



Association Française des Internes  
d'Hépatogastro-entérologie

Journal des Jeunes Gastros

# JJG

Numéro 01  
Novembre 2022



**Lumière sur un article marquant**

Recommandations BAVENO VII

**Le focus**

Les antibiotiques en gastro-entérologie

**Le pense-bête**

Gestion des antiagrégants en endoscopie

**Le M2 comment et pour qui ?**

**Et aussi :** Trucs et astuces, cas clinique, QCM, ...

# ÉDITO



**Nicolas RICHARD**  
Président de l'AFIHGE



**Johanna POKOSSY EPEE**  
Rédactrice en chef du JJG

**V**ous ouvrez le premier numéro du Journal des Jeunes Gastros (JJG) porté par l'Association Française des Internes d'Hépatogastro-Entérologie (AFIHGE). Notre association est pensée par les internes et pour les internes de la spécialité. Elle a pour but de vous accompagner et de vous faciliter, tout au long de votre internat, sur les questions pratiques comme sur les questions de formation. À l'image de cet engagement, nous vous proposons donc un rendez-vous semestriel en version papier ou numérique. L'occasion peut-être pour vous d'apprendre à mieux connaître l'association et nos sociétés savantes, de nous faire remonter vos remarques et suggestions sur la revue et au-delà, sur votre internat.

L'associatif est une force de notre spécialité, dotée de nombreuses sociétés savantes dynamiques et qui repose avant tout sur l'engagement de chacun. Vous tenez aujourd'hui entre vos mains la réalisation concrète de l'engagement de certains de vos co-internes et de seniors investis ayant accepté de prendre le temps de nous relire. Il nous appartient de construire ensemble nos objectifs de demain. Ainsi, ce premier numéro est l'occasion pour vous de nous connaître et peut-être nous rejoindre en tant que membre actif pour poursuivre le développement de projets tournés vers vos co-internes et notre spécialité.

Dans cette revue nous avons essayé de vous fournir des informations de qualité, utiles et/ou pratiques, à la fois médicales sur les divers domaines de notre spécialité, mais aussi sur les formations et notre internat de façon générale. Il ne s'agit en aucun cas d'un organe de FMC ni de veille bibliographique ayant vocation à se substituer à ceux de nos sociétés savantes, dont vous trouverez les liens d'accès et les contacts plus loin. La publication sera pour l'instant semestrielle, mais pourrait devenir plus régulière si le format vous plaît et que l'effectif de rédacteurs le permet (rejoignez-nous !).

Nous profitons de cet éditto pour dire un grand MERCI à chaque personne ayant pris le temps de s'impliquer dans ce projet et espérons, maintenant que le contexte sanitaire le permet, vous rencontrer nombreux lors de l'un des événements organisés par l'AFIHGE, la SNFGE, ou toute société savante, où nous essayons d'être toujours présents.

D'ici là, nous vous souhaitons une excellente lecture.

Nicolas RICHARD, Président de l'AFIHGE  
Johanna POKOSSY EPEE, Rédactrice en chef de la JJG  
Et l'ensemble du bureau de l'association

# SOMMAIRE

## N°01

Novembre 2022

### 06. AGENDA

Calendrier des événements du semestre

### 07. LUMIÈRE SUR UN ARTICLE MARQUANT

10 messages clés de la conférence de Baveno VII

### 12. L'ORDONNANCE TYPE

Les ordonnances types du proctologue

### 14. PRÉSENTATION D'UNE ASSOCIATION

Présentation de l'association ACABi

### 15. HISTOIRE DE LA MÉDECINE

L'histoire du syndrome de renutrition inappropriée

### 18. UN TABLEAU UTILE À AVOIR EN POCHE

Prescription de l'anticoagulation et de l'anti-agrégation avant et après un geste en endoscopie digestive

### 21. PRÉSENTATION D'UN DU

Le DIU de Pancréatologie médico-chirurgicale

### 22. PRÉSENTATION D'UNE FST

La FST d'Oncologie

### 24. PRÉSENTATION D'UN OUTIL QUI VOUS A AIDÉ EN STAGE

Oncoclic

### 26. FOCUS

L'antibiothérapie dans certaines pathologies digestives

### 32. J'Y ÉTAIS...

Retour d'expérience du congrès Four Nations

### 33. LE COUP DE POUCE ADMINISTRATIF

Les démarches administratives pour l'année de Master 2 recherche

### 36. TRUCS ET ASTUCES

Quelques trucs et astuces pour pimper ses compétences en endoscopie

### 37. UN CAS CLINIQUE

Colite ischémique au Lénalidomide

### 42. QUELQUES QCM

### 50. RÉPERTOIRE

Coordonnées des référents par subdivision  
Coordonnées des sociétés savantes

### 51. ANNONCES DE RECRUTEMENT



**Association Française  
des Internes  
d'Hépatogastro-Entérologie**

79 boulevard du Montparnasse

75006 Paris

[afihge@gmail.com](mailto:afihge@gmail.com)

