Groupe hospitalier Public du Sud de l'Oise, Creil Société Africaine d'Hépatogastroentérologie (SAHGE) Tous les participants à l'enquête.

-7- Foie, ulcère: j'suis vénère !

Mathilde POQUET, Charles GELLOZ, Marion JAGER, Florence SKINAZI. Service d'Hépatogastroentérologie. Hôpital Delafontaine, 2 rue du Dr Delafontaine 93200 Saint Denis

leurs épigastriques. Il aurait été opéré de l'estomac 10 ans auparavant et il se plaint depuis 1 mois d'un syndrome ulcéreux. Il a perdu 8 kg, il ne s'alimente plus. L'examen clinique est difficile car le patient est plié en deux mais on observe des lésions palmo-plantaires desquamantes. La biologie standard est normale. Un scanner abdomino pelvien a été réalisé et retrouve des adénopathies périgastriques non nécrotiques. La gastroscopie révèle un vaste ulcère antral d'allure très suspecte. Les biopsies décrivent un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire organisé focalement en nodules lymphoïdes. Le deuxième patient est congolais, il est âgé de 41 ans. Il consomme du crack et du THC. Il est hospitalisé pour une hépatite aiguë révélée par des épigastalgies. Il rapporte la prise de 6g de paracétamol par jour pendant une semaine pour des céphalées immunoglobulines et les anticorps anti tissus sont normaux. Le scanner abdomino-pelvien montre un foie de taille normale, à contours réguliers et des adénopathies inguinales et des chaînes iliaques externes bilatérales. Les transaminases s'améliorent rapidement sous N-Acétyl-Cystéine, mais les épigastalgies persistent et la cholestase se majore (PAL à 8N, GGT 16N, bilirubine totale à 113 µmol/L). La bili-IRM montre un foie modérément dysmorphique, quelques ganglions du hile hépatique et des voies biliaires normales. Une biopsie hépatique est réalisée et retrouve une cholangite et péri-cholangiolite, sans fibrose, sans plasmocyte ni granulome. Dans les deux cas, un seul et même diagnostic va pouvoir être posé grâce à un examen biologique simple. Quel diagnostic évoquez-vous pour ces deux tableaux ? Quel signe clinique aurait pu orienter facilement votre diagnostic dès le départ ? Diagnostic : Syphilis gastrique et hépatique. Ces deux cas mettent en lumière deux atteintes possibles des organes digestifs par le *Tréponema pallidum*

-8- Rhabdomyolyse, inhalations & œsophage

Flavien Dautrecque - CH Lens.

Monsieur J est un patient de 79 ans, aux antécédents de syndrome dépressif (apparu en juin 2024, et compliqué d'anorexie et de perte de poids, du fait de difficultés familiales), de méningiome de l'apex pétreux sans effet de masse, de diabète de type II, de sténose du pylore, de consommation excessive de tabac (50 paquets/année) et d'alcool (3 à 4 verres de vin par jour). Il était autonome jusqu'en novembre 2024, date à laquelle il chute à plusieurs reprises à domicile, avec l'apparition d'un hématome de la cuisse, puis d'une dégradation progressive de son état général et de son autonomie. Il est conduit aux Urgences le 19 décembre, puis est hospitalisé en Médecine Polyvalente avec les diagnostics complémentaires de pneumopathie infectieuse, de rhabdomyolyse et d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle. Au cours de cette hospitalisation, une IRM cérébrale est réalisée pour le bilan des chutes, et elle ne montre rien de plus que le méningiome déjà connu. Une IRM des cuisses conclue à plusieurs hématomes avec un œdème musculaire disséminé des cuisses, des muscles obturateurs et des glutéaux. La pneumopathie infectieuse est imputée à une inhalation liée à des fausses routes répétées, et à des régurgitations favorisées par une dysphagie. Une FOGD est réalisée, concluant à une lésion du bas œsophage non sténosante, dont l'anatomopathologie conclue à un adénocarcinome tubuleux peu différencié. Monsieur J est accueilli en Hépatogastro-Entérologie. sion suspecte et sans fistule. Au cours de ce séjour, il est découvert une fibrillation auriculaire, avec troponines augmentées sans indication de coronarographie. Il apparaît des œdèmes des membres supérieurs, et un érythème facial. Une 2^{ème} pneumopathie infectieuse a été diagnostiquée. L'association d'un trouble de la déglutition et d'une dysphagie, entraînant des pneumopathies d'inhalation, d'un trouble de la marche, d'œdèmes des membres supérieurs, d'un érythème de la face, d'une rhabdomyolyse, dans un contexte d'adénocarcinome œsophagien, fait évoquer le diagnostic de dermatomyosite paranéoplasique. Un traitement par immunoglobulines, corticothérapie et tacrolimus est débuté. Mais le patient décédera d'une détresse respiratoire aiguë secondaire à une 4^{ème} pneumopathie infectieuse. Les dermatomyosites sont des pathologies rares, survenant dans 20 à 30% des cas dans un contexte néoplasique. Les cancers les plus souvent mis en évidence sont hématologiques, pulmonaires, ovariens, prostatiques, coliques, mammaires ou gastriques. La recherche d'un cancer est recommandée par un scanner TAP, une mammographie et un examen gynécologique dans tous les cas, complétés par une TEP-TDM, une FOGD et une coloscopie chez les patients de plus de 50 ans et avec des anticorps anti-TIF1 μ ou anti-

NXP2. Les signes cliniques sont principalement une faiblesse musculaire proximale, et des lésions cutanées du visage et des mains. Des atteintes articulaire, cardiaque, pulmonaire et digestive sont possibles. Le bilan complémentaire associe le dosage des CPK et la recherche d'anticorps spécifiques, pouvant suffire au diagnostic, mais auxquels peuvent s'ajouter une biopsie cutanée, une biopsie musculaire, un EMG, une IRM musculaire, une capillaroscopie. Le traitement repose, comme chez notre patient, sur une corticothérapie, éventuellement associée à des immunoglobulines et des immunosuppresseurs. Le traitement d'un cancer associé est nécessaire. Le pronostic est bon dans les formes non associées à un cancer, mais dépend du pronostic du cancer lui-même dans les autres situations.

-9- Résultats de l'enquête flash CancérOHeso

Vincent QUENTIN - CH Saint-Brieuc.

La consultation d'addictologie pourrait être le lieu idéal pour sensibiliser les patients au dépistage du cancer de l'œsophage. Les cancers épidémiologiquement liés, ceux de la cavité buccale sont le plus à risque d'association avec le cancer œsophagien. Ainsi les recommandations américaines notent que les patients associant une consommation de tabac et d'alcool avec un antécédent de cancer de la cavité buccale pourraient tirer bénéfice d'un dépistage du cancer de l'œsophage. Cette enquête flash avait pour but de réaliser un état des lieux de la coopération actuelle entre ses spécialités au sein des établissements de l'ANGH ainsi qu'évaluer les pratiques de dépistages proposées. Par un QR code présenté au congrès de Versailles (Septembre 2024), 69 praticiens ont répondu représentant 37 centres. La grande majorité des centres bénéficient à la fois d'une consultation d'addictologie et d'ORL, 70% des HGE proposent une EOGD de dépistage aux patients ayant la double consommation, 17% des addictologues adressent en endoscopie des patients ayant des antécédents de cancer ORL vs 88% des HGE et 50% des ORL. Seulement 30% des HGE suivent à la lettre les recommandations de Baveno VII en n'adressant jamais les patients en endoscopie pour recherche d'HTP lorsque tous les critères sont réunis (et en l'absence de signe clinique œsophagien chez un.e patient.e de plus de 50 ans seulement 9% font toujours un aller/retour de l'œsophage en lumière blanche puis en chromoendoscopie virtuelle). Cette enquête montre que les CHG possèdent les moyens médicaux de sensibiliser au dépistage du cancer de l'œsophage en population ciblée. Il conviendrait probablement de sensibiliser les addictologues à cette problématique somatique et d'améliorer la qualité du geste endoscopique.

-10- Une anémie qui ne manque pas d'air

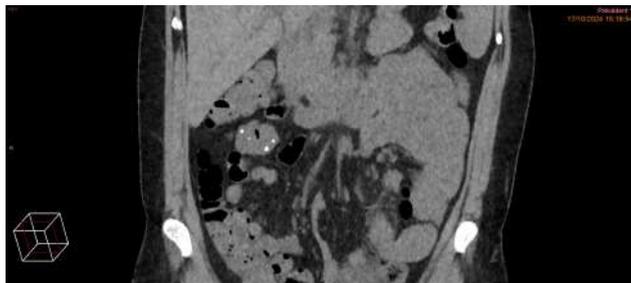
Clémence Breton, Mathilde Poquet, Caroline de Kerguenec. CH Saint-Denis (93).

Mme I. 17 ans Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier. Elle a un tabagisme à 2 paquets par jour, depuis l'âge de 10ans. Elle consomme de l'alcool occasionnellement, mais avec binge drinking. La patiente se plaint depuis plusieurs semaines de paresthésies et de troubles de la marche. Un bilan sanguin a été réalisé qui retrouve une anémie à 5.6g/dl avec un VGM à 81fL, des plaquettes à 113 000/mm³. Cliniquement, la patiente a du mal à marcher jusqu'à la table d'examen. A l'examen physique, il existe un déficit moteur des deux membres inférieurs cotés à 2/5 avec une hypoesthésie d'allure neuropathique jusqu'aux genoux. Le bilan biologique retrouve une ferritine à 49µg/l, vitamine B9 normale, une B12 <109pmol/l. Les LDH sont 1817UI/l et Haptoglobine effondrée. Les dosages des anticorps anti cellule pariétale et antifacteur intrinsèque sont négatifs. La patiente a une consommation importante de protoxyde d'azote, à visée récréative.

-11- Une anémie ferriprive sévère récidivante révélant une lésion du grêle calcifiée, associée à de multiples lésions hépatiques

Dr Ambroise Lalieu, Dr Baptiste Clerquin, Dr Arnaud Boruchowicz, Dr Xavier Pauwels, Dr Priscilla Verhulst, Dr Clémentine Rousselin. CH Valenciennes.