[www.afihge.org](http://www.afihge.org)

  @afihge

**ISSN**

En cours

**Editeur & Régie publicitaire**

Réseau Pro Santé

M. TABTAB Kamel, Directeur

14, Rue Communes - 75003 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

[contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)

[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr)

**Maquette & Mise en page**

We Atipik - [www.weatipik.com](http://www.weatipik.com)

Fabrication et impression en UE.  
Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

# Calendrier des événements du semestre

## Novembre 2022

**3 - 4 Novembre** • Vidéo Digest - Cours intensif SFED – FMC HGE - Paris

**4 - 8 novembre** • AASLD The Liver Meeting Washington (USA)

**16 - 18 novembre** • Journées francophones de la nutrition  
Toulouse

**17 - 19 novembre** • Journées de la SNFCP  
Paris

## Décembre 2022

**1-2 décembre** • Congrès national annuel du GTE  
Paris

**1-3 décembre** • Forum du CREGG  
Paris

**2-3 décembre** • Séminaire du GETAID  
Paris

**4 décembre** • GASTROSOCLÉ, SNFGE-AFIHGE  
Paris

**5, 8, 12, 15 décembre** • ENDOGASTROLIVE  
virtuel

## Janvier 2023

**21 janvier** • Journée SFED de l'endoscopie bariatrique et métabolique  
Paris

**26-28 janvier** • Journées FFCD  
Paris

## Mars 2023

**16-19 mars** • JFHOD, SNFGE-FMC-HGE  
Paris

## Avril 2023

**20-22 avril** • ESGE days  
Dublin (Irlande)

## Mai 2023

**6-9 mai 2023** • DDW  
Chicago (USA)

**11-12 mai** - Cours intensif FFCD  
Clermont-Ferrand

## Juin 2023

**3-4 juin 2023** • Journées de l'AFIHGE  
Marseille

**2-6 juin 2023** • ASCO  
Chicago (USA)

**23 juin** • Journée de printemps de la FFCD  
Saint-Etienne

**Date en attente** Réunion annuelle du GFNG 2023



## 10

# Messages clés de la conférence de **Baveno VII**



**Nathan GRELLIER**

Avec un grand merci  
à la Pr Christine Silvain  
(HGE CHU de Poitiers)  
pour la relecture

Les consensus de Baveno sont la référence concernant la prise en charge de l'hypertension portale (HTP). La dernière conférence en date s'est tenue en octobre 2021, avec de nouvelles recommandations plus larges et publiées le 31 décembre 2021<sup>(1)</sup>. Il s'agit d'une des actualités incontournables en hépatologie pour l'année 2022. Celles-ci ont déjà été entièrement traduites en français en avril dernier dans Hépatogastro et Oncologie Digestive que nous vous invitons à lire<sup>(2)</sup>. Le but de notre article ici n'est pas de vous présenter les recommandations de façon exhaustive mais de présenter aux internes quelques messages clés de la conférence de Baveno VII, dans un format réduit et concis, en nous concentrant sur les nouvelles propositions ou les modifications. Les recommandations ont été classées en nouvelles, modifiées ou inchangées par rapport à la conférence de consensus de Baveno VI de 2015. Elles ont été gradées selon le système GRADE de A (élevée) à D (faible) avec un niveau de preuve de 1 (fort) ou 2 (faible).

## La conférence de Baveno VII s'est concentrée sur dix thèmes :

### Le gradient de pression veineuse hépatique (HVPG) : Techniques et interprétations

#### 1 Message n°1

La méthode d'occlusion à l'aide d'un cathéter à ballonnet gonflable est la technique de référence pour évaluer le gradient de pression veineuse hépatique (Nouveau) (A1). Une valeur HVPG  $\geq 10$  mmHg définit une hypertension portale cliniquement significative (HTPcs) (Modifié) (A1).

Le premier chapitre met l'accent sur l'importance de la mesure HVPG. Sa mesure n'est pas indispensable mais s'avère utile pour stratifier le risque de décompensation et de décès lié à la maladie hépatique.

## Méthodes non-invasives pour le diagnostic et le suivi des hépatopathies chroniques avancées compensées (HCAC)

### 2 Message n°2

Les valeurs de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle < 10 kPa en l'absence de signe clinique ou à l'imagerie, éliminent une HCAC ; les valeurs entre 10 et 15 kPa sont évocatrices d'HCAC et les valeurs > 15 kPa sont fortement évocatrices d'HCAC (Modifié) (B1).

Le terme d'hépatopathie chronique avancée compensée HCAC reflète le continuum entre la fibrose sévère et la cirrhose chez les patients avec une hépatopathie chronique. L'élastographie impulsionnelle permet ainsi de stratifier le risque de décompensation et de décès liés à la maladie hépatique (**Figure 1**).

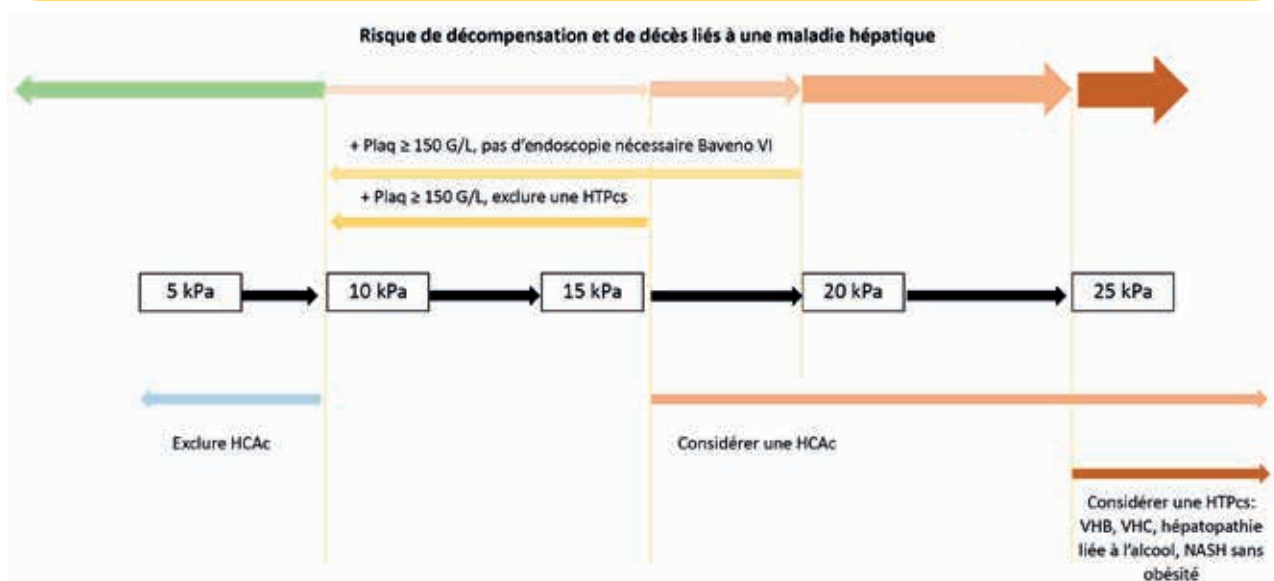


Figure 1. Algorithme de la caractérisation d'une HCAC et un HTPCs par méthode non-invasive. D'après de Franchis *et al.* J. Hepatol 2022.

HCAC, hépatopathie chronique avancée compensée ; HTPCs, hypertension portale cliniquement significative ; NASH, non-alcoholic steato-hepatitis ; VHB, virus de l'hépatite B ; VHC, virus de l'hépatite C.

## Prise en charge d'une HCAC après élimination du facteur étiologique principal

### 3 Message n°3

L'élimination du facteur étiologique principal est définie par une réponse virologique soutenue (RVS) chez les patients atteints d'hépatite C, la viro-suppression complète chez les patients atteints d'hépatite chronique B en l'absence de co-infection par le virus de l'hépatite Delta et le sevrage en alcool au long cours chez les patients avec une hépatopathie liée à l'alcool (Nouveau) (A1).

Ce chapitre montre l'importance de la suppression du facteur étiologique primaire de l'hépatopathie chronique mais également du contrôle des comorbidités des patients ayant une HCAC. L'objectif étant de diminuer l'hypertension portale mais également le risque de décompensation hépatique. Il ne faut donc pas oublier de prendre en charge le surpoids/obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires car elles sont également impliquées dans la progression de la maladie hépatique. La surveillance pour recherche du carcinome hépatocellulaire doit être continuée.

#### Autre proposition notable

Si l'HCAC est traitée par  $\beta$ -bloquants sans HTPCs (Elasticité < 25kPa) après élimination du facteur étiologique primaire et endoscopie à 1-2 ans ne montrant pas de varices œsophagiennes, les  $\beta$ -bloquants peuvent être arrêtés. (Nouveau) (C2)

## Impact des traitements non étiologiques

4

### Message n°4

L'utilisation des statines est à encourager chez les patients atteints d'une cirrhose et avec une indication validée de statines, car elle pourrait diminuer la pression portale (A1) et améliorer la survie globale (B1) (Modifié).