Une patiente de 50 ans, consulte en 2022 pour une embolie pulmonaire avec thrombose veineuse distale. Elle a comme antécédent un tableau d'hémorragie digestive avec anémie à 4g/dl en 1997, sans étiologie retrouvée, et une thrombose veineuse superficielle en 2019. Lors du bilan, on découvre une anémie ferriprive à 6.3g/dl, avec une ferritine à 7 ng/dl. La patiente est transfusée et reçoit une supplémentation martiale par venofer. Une



endoscopie haute réalisée, révèle une érosion superficielle n'expliquant pas la symptomatologie. La coloscopie n'est pas réalisée compte tenu d'embolie pulmonaire récente. Un coloscanner est réalisé ne

trouvant pas d'épaississement tissulaire du cadre colique. Le bilan gynécologique est normal. La patiente récidive en 2023 et 2024 une anémie ferriprive sans extériorisation motivant la transfusion de plusieurs concentrés globulaires. Un nouveau bilan endoscopique est réalisé en août 2024 révélant une gastrite à Helicobacter Pylori et un pseudo-polype inflammatoire du colon transverse de 4 mm, réséqué par polypectomie. La patiente est de nouveau hospitalisée, 2 mois après, en médecine interne, pour une anémie à 6g/dl. Un angioscanner abdomino-pelvien est réalisé révèle un épaississement de multiples lésions hépatiques pour majorité vascularisées dont certaines sont calcifiées. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Quelle prise en charge préconisez-vous ? NB: il s'agit d'hémangiomes calcifiés du grêle, associée à de multiples angiomes hépatiques.

-12- Etat des lieux de la recherche clinique dans les centres hospitaliers généraux

Stéphane Nahon, Armand Garioud et les collègues de l'ANGH

Présentation du sujet et but de l'étude Cette enquête a été réalisée auprès de professionnels hospitaliers afin d'évaluer l'organisation, les moyens et les obstacles à la recherche clinique dans les hôpitaux généraux français. L'objectif principal était de dresser un état des lieux des ressources humaines et institutionnelles dédiées à la recherche, de mesurer l'implication des médecins dans les études cliniques, et d'identifier les freins à cette activité. Méthodologie Le questionnaire a été diffusé via la plateforme Framafoms. Il comportait des questions fermées et à choix multiples, portant sur le statut professionnel des répondants, leur région, les structures de recherche présentes dans leur établissement, la connaissance des dispositifs comme SIGAPS ou les crédits MERRI, les ressources humaines dédiées à la recherche, ainsi que leur participation passée à différentes études. Résultats Un total de 49 réponses ont été analysées. La majorité des répondants sont des praticiens hospitaliers (PH) ou chefs de service. Concernant les structures de recherche, 25 disposent d'une Unité de Recherche Clinique (URC), 10 d'un Centre de Recherche Clinique (CRC), et 14 n'ont ni l'un ni l'autre. Une grande majorité (39 sur 49) disposent d'un interlocuteur identifié au sein de la Direction de la Recherche, et 37 affirment qu'il est facile de le contacter. Cependant, la connaissance des outils de valorisation reste lacunaire : 10 ne savent pas ce que sont les points SIGAPS, et seulement 11 connaissent leur propre score annuel. Concernant les crédits MERRI, seuls 8 savent combien en perçoit leur hôpital. En termes de personnel dédié, 37 établissements ont un Attaché de Recherche Clinique (ARC) et 18 un Technicien d'Études Cliniques (TEC). Pourtant, la participation

aux études est jugée difficile par 25 répondants. Le principal frein évoqué est le manque de temps personnel (35), suivi du manque de personnel dédié (10) et du manque de motivation des équipes (16). Sur les cinq dernières années, 88,7 % des répondants ont participé à au moins une étude, principalement des observatoires (41), et dans des domaines variés : MICI (28), hémorragie digestive (25), hépatologie (24), pancréatologie (23), etc. Conclusion L'enquête met en évidence un engagement significatif dans la recherche clinique, mais aussi des freins structurels et organisationnels persistants. Une meilleure sensibilisation aux dispositifs de valorisation, un renforcement des équipes de recherche et une meilleure reconnaissance institutionnelle pourraient améliorer l'implication des professionnels dans les études cliniques.

-13- Données actualisées de la Cohorte CAPABLES: Cohorte nationale ANGH des Pancréatites Aigues Biliaires Légères à Sévères.

F. Moryoussef, C. De Ponthaud, D. Grasset, A.J. REMY, S. Bellon, P. Mayer, M. Vidon, A. Drouet D'aubigny, C. Le maitre, c. locher, M. MEDMOUN, F. Sk inazi, v. quentin, M.-P. Ripault, M. Ka assis, C. Yzet, J. Lollivier, G. Allard, F. EHRARD, R. Gerard, H. Ayadi, F. G OUTORBE, G. Boudoux d'Hautefeuille, O.M. Zaharia, J. Albouys, F. HELU WAERT, E. Siegel, T. Grainville, C. d' Engremont, N. ETCHEPARE, C. Levi, A. Martin, G. Chitic, W. AlRafei, O. Da boussi, A. Culetto, A. Becq, A. Garioud, R. Micelli Lupinacci, E. Perez, R. S tanluga, D. Cuen, A. Caldiero, C. Cha rpignon, L. Caillo, E. Gelsi, S. Pesch ard, J. Travagli, V. Rebours, g. macai gne, Groupe d'étude CAPABLESCH Poissy-Saint-Germain-En-Laye, Poissy, France, Pitie Salpêtrière University Hospital, Paris, France, CHBA Service de Gastroentérologie, Vannes, France, CH Perpignan, Perpignan, France, Centre Hospitalier d'Avignon Henri Duffaut, Perpignan, France, Hepato-gastroenterology, Strasbourg, France, Centre Hospitalier Intercommunal de Creteil, Creteil, France, CH Cornouaille, QUIMPER, France, CH Le havre, Le Havre, France, CH Meaux, Meaux, France, CH Creil, Creil, France, CH Delafontaine, Saint-Denis, France, Y Le Foll, gastroenterology, saint brieuc, France, CH Narbonne, Narbonne, France, CH DE CHOLET, Cholet Cedex, France, Amiens univerisity hospital, Gastroenterology, Amiens, France, CH Valenciennes, Valenciennes, France, CH Aix-en-provence, Aix-en-provence, France, CH Lorient, Lorient, France, Inserm, Lille, France, CH Marne-la-vallée, Marne-la-vallée, France, CH Cote basque, Bayonne, France, CH Mteropole Savoie, Aix-les-bains, France, CH Dunkerque,

Dunkerque, France, CHU Limoges / University of Limoges, Department of gastroenterology, Limoges, France, CH Annecy, Annecy, France, CH Mulhouse, Mulhouse, France, CHU Rennes, Rennes, France, Grenoble University Hospital, Grenoble, France, CH Valence, Valence, France, CH sud-francilien, Corbeilles-en-Essone, France, Kremlin Bicetre University Hospital, Kremlin Bicetre, France, CH Gonesse, Gonesse, France, CH Portes de Provençd, Montelimar, France, CH Chartres, Chartes, France, University Hospital Le Ranguenil, Toulouse, France, Mondor University Hospital, Creteil, France, CH Villeneuve-saint-georges, Villeneuve, France, Ambroise Paré University Hospital, Boulogne Billancourt, France, University Hospital Georges Pompidou, Paris, France, CH Dreux, Dreux, France, CH Saint-malo, Saint-malo, France, Tenon University Hospital, Paris, France, Montsouris Institute, Paris, France, CHU DE NIMES, Gastro enterology, Nîmes, France, Nice University Hospital, Nice, France, CH Meulan, Meulan-les-mureaux, France, Hopital Beaujon, Pancreatology and Digestive Oncology Department, Clichy, France, CH Montfermeil, Montfermeil, France

La prise en charge thérapeutique de la pancréatite aiguë biliaire (PAB) inclut la sphinctérotomie endoscopique et la cholécystectomie. Cependant, la stratégie nutritionnelle optimale avant la cholécystectomie—reprise précoce de l'alimentation orale ou nutrition entérale exclusive—reste débattue, notamment en raison du risque d'événements biliaires (EB) récurrents avant la chirurgie, en particulier lorsque celle-ci est retardée. L'objectif principal était d'évaluer la probabilité d'EB (colique/migration biliaire, impaction de calcul, cholangite, récurrence de pancréatite aiguë, et cholécystite aiguë) avant la cholécystectomie, en comparant les modalités nutritionnelles : alimentation orale versus nutrition entérale exclusive. L'objectif secondaire était d'évaluer les taux de cholécystectomie au cours de l'hospitalisation initiale et les raisons de non-réalisation. Les données ont été collectées durant l'hospitalisation, à 3 mois, et à 6 mois si la chirurgie n'avait pas été réalisée à 3 mois. Les EB et les modalités nutritionnelles à ces moments ont été documentés. Les analyses incluaient des modèles de Cox et des tests du Chi². D'octobre 2022 à décembre 2023, 1 172 patients atteints de PAB ont été inclus prospectivement par 60 hôpitaux français, dont 1 167 dans l'analyse finale. Soixante patients (5 %) ont été perdus de vue, et 34 décès (3 %) ont été rapportés. Une forme sévère de PAB a été observée chez 27,2 % des patients (n=317). Après 48–72 heures, une alimentation orale a été reprise chez 62 % (n=724), une nutrition entérale chez 16 % (n=192), et un jeûne ou une nutrition parentérale poursuivi chez 21 % (n=249). Au cours du suivi, 236 EB sont survenus chez 172 patients, soit 15,5 % ayant présenté au moins un événement, avec un délai médian de survenue de 26 jours (intervalle : 9–

57 jours). Plus précisément, 6 % ont présenté un épisode de colique/migration biliaire, 2,1 % une impaction de calcul, 2,3 % une cholangite, 6,1 % une récurrence de PAB (dont 9 % étaient sévères), et 1,6 % une cholécystite aiguë. L'analyse univariée a identifié plusieurs facteurs associés à un risque accru de récurrence d'EB ($p < 0,10$) : âge ≥ 52 ans ($p=0,093$), obésité (IMC ≥ 30 , $p=0,032$), score ASA >2 ($p=0,097$), bilirubine totale ≥ 60 $\mu\text{mol/L}$ ($p=0,010$), CRP >150 mg/L, délai diagnostique ≥ 21 jours ($p=0,009$), et antécédent de sphinctérotomie ($p=0,136$). Aucune différence d'incidence des EB n'a été observée entre les PAB sévères et non sévères ($p=0,497$) lors de l'analyse des 172 premiers EB. Sur l'ensemble de la période de suivi, malgré les 87 EB analysés et les biais potentiels, aucune association significative n'a été retrouvée entre le type de nutrition (orale vs. entérale exclusive) et la probabilité de survenue d'un EB ($p=0,447$). Chez les patients atteints de PAB non sévère, la cholécystectomie a été réalisée lors de l'hospitalisation initiale dans seulement 33 % des cas. Les principales raisons de non-réalisation étaient d'ordre structurel (par exemple, indisponibilité ou refus du chirurgien), représentant 45 % des cas. En conclusion, les EB sont fréquents : 15,5 % des patients ont présenté au moins un événement avant la chirurgie, avec 6 % développant une récurrence de PAB (dont 9 % étaient sévères). La cholécystectomie reste sous-utilisée : seuls un tiers des patients atteints de PAB non sévère en ont bénéficié lors de leur séjour initial, souvent pour des raisons modifiables. Ni la sévérité de la PAB ni le type de nutrition—orale ou entérale exclusive (malgré les biais potentiels, les données manquantes et les analyses en cours)—ne semblent associés à la survenue d'EB avant la chirurgie. La cholécystectomie précoce, lorsqu'elle est possible, demeure la seule stratégie fiable pour prévenir les EB.

-14- Hémopéritoine post-polypectomie secondaire à la section de l'artère appendiculaire : à propos d'un cas rare de polype juxta-appendiculaire

K.EL FADIL, M.VIDON, L.COSTES, I.PAULINES, I.ROSA - CHI Créteil.

Introduction L'hémopéritoine est une complication exceptionnelle de la coloscopie, estimée à moins de 0,002 % des procédures. Il est le plus souvent lié à des lésions spléniques, mésentériques ou à des perforations coliques. Aucune observation publiée à ce jour ne rapporte un hémopéritoine post-polypectomie imputable à la section de l'artère appendiculaire. **Observation** Un jeune patient, asymptomatique sur le plan digestif, a été exploré pour une anémie ferriprive dans un contexte familial de polyposse juvénile. La coloscopie a mis en évidence de multiples polypes hamartomateux

pancoliques, dont un polype pédiculé géant implanté au cæcum, juxta-appendiculaire, s'étendant jusqu'à l'angle colique droit. La résection a été réalisée en plusieurs fragments après injection d'adrénaline, l'examen de la cicatrice a mis en évidence un signe de la cible millimétrique latéralisé, le socle a été fermé par cinq clips. En post-opératoire, le patient a présenté des douleurs modérées, un pneumopéritoine minime, et un épaissement caecal. L'exploration chirurgicale a objectivé un hémopéritoine et une section franche de la base appendiculaire, avec lésion de l'artère appendiculaire, responsable du saignement. Le polype, bien qu'implanté au cæcum, semblait avoir entraîné une invagination partielle de l'appendice, exposant sa base à la résection. Une appendicectomie et une section aggrafage du bas fond caecal ont été réalisées à l'aide d'une agrafeuse mécanique, avec lavage péritonéal. L'évolution a été favorable. **Conclusion** Ce cas met en évidence une complication anatomique et vasculaire inédite : la section de l'artère appendiculaire au cours d'une polypectomie juxta-appendiculaire, compliquée d'un hémopéritoine. Il souligne l'importance d'une évaluation soignée de la topographie caecale, en particulier dans les polypes volumineux situés à proximité de l'orifice appendiculaire.

-15- Péritonite biliaire primitive : prise en charge exceptionnellement non chirurgicale à propos d'un cas.

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

La péritonite biliaire primitive est une complication rare mais extrêmement grave. Son traitement est chirurgical. Une approche non chirurgicale, radio-endoscopique, peut être envisagée dans des cas exceptionnels. Nous rapportons le cas d'une patiente de 94 ans, avec antécédents d'hypertension artérielle, de troubles du rythme cardiaque sévère et d'asthme corticodépendant, admise en hospitalisation pour un ictère fébrile (39°) évoluant depuis 3 jours, avec frissons et défense abdominale diffuse puis choc septique avec hypoxie 92% et oligurie. La biologie montre un syndrome inflammatoire majeur (CRP 300) GB 21000 à prédominance PNN, Bilirubine Totale 60 à prédominance conjuguée, créatinine 240 mmol/l, lactate 4 mmol/l lipase N. Les hémocultures sont positives à *E. coli* et *Klebsiella pneumoniae*. L'imagerie (TDM) sans injection montre une dilatation des voies biliaires sans obstacle, une paroi vésiculaire perforée avec un probable calcul, un épanchement liquidien perihépatique et dans la gouttière pariétocolique droite. Il n'y a pas d'embolie pulmonaire. Une prise en charge chirurgicale immédiate est proposée mais refusée par l'équipe anesthésie (ASA IV) ainsi que son

transfert en réanimation. Après rééquilibration hydroélectrolytique rapide et antibiothérapie probabiliste type Pipéracilline-Tazobactam et antifongique type Caspofungine, est réalisée le jour même en radiologie interventionnelle une cholécystostomie percutanée et un drainage de épanchement péritonéal qui ramène de la bile. A J5 l'évolution reste favorable et la TDM montre une atrophie vésiculaire, une régression quasi complète de épanchement péritonéal mais l'apparition d'un pseudokyste entre l'estomac et la rate. A J10 est réalisé un drainage percutané du pseudokyste riche en lipase. Devant l'amélioration clinico-biologique à J30 est réalisé sous anesthésie générale un cathétérisme biliaire et pancréatique afin de drainer la voie biliaire principale (extraction d'un calcul et mise en place d'une prothèse métallique) et mettre en place une prothèse pancréatique plastique malgré l'absence de fistule pancréatique visible A J35 et J40 sont retirés progressivement les 3 drains. A J45 la patiente est sortie à domicile . Le suivi à 3 mois et 6 mois sera présenté en septembre 2025 En conclusion, la chirurgie reste le traitement d'une péritonite biliaire primitive. La stratégie conservatrice, exceptionniale entre chirurgiens, anesthésistes, gastroentérologues et radiologues.

-16- Cold water papilla irrigation in the prevention of post ERCP complications – FREEZE PAPANILLA STUDY

Fábio Pereira Correia, Duarte Ceia, Henrique Coelho, Gonçalo Alexandrino, Jorge Canena, Luís Carvalho Lourenço, David Horta. Portugal.

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is associated with a considerable complication's rate, being acute pancreatitis (PEP) one of the most common. There are several measures described in the literature to prevent this event, including: vigorous hydration, rectal indomethacin and pancreatic stenting. Recently there has been a growing interest in the irrigation of the papilla with cold water. We intended to evaluate the efficacy of cold water irrigation of the papilla in the prevention of post-ERCP complications. We defined the rate of acute pancreatitis as the primary outcome and the occurrence of post ERCP bleeding and acute cholangitis as the secondary outcomes. Prospective study at an high volume ERCP center (>400/year). Patients with native papilla submitted to ERCP between January 2023 and June 2024 were randomized in two groups: irrigation of the papilla with 250 mL of cold water at the end of the procedure (intervention group) and no irrigation (control group). We registered the demographic characteristics of the population, indication for ERCP, time of cannulation and total procedure, endoscopist expertise and prophylactic measures used. Then we compared the rate of complications of the two groups and evaluate the

effect of cold water irrigation. A total of 161 patients were included (mean age 68 years; 54,7% female): 84 (52,2%) in the intervention group and 77 (47,8%) in the control group. The groups didn't have any statistically significant difference between them ($p > 0,05$). The most frequent indication for ERCP was choledocholithiasis (65,2%; $n=105$). There were no differences in cannulation time ($p=0,675$), total procedure time ($p=0,813$) or endoscopist expertise ($p=0,948$). PEP was more frequent in the control group (6,5%; $n=5$) than in the intervention group (3,6%; $n=3$), which shows a tendency for the reduction of the risk of PEP (OR 0,53; IC95% 0,123-2,31), without reaching statistical significance. All PEP were mild. We didn't find anesthetic complications related to the instillation of water in the duodenum neither post-ERCP bleeding or cholangitis. The irrigation of the papilla with cold water appears to be a safe and potentially effective strategy in the prevention of PEP in conjunction with the other established measures. The continuity of this study will allow us to obtain more conclusive results about the efficacy of this measure.

-17- HELITE : Base de données sur les infections à H pylori : données préliminaires de la phase initiale annécienne.

HELUWAERT F - CH Annecy Le Genevois

L'infection à H pylori affecte la moitié de la population mondiale, 15 à 30% de la population française et est présente chez 20% des patients lors d'une gastroscopie. On évalue à 100000 le nombre de traitements proposés chaque année en France. L'objectif principal de HELITE est de rassembler des données exhaustives sur la prise en charge du patient dans sa globalité du diagnostic à l'éradication de l'infection à *helicobacter pylori*. Nous rapportons les résultats de la première phase de cette étude initiée au centre hospitalier d'Annecy. Les résultats préliminaires sont les suivants : Effectif de 1214 patients inclus originaire de France métropolitaine (59%), Europe (17%), Afrique (17%), autres (7%). Les situations de découverte d'Hp sont dominées par la présence de symptômes digestifs (70%), la présence d'une carence en fer (20%) la prise d'IPP au long cours (20%), d'un antécédent ou un risque d'ulcère (17%), un antécédent familial de cancer de l'estomac (5%). Sur les 787 gastroscopies réalisées le statut Hp était connu dans 24% des cas avant la réalisation de la gastroscopie et 25% des patients étaient sous IPP lors de la réalisation de cet examen. Les principales lésions endoscopiques retrouvées sont une gastrite et l'ulcère gastrique et une duodénite et des ulcères du duodénum. Les données bactériologiques mettent en évidence une excellente concordance entre la PCR et la culture avec des souches clari sensibles dans 78% des cas et une culture positive pour 80,1% des patients. La sensibilité de l'anapath apparaît faible (75%) et

l'essentiel des patients ne présente pas de lésions sévères puisque les lésions d'atrophie et de métaplasie ne sont retrouvés que chez moins de 15% des patients, la présence d'un cancer n'est que de 1%. Grâce aux données de la PCR, l'essentiel des traitements ont été orientés à savoir IPP amoxicilline clarithromycine pour les souches clari sensibles et PYLERA* pour les souches clari résistantes, le recours à la lévofloxacine et à la rifabutine étant rare. Les premiers résultats mettent en évidence une excellente tolérance et une éradication de plus de 95% pour les schémas EAC14 pour les souches clari sensibles, le Pylera* présente une tolérance bien moindre avec des taux d'éradication à 87%. Helite est une étude permettant une évaluation en vie réelle qui permettra de mieux comprendre et mieux proposer des recommandations en France. Des données actualisées seront présentées au congrès.