### Autres propositions notables

*Il faut retenir une dose maximale de simvastatine de 20mg/jour en cas de cirrhose Child C.*

*L'aspirine a un effet potentiel sur la diminution du risque de carcinome hépatocellulaire (CHC).*

## Prévention d'une première décompensation

5

### Message n°5

Un traitement par  $\beta$ -bloquants non-cardiosélectifs (carvédilol\* ou propranolol, nadolol) doit être discuté dans la prévention de la décompensation chez les patients avec HTPcs (Nouveau) (B1). \*Le carvédilol a un effet vasodilatateur anti-alpha adrénergique contribuant à une meilleure réduction de l'hypertension portale contrairement au propranolol ou nadolol.

L'une des principales nouveautés dans la prévention d'une première décompensation hépatique est l'introduction de la notion d'HTPcs pour guider l'introduction des  $\beta$ -bloquants. Si l'on suspecte une hypertension portale cliniquement significative, avec des arguments forts (GPVH  $\geq$  10 mmHg ou élasticité hépatique  $\geq$  25 kPa), un traitement par  $\beta$ -bloquants non-cardiosélectifs peut être débuté sans réaliser d'endoscopie.

## Hémorragie digestive par rupture de varices

6

### Message n°6

La pose d'un TIPS préemptif avec une prothèse couverte de polytétrafluoroéthylène dans les 72 heures (idéalement < 24 heures) est indiquée chez les patients avec une hémorragie digestive par rupture de VO ou œsogastriques GOV 1 et GOV 2 qui présentent un des critères suivants : Child-Pugh C < 14 ou Child-Pugh B > 7 avec hémorragie active à l'endoscopie initiale ou GPVH > 20 mmHg au moment de l'hémorragie (Modifié) (A1).

Ici aussi, la mesure de l'HVPG est intégrée à la prise en charge des hémorragies digestives. La notion d'une hypertension portale avec une HVPG > 20 mmHg prédit un risque de récurrence hémorragique plus important chez ces patients et justifie le TIPS préemptif. Dans ce cadre-là, l'encéphalopathie, l'ictère ou l'ACLF ne sont pas des contre-indications au TIPS.

## Prévention d'une nouvelle décompensation

7

### Message n°7

Chez les patients avec une ascite récidivante ( $\geq$  3 ponctions de grand volume dans l'année), un TIPS doit être discuté quel que soit le statut endoscopique des varices ou l'antécédent d'hémorragie digestive (Nouveau) (A1).

### Autres propositions notables

*La transplantation hépatique doit toujours être discutée en cas de cirrhose décompensée (Nouveau) (A1). La malnutrition ou la sarcopénie doit être évaluée et prise en charge (nutrition, exercice physique) (Nouveau) (B1).*

## Thrombose veineuse splanchnique

8

### Message n°8

Devant une thrombose de la veine porte (TVP) récente sans cirrhose, il faut débiter un traitement par héparines de bas poids moléculaire à la phase initiale, puis un relais par antagonistes de la vitamine K quand cela est possible (Modifié) (B1). Bien que les données soient limitées, les anticoagulants oraux directs (AOD) peuvent être utilisés en première option chez des patients sélectionnés, en l'absence d'un syndrome des anti-phospholipides. (Nouveau) (C2)

Avec les données récentes d'études rétrospectives sur l'efficacité et la tolérance des AOD chez les patients sans cirrhose avec une TVP, il nous est possible de les prescrire en première intention<sup>(3)</sup>. Il n'y a pas encore de consensus concernant la supériorité d'un AOD par rapport à un autre.

## Autres recommandations liées aux maladies vasculaires du foie

9

### Message n°9

Concernant les AOD, il n'y a pas d'inquiétude à avoir concernant les patients avec une cirrhose Child-Pugh A. Ils peuvent être prescrits avec prudence chez les patients avec une cirrhose Child-Pugh B, mais également chez les patients avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/min. Pour les patients atteints de cirrhose Child-Pugh C, les AOD ne sont pas recommandés en dehors d'études cliniques (Nouveau) (B2).

Dans le cadre de TVP associées à une cirrhose, les AOD peuvent également être prescrits en faisant attention aux patients Child-Pugh B. Ils ne sont pas recommandés pour les patients Child-Pugh C.