-18- A quel string se vouer ?

Léo BOVE, Taiana MOTHE, Héloïse TESSIER, Samuel ANDRAULT, Solène AUDIAU, Julien BAUDON, Mehdi KAASSIS, You-Heng LAM. Cholet.

Un patient de 70 ans avec pour seuls antécédents une hypertension artérielle sous Candesartan, une dyslipidémie sous Atorvastatine, un tabagisme actif et une consommation alcoolique d'environ deux verres de vin par jour, se présente pour coloscopie dans le cadre d'un suivi pour antécédent familial de cancer colique chez son père. La coloscopie dans de



bonnes conditions de préparation retrouve, outre deux polypes adénomateux CONECCT IIA infracentimétriques, un bouchon gélatineux impacté dans l'orifice appendiculaire à l'arrivée dans le bas-fond caecal 1) Quel est votre diagnostic ? 2) Quel examen demandez-vous ? 3) Le scanner est le suivant : quel traitement proposez-vous ?

-19- Un polype sous le soleil.

Laurie BONNET, Aida REBIHA, Juliette ADENIS, Maha GARDAM, Anne-Laure DESGABRIEL, Charlotte GAGNIERE, Céline SOMSOUK, Armand

GARIOUD. Service d'Hépatogastroentérologie – CHI de Villeneuve St-Georges.

Il s'agit du cas de Monsieur S. âgé de 87 ans hospitalisé par les Urgences pour dyspnée à l'effort et altération de l'état général avec des troubles du transit (alternance diarrhée/constipation et récemment des selles noires).

Dans ses antécédents, il a une FA anticoagulée par AVK, un diabète de type 2, un BAV3 appareillé et une exérèse de 2 mélanomes SSM en 2020 (bras droit et scapulaire gauche) avec résections complètes et bilan d'extension négatif. Cliniquement, il présente un épanchement pleural droit confirmé par la radio de thorax. Il n'a pas de douleurs abdominales. A la biologie, on trouve une anémie microcytaire ferriprive à 8g/dl et un syndrome inflammatoire avec CRP 25mg/l et leucocytes 11G/L. Le reste de la biologie est sans particularité hormis une insuffisance rénale modérée et un surdosage en AVK (INR 5.3). Le bilan hépatique est normal. Il est pris en charge par la transfusion d'1 culot globulaire avec bon rendement et est supplémenté par FERINJECT. Le bilan infectieux montre un E.Coli positif à E.Coli résistant qui est traité par une antibiothérapie adaptée. Dans le bilan endoscopique digestif d'anémie, l'EOGD objective une pangastrite Hp- et la coloscopie un volumineux polype atypique d'environ 2 cm au niveau du caecum. Il est pédiculé multi-ulcéré et d'aspect non adénomateux en lumière blanche et NBI. Il n'est pas biopsié et laissé en place (cf photos 1 et 2). Il est fait une TDM TAP pour le bilan d'épanchement pleural droit et de la lésion caecale. L'épanchement est de grande abondance et associé à une volumineuse masse tissulaire pulmonaire du lobe moyen droit de 86mm de hauteur (photo 3) ainsi qu'à de multiples nodules et micro nodules pulmonaires. Le polype caecal est vu (photo 4). Il se développe au niveau de la paroi antérieure du caecum, mesure 42x35mm sur 28mm et est associé à quelques ganglions paracaecaux infracentimétriques. Il existe également un nodule hépatique suspect du segment V et 2 lésions ostéocondensantes

COLOSCOPIE N°1



Photo 1



Photo 2

Il est fait une TDM TAP pour le bilan d'épanchement pleural droit et de la lésion caecale. L'épanchement est de grande abondance et associé à une volumineuse masse tissulaire pulmonaire du lobe moyen droit de 86mm de hauteur (photo 3) ainsi qu'à de multiples nodules et micro nodules pulmonaires. Le polype caecal est vu (photo 4). Il se développe au niveau de la paroi antérieure du caecum, mesure 42x35mm sur 28mm et est associé à quelques ganglions paracaecaux infracentimétriques. Il existe également un nodule hépatique suspect du segment V et 2 lésions ostéocondensantes



Photo 3 - TDM temps portal



Photo 4 - TDM temps portal

infracentimétriques au niveau de deux côtes. Devant la suspicion de cancer pulmonaire, le bilan est complété par un scanner cérébral injecté normal et par un TEP scanner qui montre le caractère intensément hypermétabolique de la masse pulmonaire, de 2 masses coliques (dont la caecale) mais aussi de multiples localisations au niveau hépatique, péritonéal, ganglionnaire, osseux et musculaire. L'examen anatomopathologique de la cytologie pleurale est non contributif de même que celui de la biopsie bronchique et de l'aspiration bronchique. Il est réalisé

COLOSCOPE n°2



Photo 3



Photo 4

une seconde coloscopie qui retrouve le polype caecal précédemment décrit (cf photos 5 et 6). Celui-ci a une base d'implantation plus large, est plus ulcéré, plus suspect et semble avoir augmenté de taille. Il est biopsié. Le patient qui a été transféré en pneumologie est également biopsié sous scanner de cette volumineuse masse pulmonaire droite. L'examen anatomopathologique

des biopsies de ces 2 localisations pulmonaire et caecale est en faveur du même diagnostic tumoral. A votre avis, quel est-il ? Réponse : L'histologie du polype caecal est en faveur d'une prolifération carcinomateuse en massifs cellulaires CK 7 nég CK 20 nég mais présentant un fort mail s'agit d'une récurrence multi-métastatique (colon, poumon, foie, ganglionnaire, péritoine, os et muscle). Le patient est alors transféré dans un service de dermatologie en CHU pour la suite de sa prise en charge.

-20- Une diarrhée qui ne manque pas d'air

Dr OMRANE Soleïhane (1), Dr ZANDITENAS David (1), Dr TIMSIT Elodie (1), Dr MORIN Clément (2). (1) Service d'hépatogastroentérologie. (2) Service de médecine interne et infectieuse. Hôpital Saint Camille, Bry-sur-Marne.

t traitée par ADALIMUMAB depuis 2022. Elle ne prend aucun autre médicament. Elle est revenue de ses vacances en Grèce le 14 Aout 2024. Durant ce séjour, elle n'a présenté aucun problème médical et continuait à se porter parfaitement bien après son retour jusqu'au 21 Aout 2024. Le 22 Aout, il apparaît brutalement une fièvre à 39-40°C avec douleurs lombaires basses des 2 cotés (plus importante à droite) ainsi qu'une diarrhée liquide non glairo-sanglante et quelques épisodes de vomissement. Son bilan biologique initial révèle un syndrome inflammatoire important (20.000

leucocytes et une CRP à 182) mais l'ECBU et les coprocultures sont négatifs. Le bilan infectieux très étendu est strictement négatif : coproculture, RTCD, hémocultures, sérologies diverses, antigénuries légionnelles, parasitologie des selles..... Le scanner thoraco-abdomino-pelvien initial ainsi que la recto-sigmoïdoscopie sont strictement normaux. Les biopsies coliques le sont également. Durant les 5 jours suivants, malgré une antibiothérapie probabiliste par C3G/Flagyl puis TAZOCILLINE, elle présente une très inquiétante aggravation clinique et biologique : Elle est prostrée dans son lit ; la fièvre reste bloquée à 40°C, la diarrhée liquidienne s'aggrave. Les leucocytes sont à 28.000 (dont 86% de PNN), la CRP à 680. A J6, elle se met brutalement à désaturer et nécessite un passage en réanimation non sans que le diagnostic soit enfin posé. Le bon traitement est alors mis en place. Elle sort de réanimation à J2 puis rentre chez elle 6 jours après. •Quelle est la cause de cette diarrhée fébrile d'apparition brutale ? • Pourquoi le diagnostic n'a pas été posé initialement malgré un test biologique précoce bien ciblé ? • Comment ce piège a été contourné ? • Que retenir de ce cas clinique ? Vous le saurez en septembre 2025 à Perpignan

-21- La transition enfant adulte : exemple de parcours pour la PEC des MICI

Isabelle Rosa, Marie Laure Dizambourg, Laurent Costes, Mathias Vidon. CHI Créteil

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) touchent principalement des sujets jeunes et les formes pédiatriques sont en constante augmentation. Nous avons mis en place dans le service un circuit de soins dédié pour les jeunes patients atteints de MICI préalablement pris en charge en milieu pédiatrique. Cette activité de transition permet d'assurer la bonne continuité des soins pour que le transfert se déroule dans les meilleures conditions. Depuis 18 mois, un poste d'infirmière de coordination MICI a été créé avec pour but de formaliser la consultation de transition de pédiatrie. Le but de ce travail a été d'évaluer selon les critères définis et publiés la qualité de notre parcours de soins de transition. Patients et Méthodes : l'étude a recueilli les données des patients suivis depuis 18 mois dans le service et adressées par la pédiatrie conjointe sont de présenter l'équipe et le fonctionnement du service, d'aborder le projet thérapeutique et la surveillance et de répondre aux éventuelles interrogations des jeunes patients et de leurs parents. A l'issue de cette consultation, le prochain rendez-vous avec le médecin référent adulte ou en hôpital de jour adulte est planifié. Lors de la première consultation adulte, une visite du service (HDJ) est organisée pour les patients et les parents, avec présentation de l'équipe paramédicale. Nous avons choisi 10 les critères

décrits dans la littérature d'évaluation du succès de la transition enfant-adultes¹. Se rend au premier rendez-vous médical pour adultes dans les 3-6 premiers mois suivant le transfert.² Prend contact avec le service des MICI de manière indépendante³. Se rend au premier rendez-vous avec un médecin adulte comme prévu au moment du transfert⁴. Remplit ses propres ordonnances à temps⁵. qualité de vie (liée à la santé) 1 an après le transfert⁶. Crendre des décisions concernant les MICI Résultats : 14 enfants ont été inclus pendant les 18 mois, 8 avec une RCH et 6 avec une maladie de Crohn. Un patient a été perdu de vue dès la première consultation. Trois patients ont eu plus d'un rdv manqué. 10/14 ont continué une scolarité, 4 sont sans emploi. Seuls 4 patients ont acquis une autonomie pour la prise de rdv, le suivi et la participation active aux décisions. Les parents restent les correspondants chez 5/14 et un rappel des rdv et des dates d'injection par l'IDEC est nécessaire chez la moitié des patients. Conclusion : Notre expérience montre la faisabilité d'un parcours de transition enfant-adulte. N terme de satisfaction plus de 90% des enfants étaient satisfaits de la transition, avec une observance au traitement de 90%. Néanmoins, la moitié des patients n'est pas autonome en termes de prises de rendez-vous, de communication directe avec les soignants.

-22- Etude du positionnement des traitements et de la persistance thérapeutique au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en vie réelle dans les centres hospitaliers généraux: étude PERSIST'ANGH

Stéphane Nahon, Thierry Paupard, Frédéric Heluwaert, Mathias Vidon, Armand Garioud, Antoine Blain

But de l'étude Au cours des MICI, le choix de la première ligne de biothérapie (ou d'un nouveau médicament) mais aussi des lignes suivantes, est un sujet largement débattu. À ce jour, il n'y a pas ou peu de facteurs prédictifs d'efficacité ou de tolérance d'une ligne de traitement par rapport à une autre, dans la chronologie des prescriptions. Méthodologie Décrire les différentes séquences thérapeutiques à partir de l'initiation de la 1ère biothérapie pour le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) et de la maladie de Crohn (MC) au cours du temps et dans la vie réelle. Critère d'évaluation principal : Les différentes séquences thérapeutiques seront décrites en fonction des données suivantes : 1. Durée (persistance) de chaque traitement en fonction de la séquence choisie. 2. Raison(s) de la modification de chaque ligne thérapeutique (échec primaire, secondaire, effets secondaires, choix du patient). 3. Raison(s) du choix de chaque biothérapie (ou d'un nouveau médicament). 4. Voie d'utilisation de

l'infliximab (IFX) ou du védolizumab (VZV) IV vs SC et de l'IFX/VZV « switch back » IV/SC. Ces descriptions pourront être stratifiées selon la pathologie concernée : MC ou RCH. Résultats En date du 27 avril 2025, 917 patients atteints d'une MICI et recevant ou ayant reçu au moins une thérapie avancée, ont été inclus par 13 centres. Neuf centres sont en cours de signature de convention avec le CRC d'Annecy Une analyse descriptive sera réalisée fin juillet 2025 avec pour objectif la présentation des résultats lors du congrès de Perpignan Conclusion Les résultats préliminaires de la cohorte PERSIST'ANGH seront présentés lors du congrès de Perpignan.



Résultats de l'Enquête sur la disponibilité du Fibroscan en CHG

Flavien DAUTRECQUE (Lens)

L'élastométrie hépatique, technique non invasive de mesure de la fibrose a été conçue lors de son invention comme une alternative à la biopsie hépatique. Depuis la conférence de consensus Baveno VI, elle est aussi devenue prédictive du risque d'hypertension portale cliniquement significative. L'association européenne d'étude du foie (EASL), avec les associations européennes d'étude du diabète (EASD) et de l'obésité (EASO), en a par la suite fait un outil de dépistage de la fibrose en population diabétique ou obèse, dans un algorithme séquentiel utilisant d'abord le score biologique Fib-4, dont la positivité doit faire proposer la réalisation d'une élastométrie pour éventuelle confirmation d'une fibrose hépatique avancée, dont la prise en charge a pour but d'en prévenir les complications.

Cette enquête a pour objectifs de décrire les connaissances des hépato-gastro-entérologues (HGE) des recommandations de dépistage, d'évaluer l'équipement des centres hospitaliers généraux en appareil d'élastométrie hépatique, et leur utilisation pour le dépistage de la fibrose hépatique d'origine dysmétabolique.

Pour réaliser cette enquête, un questionnaire a été établi par Flavien DAUTRECQUE (Lens) et relu par Armand GARIOUD (VSG) et Juliette VERLYNDE (Dunkerque). Un lien conduisant au questionnaire a ensuite été envoyé par mail avec 2 relances à l'ensemble des membres de l'ANGH. L'enquête s'est tenue en juin 2025 avec une analyse des résultats en juillet 2025.

48 HGE émanant de 39 centres ANGH différents ont répondu à l'enquête. La majorité des répondants (57,4%) ont déclaré avoir plus de 10 années d'exercice dans la spécialité.

Environ deux tiers des participants connaissent le score Fib-4 (68,8%) et ses indications (66,7%). Aussi, les recommandations EASL sont majoritairement bien connues des HGE interrogés avec un score moyen de 6,7/10 (médiane à 8/10), le 10 correspondant à une connaissance parfaite.

Tous les répondants déclarent utiliser les tests non invasifs de fibrose hépatique dans leur pratique. Les tests non invasifs de fibrose les plus utilisés sont les suivants : l'élastométrie hépatique (97,9%), le Fib-4 (79,2%), le Fibrotest (47,9%), le Fibromètre (22,9%), le NFS (12,5%). Le Fibroscan est l'appareil d'élastométrie le plus disponible dans les services d'hépatogastro-entérologie (79,2%) devant le Sharewave (22,9%). Quatre des répondants (8,3%) émanant de 4 centres ANGH différents n'ont pas d'appareil de mesure d'élastométrie hépatique dans leur centre. Respectivement, l'adressage pour élastométrie est dans ces cas faits auprès du CHU ou du service d'imagerie pour l'un d'entre eux, vers le CHU pour un deuxième centre, auprès du CHU, d'un confrère libéral ou du service d'imagerie pour un troisième centre, et pour le 4^{ème} centre vers un autre professionnel de santé.

Dans les services d'HGE, les utilisateurs des appareils peuvent être des médecins (81,3%) ou des infirmier.es (56,3%). Un protocole de délégation est mis en place dans un peu moins de la moitié des services (48%), 18,8% ont un protocole local de coopération interprofessionnelle et 29,2% un protocole de coopération selon les référentiels nationaux.

Le compte-rendu issu de la mesure d'élastométrie, précise presque systématiquement la valeur de l'élasticité hépatique (93,6% des réponses), la traduction en score équivalent METAVIR est rendue dans 53,2% des cas, et l'absence ou l'existence d'une fibrose avancée ou d'une cirrhose dans 38,3% des comptes-rendus. La nécessité d'un suivi hépatologique est notée dans 48,9% des rapports.

Des questions portaient également sur l'existence d'un appareil d'élastométrie hépatique dans les autres services de l'hôpital. C'est le cas pour 37,6% des services d'imagerie médicale (dont 11% ont le Fibroscan, 16% l'ARFI et 72% le Sharewave), 32% des services d'addictologie (dont 87% ont le Fibroscan et 13% le Sharewave), et 12,5% des services de diabétologies ou de nutrition (il s'agissait alors uniquement d'un Fibroscan).

Dix-huit des 48 répondants signalent la présence d'un appareil mobile d'élastométrie hépatique sur leur territoire. Ailleurs que dans le CHG, l'élastométrie hépatique est disponible pour 6 participants (12,5%) dans un cabinet d'imagerie médicale privé, et dans un cabinet d'hépatogastro-entérologie libéral pour 9 d'entre eux (18,8%).

La presque totalité des centres interrogés (95,6%) mettent à disposition leur appareil d'élastométrie hépatique auprès d'autres spécialistes sans recours préalable à une consultation d'hépatogastro-entérologie : 88,9% des centres font des élastométries sur demande des diabétologues ou nutritionnistes de leur hôpital, 73,3% sur demande de diabétologues ou nutritionnistes d'autres hôpitaux, 91,1% sur demande d'hépatogastro-entérologues libéraux ou d'autres CHG et 71,1% sur prescription de médecins généralistes. Au total, 40% des élastométries hépatiques réalisées au sein des services d'hépatogastro-entérologie le sont sur la demande d'autres praticiens du service. Dans 13,3% des cas, les diabétologues ou nutritionnistes réalisent eux-mêmes les examens.

Les dernières questions portaient sur le ressenti des connaissances des Recommandations de l'EASL, l'EASO, et l'EASD par les autres spécialités concernées par dépistage de la fibrose. La moyenne d'appréciation de la sensibilisation des diabétologues aux recommandations est de 6/10 (médiane : 7/10), celle des nutritionnistes atteint presque 5/10 (médiane 5/10), et la moyenne des médecins généraliste de 4,2/10 (médiane : 4/10).

Cela n'est pourtant pas sans avoir fait des actions d'information. En effet, les hépatogastro-entérologues interrogés réalisent en majorité des actions de sensibilisation de leurs collègues : 45,8% auprès des diabétologues, 22,9% auprès des nutritionnistes, 16,7% auprès des diététiciens et 43,8% auprès des médecins généralistes de leur territoire. Ces actions peuvent avoir pris plusieurs formes : fiche conseil (8,5%), webinaire (6,4%), session de formation continue (38,3%), protocole institutionnel (10,6%), autre (21,3%).

En conclusion, les recommandations sur le dépistage de la fibrose en population diabétique ou obèse ne sont pas suffisamment connues des HGE et elles semblent l'être encore moins par les spécialistes les plus concernés et notamment par les médecins généralistes. Néanmoins, même si des actions de sensibilisation locale ont majoritairement été mises en place pour la diffusion de ces recommandations, celle-ci doit encore être encouragée, et des initiatives nationales pourraient être utiles. Les HGE se sont approprié l'élastométrie hépatique puisque la très grande majorité des centres ont un Fibroscan qui est situé au sein du service d'HGE. Seuls 8% des services n'en ont pas. L'examen est délégué dans presque 1 cas sur 2 à un.e infirmier.e et dans 40% des cas, il s'agit d'un examen fait à la demande d'un praticien extérieur au service. Le contenu du compte-rendu d'élastométrie semble hétérogène et une harmonisation semble nécessaire.



Les échos du conseil scientifique

Armand GARIOUD (Villeneuve-Saint-Georges)

33^{ème} Congrès de Perpignan

Cette année, ce sont pas moins de 13 communications orales et 13 cas cliniques qui ont été soumis au vote du Conseil scientifique qui après délibération en a retenu respectivement 12 et 10 afin de vous établir un programme scientifique de qualité. La session de « Pratiques professionnelles » s'intéressera à la transition enfants-adultes en prenant l'exemple des MICI avec la participation de l'IDEC de Créteil. Bien sûr, vous retrouverez comme chaque année les quatre conférences de spécialité habituelles avec la visite exceptionnelle en voisin du Pr Père GINES de Barcelone pour la conférence d'hépatologie. Aussi ce Congrès sera l'occasion de la 4^{ème} édition de l' « Atelier pratique » à destination des Jeunes (Internes, Assistants, jeunes PH) avec pour thème vendredi matin la prise en charge en consultation des dépendances alcool, tabac dans les maladies digestives (MICI et hépatopathies). Il sera animé par Camille BARRAULT et Pre Hélène DONNADIEU de Montpellier. Bon congrès à tous !