10

### Message n°10

Le diagnostic de MVPS devrait être envisagé dans les situations suivantes :

1. signes d'HTP contrastant avec des caractéristiques atypiques pour une cirrhose (par exemple : un GPVH < 10 mmHg, une élasticité hépatique < 10 kPa, des contours hépatiques réguliers et pas d'atrophie du segment IV, ou des communications entre les veines hépatiques, bien qu'aucune de ces caractéristiques ne soit pathognomonique de la MVPS), ou
2. des anomalies des tests hépatiques ou une HTP chez un patient qui a un état connu pour être associé aux MVPS, ou
3. des anomalies inexplicables des tests hépatiques, même en l'absence de signes d'HTP (Nouveau) (B1).

Le dernier chapitre est consacré aux maladies vasculaires porto-sinusoïdales. Il s'agit d'un spectre de maladies caractérisées par une atteinte des petits vaisseaux pour lesquelles le diagnostic et la prise en charge s'avèrent complexe<sup>(4)</sup>.

## Conclusion

La conférence de Baveno VII, s'est concentrée principalement sur l'hypertension portale et la stratification des risques liées à une hépatopathie chronique. Beaucoup de propositions n'ont pas été traitées ici, nous vous encourageons à consulter les recommandations dans leur version originale (1) ou traduite (2).



# 10 Messages clés de la conférence de Baveno VII

Une GPVH  $\geq 10$  mmHg définit une hypertension portale cliniquement significative.

L'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle permet de stratifier le risque de décompensation et de décès liés à la maladie hépatique.

Une disparition du facteur étiologique principal de l'hépatopathie chronique et le contrôle des comorbidités permettent de diminuer l'hypertension portale et le risque de décompensation hépatique mais ne doit pas faire oublier la prévention du carcinome hépatocellulaire.

L'usage des statines est à encourager.

Lorsqu'une hypertension portale cliniquement significative est suspectée un traitement par  $\beta$ -bloquants peut être débuté sans endoscopie.

Une GPVH  $\geq 20$  mmHg au cours d'une hémorragie par rupture de varices pose l'indication d'un TIPS préemptif.

Chez les patients avec une ascite récidivante un TIPS doit être discuté ainsi que la transplantation hépatique.

## Références

1. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Abraldes JG, et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 1 avr 2022;76(4):959-74.
2. Larrue H, Moga L, Bouzbib C, Plessier A, Thabut D, Bureau C. Recommandations de la conférence de Baveno VII. *Hépatogastro & Oncologie Digestive*. 1 avr 2022;29(4):425-42.
3. Naymagon L, Tremblay D, Zubizarreta N, Moshier E, Troy K, Schiano T, et al. The efficacy and safety of direct oral anticoagulants in noncirrhotic portal vein thrombosis. *Blood Adv*. 25 févr 2020;4(4):655-66.
4. De Gottardi A, Rautou PE, Schouten J, Rubbia-Brandt L, Leebeek F, Trebicka J, et al. Porto-sinusoidal vascular disease: proposal and description of a novel entity. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. mai 2019;4(5):399-411.

# Les ordonnances types du proctologue



Victor LEGAL

L'ordonnance type est une proposition de traitement concrète et prérédigée. Bien sûr elle ne remplace pas la réflexion diagnostique et thérapeutique et s'adapte de mille façons aux situations particulières.



## La thrombose hémorroïdaire externe

### PARACETAMOL

1G si douleur, maximum 3g par jour espacés d'au moins 6h.

### KETOPROFENE 100MG

1 comprimé 2 fois par jour en mangeant.

+ IPP pleine dose un comprimé le matin si patient à risque d'ulcère (âge supérieur ou égal à 65 ans, antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal, association à un antiagrégant plaquettaire, un corticoïde ou un anticoagulant).

### LAXATIFS (ex : MOVICOL®, MACROGOL 4000®)

2 sachets par jour le matin.

Facultatif : crème hémorroïdaire (ex Titanoréine®, Sédorroïde®).

## La fissure anale (aïe aïe aïe)

### LAXATIFS (ex : MOVICOL®, MACROGOL 4000®)

2 sachets par jour le matin, à adapter avec pour objectif d'avoir des selles « compote » pendant 2 mois.

### PARACETAMOL

1G si douleur, maximum 3g par jour espacés d'au moins 6h.

Rajouter Antalgiques de palier 2 si insuffisant.

### KETOPROFENE 100MG

1 comprimé 2 fois par jour en mangeant. QSP 7 jours.

+ IPP pleine dose un comprimé le matin si patient à risque d'ulcère (âge supérieur ou égal à 65 ans, antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal, association à un antiagrégant plaquettaire, un corticoïde ou un anticoagulant).