Etudes en cours

Quelques mots des 2 études **ALPAGA** portées par JF.Cadranel (Creil) et relatives au déficit en alpha-1-antitrypsine. **ALPAGA-1**, une enquête de connaissances et de pratiques à destination de l'ensemble des gastro-entérologues et internistes se terminera à l'occasion de notre Congrès. Avant l'été, elle comptabilisait déjà 160 réponses. **ALPAGA-2** est, elle, une étude de cas cliniques de patients avec déficit en alpha-1-AT toujours en cours. Avant l'été, une soixantaine d'observations était déjà recueillies avec des premiers résultats préliminaires qui seront présentés aux JFHOD 2026. L'étude **FAST** qui a pour but d'identifier les **F**acteurs **A**ssociés à un **reT**ard diagnostique et/ou à un diagnostic d'emblée compliqué au cours de la maladie de Crohn a commencé se terminera en décembre 2025. Elle est coordonnée par Stéphane NAHON (Montfermeil) et promue par le GETAID. Elle a pour objectif d'inclure 600 patients, ce qui sera probablement atteint puisqu'avant l'été, nous avons 509 inclusions dont 109 issus de 19 centres de l'ANGH. L'étude **French Gut Colo** qui a commencé il y a 1 an est toujours en cours. Il s'agit d'une vaste étude dont un des objectifs est à partir des données de 2500 coloscopies sur 4 ans d'améliorer le dépistage du cancer colorectal grâce à l'aide d'une analyse du microbiote fécal couplée au FIT. 27 centres incluent dans cette étude dont 18 centres

ANGH. Nous comptons sur une certaine remobilisation des centres car avant l'été, il n'y avait au total que 163 inclusions comptabilisées. Enfin, quelques nouvelles de **PERSIST'ANGH**, cette grande étude 100% ANGH dont le principal but est de décrire le parcours thérapeutique de nos patients MICI (RCH & Crohn) dès lors qu'ils ont reçu au moins une séquence de thérapie avancée. Nous verrons ainsi dans la « vie réelle » les associations et les séquences pratiquées ainsi que les raisons de leur initiation. Pilotée par Frédéric HELUWAERT (Annecy), Stéphane NAHON (Montfermeil), Thierry PAUPARD (Dunkerque), Mathias VIDON (Créteil) et Armand GARIOUD (Villeneuve-St-G.), elle a commencé lors du Congrès de Versailles. Le 1000^{ème} inclusion a eu lieu le 13 mai et nous avons l'objectif d'inclure 3000 patients à 4 ans, c'est donc un très bon départ ! Merci aux 20 centres ANGH inclueurs et à la DRCI du CH d'Annecy qui centralise et gère les données. L'ANGH est promotrice des 2 études **RELINK** distinctes (population générale et femmes enceintes) de rappel de patients atteints d'hépatite virale chronique B ou C et perdus de vue. Il s'agit sur une durée de 6 mois de rechercher et remettre dans le circuit de soins ces patients perdus de vue. Un soutien financier est établi pour le temps de recherche par un ARC, une IDE ou un interne ; les mode(s) de recherche de ces patients perdus de vue étant laissé à la libre appréciation de chaque centre (données DIM, RCP virus, listing Fibroscan, bases de données internes, etc..)



Pour répondre à l'enquête ALPAGA-1, veuillez flasher le QR-Code!

LANCEMENT ETUDES CONGRES

Cette année, il s'agira tout d'abord d'une **Enquête sur la pratique** et la place de la **ponction biopsie hépatique** dans la décision d'arrêt du traitement immunosuppresseur d'une **hépatite auto-immune (HAI)**. Nous vous proposons de répondre à un questionnaire élaboré par Sandrine BARGE (Créteil) qui nous permettra de mieux évaluer nos pratiques. Cette enquête sera le prélude à une étude plus large sur le sujet dont le but sera de colliger des observations de patients chez qui une immunosuppression a été arrêtée avec leurs critères d'arrêt (dont histologiques) et leur devenir.

Ensuite, le **Projet ANGH/CBP** est une étude descriptive des patients CBP suivis et traités au sein de l'ANGH. Un questionnaire patient exhaustif élaboré par Isabelle ROSA (Créteil), André-Jean REMY (Perpignan) et Armand GARIOUD (Villeneuve St-G) sera à renseigner via un e-crf RedCap pour chaque patient suivi. Les données demandées concerneront la clinique, la biologie, l'évaluation de la fibrose, les lignes de traitement. C'est la DRCl de Perpignan qui gèrera les données pour cette étude qui durera 1 an et dont l'objectif est d'inclure au moins 1000 patients.

● Etudes à venir

Place à la proctologie avec l'étude **FRACAS** est en cours d'élaboration. Un peu comme l'étude FAST pour la maladie de Crohn, cette étude a été élaborée par Isabelle ETIENNEY et Sarah TAIEB (Croix-St-Simon-Paris) avec pour principal but de déterminer les facteurs de retard au diagnostic du cancer du canal anal. Il s'agira pour nous de remplir une fiche simple de renseignements sur la maladie, son stade et surtout au patient de remplir un questionnaire interrogeant leur parcours antérieur au diagnostic. Tout se fera sur papier à renvoyer au CRC de Créteil qui gèrera les données.

● ANGH+

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

Scannez-moi !



La FFCD et les hôpitaux généraux : une alliance pour l'excellence en oncologie digestive

Faiza KHEMISSA (Perpignan)

La Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD) poursuit son engagement dans la lutte contre les cancers digestifs à travers une collaboration étroite avec les hôpitaux généraux de l'ANGH. En les intégrant à ses réseaux de recherche, la FFCD permet à ces établissements de participer activement aux essais cliniques nationaux, offrant ainsi aux patients l'accès à des traitements innovants au plus près de leur lieu de vie. Cette démarche réduit les inégalités territoriales en matière d'oncologie digestive et renforce le maillage hospitalier autour de standards de soins partagés.

Les hôpitaux généraux de l'ANGH qui adhèrent à la FFCD et participent à leurs essais cliniques bénéficient en retour du soutien scientifique et méthodologique de la FFCD, notamment à travers des formations, des protocoles validés et une plateforme collaborative favorisant l'échange entre professionnels. Cette dynamique collective permet une meilleure prise en charge multidisciplinaire de nos patients, intégrant oncologues, gastroentérologues, chirurgiens et soignants et le gain de précieux points SIGAPS.

Dans cette dynamique, la FFCD met en place chaque année un **programme de reconnaissance des centres les plus impliqués**, en attribuant des **récompenses aux « meilleurs centres inclueurs »**. Ces distinctions viennent saluer l'engagement des équipes médicales et paramédicales dans le recrutement de patients pour les essais cliniques, ainsi que leur rigueur dans l'application des protocoles. Cette initiative vise à encourager l'excellence, à valoriser l'implication des établissements de santé et à créer une émulation positive au sein du réseau. Pour 2024 le centre hospitalier de Perpignan a été distingué, talonné de peu par le centre hospitalier de Boulogne sur Mer puis celui de Saint-Malo ! Bravo à tous !

Dans un contexte marqué par des tensions sur les effectifs médicaux et une pression constante sur le système hospitalier, un manque de moyens, notamment l'absence d'unités de recherche structurées dans certains établissements, la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD) affirme son soutien aux services d'hépatogastroentérologie des hôpitaux généraux, souvent en première ligne face aux défis de la cancérologie.

● PARTICIPEZ A L'ENQUETE-FLASH CONGRES 2025 !!!

Enquête "Chute d'escarre"

Cette année, l'Enquête-Flash Congrès porte sur la prise en charge de la chute d'escarre post-ligature de varice œsophagienne. Il s'agit d'une complication rare (2 à 5%) mais qui malgré les apparences reste de mauvais pronostic (20-30% de mortalité). A l'ère de Baveno VII, aucune recommandation n'est établie sur la prise en charge de cet événement notamment sur le plan endoscopique. Le but de cette Enquête-Flash est d'évaluer les pratiques individuelles qui semblent parfois très hétérogènes et d'évaluer la faisabilité d'une étude nationale rétro-prospective ayant pour objectifs d'évaluer l'efficacité des traitements endoscopiques et/ou du TIPS et de rechercher les facteurs de risques et pronostiques.

Pour participer, [flashez le QR-code!](#)

RETOUR SUR MARS BLEU 2025 !

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.

3 mars 2025 – CH de Lens

Tout d'abord, Lens le 3 avec une première action de terrain au sein du CH. Le COLON TOUR était là !



Action de communication menée par Flavien DARFEUIL pour le grand public et pour les employés du GHT avec distribution de flyers d'information et une interview radio.



Le CH s'est encore mobilisé le 12 avec une action au sein d'un centre commercial de la ville avec la mobilisation des médecins, cadre, IDE, AS et APA !

7 mars 2025 – CH Drôme Nord - Romans/Isère



Le Club Valence Romans Drôme Rugby s'est mis sous les couleurs de MARS BLEU et les supporters ont été sensibilisés au dépistage sur le stand tenu par

Madeleine JANIN (chargée de promotion du Dépistage des cancers Auvergne Rhône Alpes – CRCDC AuRA) et le Dr Fabien DARFEUIL des Hôpitaux Drôme Nord.



11 mars 2025 – CH Saint-Camille - Bry-sur-Marne



Mobilisation de l'équipe du Dr David ZANDITENAS pour une journée d'information au sein du IKEA de Villiers situé à quelques pas du CH St-Camille le 11 mars.

12 mars 2024 – CHI de Créteil



12 mars 2024 – CH Corbeil-Essonnes



12 mars 2025 – CH Gap

De nombreuses actions ont été menées sur le CH de Gap en lien avec le CRCDC, la CPAM et les milieux associatifs ... Une Conférence grand public le 12 mars avec divers professionnels (gastro, médecins généralistes, pharmacien, IDE, diét, APA, patients témoins...) autour du Dr Jean-Guy BERTOLINO mais aussi... Stand dans le hall de l'hôpital, Infos sur les marchés, week-end prévention sur la station de ski Praloup, un Défi connecté sportif, 2 conférences de presse avec interventions dans la presse locale (Dauphiné libéré) et sur les média locaux (BFM, radios...).



14 mars 2025 – CH Annecy-Genevois

Journée de sensibilisation le **14 mars** dans le Hall de l'Hôpital Annecy-Genevois (CHANGE) par les équipes d'endoscopie, de cancérologie et d'HGE autour du Dr Frédéric HELUWAERT.



Une autre journée le **28 mars** sur le site de St-Julien.

Enfin, le **29 mars**, stand d'information Mars Bleu

Salle Chatenoud dans le Club de Handball d'Annecy avant le match des seniors Féminines contre Nîmes!



24 mars 2025 - CH Saclay

Journée de sensibilisation le lundi **24 mars** au GHNE-Paris Saclay autour du Dr Edoardo POLI. En collaboration avec la Ligue contre le Cancer, la CPAM de l'Essonne, le CRCDC Ile-de-France, la CPTS Noé Santé et la CPTS Val d'Yvette, presque 200 kits FIT ont été distribués. Avec pour la 1ère fois à Saclay la visite du COLON TOUR !



15 et 29 mars 2025 - CH métropole Savoie - Chambéry/Aix

Le **15 mars**, MARS BLEU était présent avec ses mascottes « JEAN-MARS » au marché d'Aix-les-Bains, en partenariat avec la CPTS d'Aix-les-Bains.



Le **29 mars**, les « JEAN-MARS » ont déambulé dans les rues de Chambéry aux côtés de la CPTS de Chambéry et le

centre de dépistage des cancers Aura avec la fanfare Kimkama !



Le **25 mars**, une journée de sensibilisation a été organisée dans le hall de l'hôpital de Chambéry en présence de divers acteurs du programme de dépistage avec des stands animés par le service de gastro-entérologie de la Dre Gaëlle BOUDOIX D'HAUTEFEUILLE, la CPAM de la Savoie, le CRCDC, la Ligue contre le cancer et l'Association des Stomisés des Pays de Savoie.



6 mars 2025 - CH de Perpignan

Journée de mobilisation organisée le 26 mars par le service d'HGE de la Dre Faiza KHEMISSA avec le concours de la Ligue contre le cancer et avec la visite du COLON TOUR !



Stand de prévention - 25 mars 2025 - hall de l'hôpital bâtiment Dr Jean Desfrancois.



26 mars 2025 - CHI de Villeneuve-St-Georges

Journée de mobilisation de l'équipe d'HGE, de diététique du CHIV avec le concours de la CPAM du 94 le mercredi **26 mars** avec encore une fois la visite du COLON TOUR dans le Hall de l'hôpital ! Ecrans didactiques et distribution de Flyers et de presque 200 tests FIT.



REDESSINEZ LEUR AVENIR



120 mg toutes les 2 semaines⁽¹⁾

MALADIE DE CROHN

Remsima® est indiqué dans :

- le traitement de la maladie de Crohn active, modérée à sévère, chez les patients adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré.
- le traitement de la maladie de Crohn active fistulisée, chez les patients adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement conventionnel approprié et bien conduit (comprenant antibiotiques, drainage et thérapie immunosuppressive).

RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

Remsima® est indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué.



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



Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr

Médicament d'exception : Prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique. Médicament soumis à prescription médicale restreinte.

Remsima® 120 mg : Liste I. Agréé Coll. Remb. Séc. Soc. à 65 %. Uniquement sur ordonnance. Prescription réservée aux spécialistes en hépato-gastro-entérologie, rhumatologie, dermatologie ou médecine interne.

* Sous-cutanée

** Excipients : acide acétique, acétate de sodium trihydraté, sorbitol, polysorbate 80, eau pour préparations injectables.

*** Conservation à température ambiante (≤ 25°C) pendant 28 jours. Le médicament doit être éliminé s'il n'est pas utilisé durant cette période de 28 jours.

1. Résumé des caractéristiques du produit Remsima®



Page tourisme - Une journée dans les Pyrénées Orientales

Faiza KHEMISSA (Perpignan)

Vivre à Perpignan offre de nombreux avantages !

Climat Méditerranéen : Perpignan bénéficie d'un climat méditerranéen, avec des étés chauds et secs et des hivers doux. Cela permet de profiter d'un ensoleillement généreux tout au long de l'année, idéal pour les amateurs de plein air.

Proximité de la Mer et de la Montagne : La ville est située à seulement une quinzaine de kilomètres de la Méditerranée, offrant un accès facile aux plages. De plus, les Pyrénées sont à proximité, ce qui permet de pratiquer des activités de montagne comme la randonnée et le ski.

Culture et Histoire Riches : Perpignan possède un riche patrimoine historique et culturel. La ville abrite de nombreux monuments, musées et festivals qui reflètent son histoire catalane et son dynamisme culturel.

Qualité de Vie : Avec une taille humaine, Perpignan offre une qualité de vie agréable. Les habitants profitent d'une ville à taille humaine avec des marchés locaux, des restaurants proposant une cuisine catalane savoureuse, et une vie nocturne animée.

Coût de la Vie Abordable : Comparé à d'autres villes françaises, le coût de la vie à Perpignan est relativement abordable, que ce soit pour le logement, les loisirs ou les sorties.

BIENVENUE AU CENTRE DU MONDE

Dali fixa le Centre du Monde à la gare de Perpignan :

« J'ai eu à la gare de Perpignan une espèce d'extase cosmogonique plus forte que les précédentes. J'ai eu une vision exacte de la constitution de l'univers » Salvador Dali



Une journée dans les Pyrénées Orientales

Voir les plus beaux villages de France comme Castenou ou Collioure, La ville qui a inspiré de nombreux artistes célèbres tels

qu'André Derain, Georges Braque, Henri Matisse, et Pablo Picasso.

Se promener dans les ruelles de la ville en passant devant le château royal de Collioure, témoin silencieux de l'histoire mouvementée de la région. Les remparts offrent une vue imprenable sur la baie et les vignobles environnants. Faire une pause sur



une terrasse ombragée, pour déguster un verre de Banyuls, ce vin doux local qui accompagne à merveille les douces saveurs du sud et pourquoi pas dans un porro (pichet catalan).



Se laisser tenter par les fameux anchois de Collioure

Déjeuner une cuisine catalane typique à la « paillotte l'imprévu » restaurant niché dans les criques

Admirer le coucher de soleil au clos de paullilles



Diner à la « Galinette » reconnue pour sa cuisine raffinée et savoureuse, mettant en valeur des produits frais et locaux. Le chef, Christophe Comes, est

passionné par les produits de la terre et propose des plats qui reflètent cette passion, avec des ingrédients souvent cueillis le matin même

rassemble une collection de peintures et d'art décoratif, une collection d'art gothique catalan et des peintures modernes où l'on peut contempler les œuvres d'Aristide Maillol (1861-1944) et de Pablo Picasso (1881-1973). Le musée est nommé ainsi pour rendre hommage à Hyacinthe Rigaud (1659-1743), un peintre portraitiste né à Perpignan.



Festival visa pour l'image est un festival international de photojournalisme qui se tient chaque année à Perpignan, en France. Fondé en 1989, ce festival est devenu l'un des événements les plus importants au monde pour le photojournalisme. Il attire des photographes professionnels, des éditeurs, des journalistes et des amateurs de photographie du monde entier.

Pendant le festival, diverses expositions de photographies sont présentées dans différents lieux de la ville, y compris des espaces historiques comme l'Hôtel Pams (photos). Ces expositions couvrent une large gamme de sujets, souvent axés sur des questions d'actualité, des conflits, des enjeux sociaux et des événements marquants de l'année écoulée.

« Juin Sans Sucres Ajoutés » 2025, 3ème édition !

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



SOS Hépatites & maladies du foie a réitéré pour la troisième année consécutive le défi Juin Sans Sucres Ajoutés. Rappel : le but de ce challenge est de réduire au maximum, voire de supprimer, les sucres ajoutés de son alimentation, pendant un mois. Cette année, pour rester dans la métaphore alimentaire, on pourrait dire qu'il y a eu « à boire et à manger ».

Le côté décevant d'abord :

- Le communiqué de presse a été très peu repris contrairement à 2024, ce sont les aléas des communiqués de presse, ce qui pourrait expliquer le nombre de participants moins élevé que l'année dernière (1800 inscrits).
- Le questionnaire a posé des difficultés d'accès, l'inscription était compliquée, ce qui en a sans doute rebuté certains (méthode à revoir pour les futures éditions).

Le côté positif :

- Le nombre d'abonnés au groupe de discussion Facebook a explosé ! À tel point, qu'à un jour de la fin du défi, des personnes continuaient à s'inscrire et ça continue aujourd'hui.
- Après le soutien de l'ANGH en 2024, d'autres associations lui ont emboité le pas en 2025. Celles dédiées aux maladies du foie avec l'AFEF en tête bien sûr et aussi la FPRH, mais plus surprenant, d'autres, qui ne sont pas du tout en lien avec les maladies du foie, nous soutiennent désormais : France Lyme, AFPric pour la polyarthrite, Je ne fume plus, etc.

Ces différents soutiens sont révélateurs d'une prise de conscience collective de nos excès de sucres, trop souvent ajoutés et cachés dans l'alimentation, (que l'on consomme souvent sans même le savoir).

Les questionnaires

Les questionnaires seront analysés ultérieurement par l'INSERM mais on peut dès à présent sortir quelques chiffres significatifs concernant les inscrits au défi.

- 93% sont des femmes,
- 31% se considèrent un peu en surpoids, 37% beaucoup,

- environ la moitié des participants déclarent un problème de santé (obésité, MASH, maladies cardiovasculaires, etc.)
- 10% ressentent une difficulté à contrôler leur consommation de sucres
- 27% déclarent très difficile d'arrêter à consommer des aliments sucrés dès lors qu'ils commencent à en manger.
- 31% répondent plutôt difficile (2% très difficile) de réduire ou stopper la consommation de sucres.
- 34% disent avoir perdu du poids,
- 27% disent avoir diminué leur consommation d'alcool.
- 41% veulent poursuivre mais de façon moins stricte.

La quasi totalité des participants se dit satisfaite de l'expérience (45% sont plutôt satisfaits, 48%, très satisfaits).