Facultatif : lidocaïne en application locale (ex : Titanoréine® à la lidocaïne). Une application si douleur. Applications espacées d'au moins 3 heures. QSP 7 jours.



## Le prurit essentiel

**SAVON LIQUIDE (ex : SAFORELLE®, LIPIKAR®) : 1 flacon**

**NERISONE POMMADE**

1 application matin et soir pendant 2 semaines, puis 1 application au coucher pendant 2 semaines, puis 1 application 1 soir sur 2 pendant 2 semaines, puis 2 applications par semaine pendant 2 semaines, puis 1 application par semaine pendant 2 semaines, puis arrêt.

**CRÈME CICATRISANTE (ex : EFFIDIA® crème) : 1 tube**

1 application matin et soir quand il n'y a pas d'application de Nérisonne, pendant 8 semaines.

Dans l'hypothèse toujours possible d'une parasitose :

**FLUBENDAZOLE (FLUVERMAL®)**

1 comprimé, puis 1 comprimé 15 à 21 jours plus tard.



## Le fécalome

3 possibilités selon les situations :

- 1) Evacuation au doigt.
- 2) Lavement (souvent douloureux et inefficaces).
- 3) **PURGE ORALE** type préparation à la coloscopie type PEG (ex : KLEAN PREP®, COLOPEG®), 1L à renouveler autant que nécessaire.

## La proctalgie fugace

**Réassurance du patient sur le caractère bénin des symptômes**

En deuxième intention, hors AMM :

**SALBUTAMOL inhalé, une bouffée si douleur anale**

## L'herpès anal

**PARACETAMOL**

1G si douleur, maximum 3g par jour espacés d'au moins 6h.

**VALACYCLOVIR 500MG** matin et soir pendant 5 à 10 jours en cas de poussée sévère.

**Faire réaliser dans un laboratoire d'analyse médical le bilan biologique suivant :**

Sérologies VHB (antigène HBs, anticorps anti-HBc), VHC, VIH et Syphilis (anticorps anti-tréponèmes).



## Le condylome anal externe

**IMIQUIMOD (ALDARA®) 5 % Crème**

Appliquer une couche mince sur les condylomes externes trois fois par semaine (par exemple : le lundi, le mercredi et le vendredi ; ou bien le mardi, le jeudi et le samedi), le soir, en massant jusqu'à pénétration complète de la crème.

Le matin enlever la crème imiquimod avec de l'eau et un savon doux.

Il est nécessaire de se laver soigneusement les mains avant et après l'application de la crème.

Jusqu'à disparition complète des lésions, sans dépasser 16 semaines de traitement.

**Faire réaliser dans un laboratoire d'analyse médical le bilan biologique suivant :**

Sérologies VHB (antigène HBs, anticorps anti-HBc), VHC, VIH et Syphilis (anticorps anti-tréponèmes).

## Le vaccin anti-HPV

**Vaccin nonavalent (Gardasil 9®)**

- Recommandé et remboursé chez tous les garçons et filles de 11 à 14 ans (2 doses, M0, M6).
- Un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans (3 doses, M0, M2, M6).
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans (3 doses, M0, M2, M6).

**Merci à l'honorable Dr François PIGOT pour l'aimable relecture.**

*Pour plus d'informations lire le mini guide des urgences en proctologie de la SNFCP dont l'article s'est librement inspiré :*

*<https://www.snfc.org/actualites/mini-guide-des-urgences-en-proctologie/>*



# Présentation de l'association ACABi



**A**CABi (Association pour l'étude des Cancers et Affections des voies Biliaires) est une association loi 1901 créée en octobre 2018. Sur le modèle du Club Français du Pancréas, elle réunit cliniciens (gastroentérologues, chirurgiens, oncologues, radiologues, anatomopathologistes) et chercheurs travaillant sur la thématique des voies biliaires, pathologies rares, hétérogènes, de mauvais pronostic, et dont la prise en charge est multidisciplinaire, relevant souvent de centres experts.

## L'association ACABi a pour objet

- D'être un lieu privilégié de communication et d'échanges entre chercheurs et cliniciens francophones intéressés par les pathologies des voies biliaires particulièrement les cancers des voies biliaires ;
- D'assurer la coordination d'actions de formation, de recherche et de prévention dans le domaine des pathologies des voies biliaires ;
- De contribuer à la constitution d'une communauté de cliniciens et chercheurs en relai national vers des groupes de travail européens (European Network for the study of Cholangiocarcinoma) ou internationaux (Cholangiocarcinoma Foundation) sur la même thématique.