JSSA et les réseaux sociaux

Le groupe Facebook a été un réel soutien pour les personnes réalisant le défi. On peut parler de groupe d'auto-soutien lorsqu'on regarde les différents échanges.

Sos hépatites & maladies du foie a posté chaque jour des informations sur les sucres ajoutés :

- Des posts pour apprendre à lire les étiquettes, pour savoir reconnaître les sucres dissimulés sous des noms barbares, pour cuisiner différemment en diminuant les quantités de sucres ou en les remplaçant par des alternatives plus saines, etc.
- Des vidéos ont été proposées régulièrement et abordaient différents thèmes : l'alcool et le sucre, l'addiction, l'activité physique, etc.
- Plusieurs live avec différents invités ou protagonistes du défi. (Ces live sont en replay sur le site de sos hépatites).
- Des sondages ont permis d'établir le profil des abonnés au groupe..

Exemple de sondage sur les motivations. Celui-ci a permis de constater que plus d'un quart des participants souffrent d'une pathologie (MASH, diabète ou peut-être autre).

Petit sondage avant weekend 🍷 Pourquoi êtes-vous intéressé par cette expérimentation de mois sans sucres ajoutés? Plusieurs réponses sont possibles et n'hésitez pas à en ajouter si aucune ne correspond à votre cas.

<input type="checkbox"/>	Pour essayer de perdre un peu de poids d'ici l'été	25%	×
<input type="checkbox"/>	Parce que j'ai une pathologie qui nécessite de surveiller mon alimentation et mon médecin me conseille de consommer moins de sucre	29%	×
<input checked="" type="checkbox"/>	Parce que je vais diminuer ma consommation d'alcool du même coup	2%	×
<input type="checkbox"/>	Pour apprendre à détecter les sucres cachés	17%	×
<input checked="" type="checkbox"/>	Pour voir si je me sens mieux tout simplement	16%	×
<input checked="" type="checkbox"/>	Ajouté par Corinne Amnde Trouver de la motivation dans une action concrète soutenue par un groupe	11%	×

Concernant les réseaux sociaux, la **page TikTok « stéatose Hépatique »**, créée et animée par Mathilde Leconte, déléguée SOS hépatites Aquitaine a eu un franc succès, les vidéos JSSA ont totalisé pas moins de 80 000 vues le temps du défi.

- La vidéo de lecture d'étiquettes a eu 15 000 vues
- La vidéo J3 du défi après une action à St Léonard : 4734 vues
- La vidéo intitulée « que manger sur une aire d'autoroute » : 4873 vues
- La vidéo HELP : 1048 vues
- La vidéo à l'occasion du Mash day par le Dr Pascal Mélin : 2104 vues
- La vidéo du stand d'Anne Laure de Araujo (inf hépato CHU de Bordeaux) : 15 200 vues
- La vidéo du Dr Juliette Foucher (hépato au CHU Bordeaux) : 25 800 vues
- La vidéo de Margot (inf hépatites CHU Bordeaux) : 4307 vues

par quatre entre 1997 et 2020, passant de 2,1 % à 9,2 %.

Certes, les plus âgés sont davantage en surpoids ou obèses que les plus jeunes : l'excès de poids touche 57,3 % des 65 ans et plus contre 23,2 % des 18-24 ans. Cependant, les tendances sont plus inquiétantes, car c'est dans les tranches d'âge les plus jeunes que l'augmentation de prévalence de l'obésité est la plus forte.

Depuis 1997, **l'obésité chez les 18-24 ans a été multipliée par plus de 4, et par près de 3 chez les 25-34 ans**, quand l'augmentation chez les 55 ans et plus est faible depuis 2009. TikTok touche une audience plutôt jeune et plutôt féminine. En 2023, 23,6% des utilisateurs sont âgés entre 13 et 24 ans, et 55% des jeunes adultes entre 18 et 29 ans déclarent utiliser régulièrement l'application. Malgré les réticences sur ce réseau social, il semble assez pertinent d'essayer de sensibiliser ce public à Juin Sans Sucres Ajoutés.

Juin sans sucres ajoutés 2026

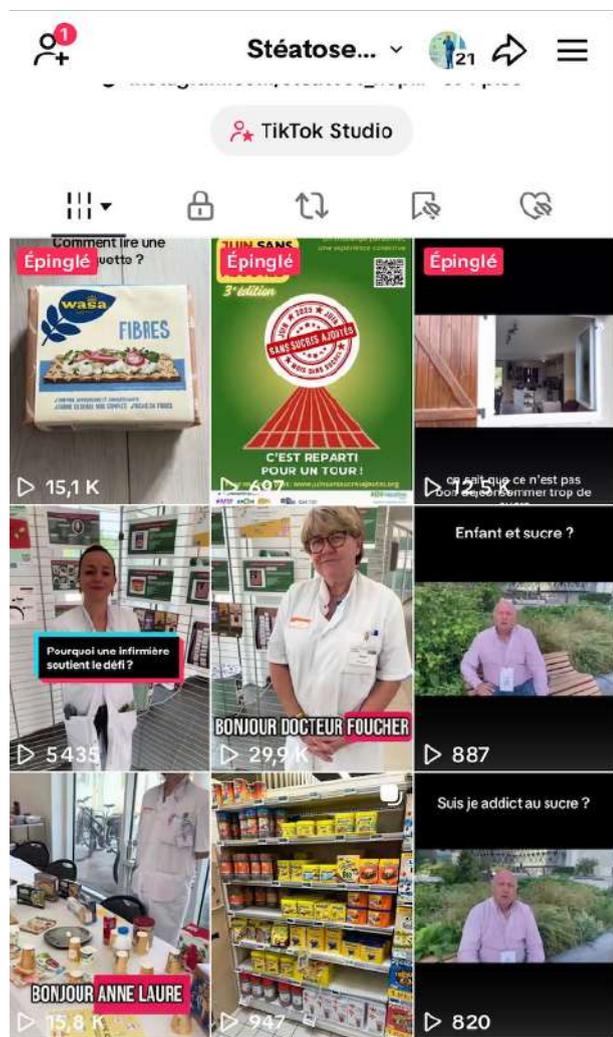
JSSA 2025 s'est achevé, comment faire encore mieux pour fédérer de nouveaux participants en 2026 et particulièrement les hommes ? Le risque d'association alcool et MASH en fait une cible majeure mais ils sont peu intéressés par le défi. Le dépouillement du questionnaire avec la question sur l'entourage donnera peut être des informations supplémentaires.

SOS hépatites et maladies du foie a décidé de maintenir le groupe Facebook JSSA ouvert toute l'année. De nouvelles personnes continuent de rejoindre le groupe un mois après la fin du défi, alors il nous a semblé opportun de leur laisser cet espace de discussion modérée par une équipe de SOS hépatites.

Ce défi permet d'encourager les malades à changer leur comportement alimentaire au quotidien, de les motiver à pratiquer une activité physique, mais dans l'absolu, il faudrait du concret pour qu'ils poursuivent leurs efforts au quotidien.

Il faudrait leur prouver les risques réels à consommer trop de sucres ajoutés. Bilan sanguin avant/après ? FibroScan® avant/après? L'effet motivationnel du fibroscan a été clairement démontré sur les personnes en difficultés avec l'alcool qui réduisent leurs consommations et voient leurs résultats s'améliorer. Pourquoi pas l'expérimenter sur des patients avec consommation excessive de sucres?

La discussion est ouverte, il faudrait anticiper et recruter un panel de volontaires...L'ANGH serait-elle partante pour suivre et participer à l'évolution du défi, proposer des actions concrètes, etc?



Pourquoi TikTok ?

Près d'un Français sur deux est en situation de surpoids, selon une étude de l'Inserm et du CHU de Montpellier de 2023. Mais l'obésité a aussi augmenté chez les 18-24 ans où elle a été multiplié

INFOS PRATIQUES

33ème CONGRES de L'ANGH PERPIGNAN 2025

Les sites



Les congressistes seront hébergés à l'**Hôtel Mercure Centre** (5 Cr François Palmarole) ou au **Dali Hôtel** (18 Bld Jean Bourrat) situés tous deux à 3 minutes à pieds du Centre de Congrès.

Soirée de GALA

Rendez-vous **18h30** pour le départ en bus depuis le Palais des Congrès +++

Elle aura lieu au **Domaine des Clos de Paulilles** près de Collioure.

Ce sera l'occasion de fêter les 40 ans de l'ANGH !

Le dîner de Gala sera suivi d'une soirée dansante jusqu'à 2h du matin.

Retours en bus à 0h, 1h et 2h vers les hôtels.

Pour les 40 ans de l'ANGH !



PERPIGNAN

PALAIS DES CONGRÈS
ET DES EXPOSITIONS

ANGH

PLACE ARMAND LANOUX 66000 PERPIGNAN

12 SEPT.

13 SEPT. 2025

**Et RENDEZ-VOUS
l'année prochaine à
VALENCIENNES 2026 !**



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)

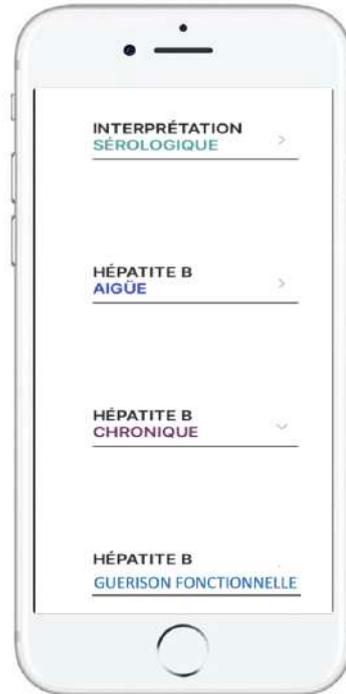
Règlement par chèque à l'ordre de l'A.N.G.H ou mieux par carte bancaire :

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



Pour régler votre cotisation et être à jour, vous pouvez scanner le QR-Code ci-dessus !

NOUVEAUTE ANGH !!! 1ère APPLICATION MOBILE ANGH !!! "VIRO B"



DISPONIBILITE CONGRES 2025 !!!

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

Créée 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.

Cette application a été élaborée à partir des Recommandations EASL et de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Avec cette application, l'hépatite B n'aura plus aucun secret pour vous !!!

Alors n'hésitez pas, téléchargez l'application **VIRO B** sur **iOS** ou **Android**, elle est gratuite !!!





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'absence ² : • 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® (glécaprèvir/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>