Les membres de l'association ACABi comprennent des représentants des différents groupes coopérateurs en oncologie digestive de l'intergroupe PRODIGE (Fédération Francophone de Cancérologie Digestive, GERCOR, UNICANCER-GI), de l'Association Française pour l'étude du foie (AFEF) et de l'Association de Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique et Transplantation Hépatique (ACHBT). Des réunions ont été

organisées 2 fois par an depuis sa création (aux JFHOD et à l'ESMO) pour échanger sur les projets.

Parmi les principaux projets en cours et à venir, qui peuvent faire l'objet de travaux de thèses ou de Master pour les internes en médecine :

- Des projets collaboratifs et des enquêtes de pratiques portant sur le parcours des patients atteints de ces pathologies rares. Ainsi, une communication a déjà eu lieu aux JFHOD 2022 après un sondage auprès des oncologues, gastroentérologues et chirurgiens digestifs français.
- La Cohorte PronoBil (NCT04935853) qui est une base de données cliniques avec possibilité d'accès à des échantillons sanguins et tumoraux, rétro-prospective, validée au CPP en mai 2021 ; elle est dotée d'un eCRF couvrant toutes les étapes de la prise en charge, permettant de mener à bien de nombreux projets de recherche, notamment l'étude des caractéristiques clinico-biologiques des patients « jeunes » (early-onset, de moins de 50 ans), la mise en commun des données issues de RCP moléculaires nationales, l'étude de l'efficacité et de la tolérance de thérapies anti-FGFR2 dans la

vraie vie. Elle permet également le partage d'échantillons tumoraux pour des projets translationnels, notamment le projet MicrobioCCA qui étudie le microbiote intra-tumoral des cholangiocarcinomes intra-hépatiques opérés.

- Ainsi que des projets ancillaires s'appuyant sur les études cliniques PRODIGE.

La 1<sup>ère</sup> journée scientifique de l'association ACABi a eu lieu à Paris le 21 septembre 2022. L'événement aura vocation à devenir récurrent et les internes y sont bien entendus conviés !

Un grand merci au Dr Cindy Neuzillet (MCU-PH, Institut Curie, Paris) pour cette présentation.

### Plus d'informations sur ACABi

Dr Cindy Neuzillet – Présidente  
[cindy.neuzillet@curie.fr](mailto:cindy.neuzillet@curie.fr)

Dr David Malka – Vice-président  
[david.malka@imm.fr](mailto:david.malka@imm.fr)

Dr Julien Edeline – Vice-président  
[j.edeline@rennes.unicancer.fr](mailto:j.edeline@rennes.unicancer.fr)

Dr Anthony Turpin – Trésorier  
[anthonyturpin@chru-lille.fr](mailto:anthonyturpin@chru-lille.fr)

Dr Marine Camus – Secrétaire  
[marine.camus@aphp.fr](mailto:marine.camus@aphp.fr)

### Site web

<https://acabif.wordpress.com>  
(actuellement en cours de construction)

# Histoire du syndrome de renutrition inappropriée... Le saviez-vous ?



Johanna POKOSSY EPEE

Avec un grand merci  
au Dr Thomas MOUILLOT  
(MCU-PH, CHU Dijon)  
pour la relecture

## Quelques rappels physiopathologiques :

Le syndrome de renutrition inapproprié (SRI) désigne un ensemble de complications métaboliques survenant chez le sujet dénutri lors de la réintroduction d'apports énergétiques. Il peut survenir quel que soit le mode de réalimentation choisi : oral (13 %), entéral (21 %) ou parentéral (36 %). Il est lié au passage de l'organisme d'un état de catabolisme à anabolisme<sup>1,2</sup>.

En situation physiologique, le phosphore, le magnésium, le potassium et le calcium sont impliqués dans la composition des membranes cellulaires, la production, le transport et la mise en réserve de l'énergie des cellules.

En situation de dénutrition, si l'apport en glucose est brutalement augmenté (= lors de la renutrition principalement... mais également lors d'une perfusion de glucosé!), la forte sécrétion d'insuline déclenche une entrée massive de phosphore, de potassium de calcium et de magnésium dans les cellules pour la production d'ATP (qui par ailleurs utilise la vitamine B1 comme cofacteur), aggravant les carences déjà présentes, surtout dans les organes les plus sensibles : le cerveau et les muscles (dont le cœur et le diaphragme). Ces dernières s'ac-

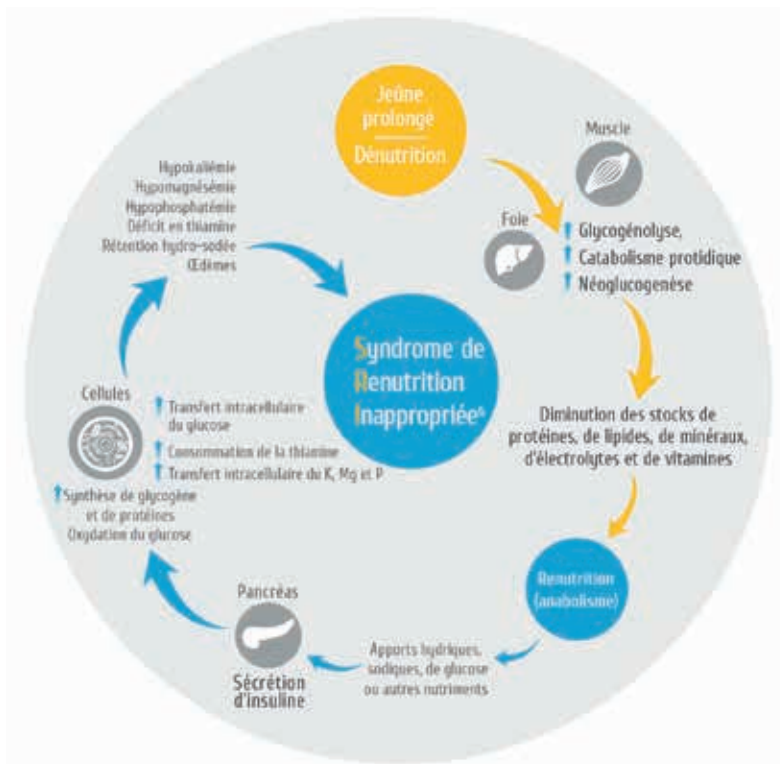
compagnent d'une importante rétention hydrosodée. Les premières manifestations sont des troubles électrolytiques sévères et un état d'hypervolémie (pouvant aller de légers OMI à l'anasarque), responsables en l'absence de prévention et de traitement à des défaillances d'organes : troubles neurologiques, insuffisance cardiaque congestive, hépatique, respiratoire, etc. voire au décès (10 à 40 % selon les séries)<sup>3,4,5,6</sup>.

Tout sujet dénutri, ayant perdu > 15 % de son poids en < 6 mois, un IMC < 16 kg/m<sup>2</sup>, ne s'alimentant plus depuis > 10 jours ou présentant une hypomagnésémie, hypophosphorémie ou hypokaliémie avant le début de la renutrition doit être considéré à risque de SRI (critères majeurs de NICE<sup>7</sup>). Est également à risque élevé de SRI le sujet

présentant au moins deux caractéristiques parmi : IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, perte de poids involontaire de 10 % à 15 % en 3 à 6 mois, jeûne ou nutrition très réduite depuis 5 à 10 jours, antécédent d'alcoolisme, d'insulinothérapie, de chimiothérapie, de traitement diurétique et/ou antiacides (critères mineurs de NICE<sup>7</sup>).

Pour prévenir le SRI, il est nécessaire de réaliser un dosage du phosphore, du potassium, du magnésium et de supplémenter d'éventuelles carences le cas échéant, AVANT d'initier la renutrition. Une supplémentation systématique en vitamine B1 est également recommandée à la phase initiale. Enfin, il

conviendra de procéder à une réalimentation progressive par paliers d'apports caloriques, avec une surveillance régulière du bilan biologique à chaque augmentation<sup>8</sup>.



Source : Guide « Syndrome de Renutrition Inappropriée de l'adulte », rédigé par le Dr Patrick BACHMANN et le comité Educationnel et de Pratique Clinique de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme : [www.sfnm.org](http://www.sfnm.org)

Les premiers cas de syndrome de renutrition inappropriée (SRI) ont été décrits dans la littérature bien des siècles avant que l'entité ne soit clairement identifiée, étudiée et définie par la Médecine moderne. Les périodes de sortie de famine ont en effet attiré l'attention sur les dangers d'une réalimentation trop rapide de populations sévèrement dénutries et affamées<sup>6, 8</sup>.

Le SRI a été documenté pour la première fois au I<sup>er</sup> siècle après Jésus-Christ par l'historien juéo-romain Flavius Josèphe. Il décrivait comment des détenus hébreux, parvenus à s'échapper de prisons romaines, sont morts une fois libérés, après avoir mangé de

façon excessive. Il constata que la majorité des décès était survenue chez ceux qui s'étaient gavés, contrairement à ceux qui étaient parvenus à maîtriser leur appétit<sup>9</sup>.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, même constat après observation de Français prisonniers des Prussiens, à qui furent livrées d'importantes quantités de nourriture après une période de jeûne : « Ce samedi-là, d'ailleurs, la disette cessa. [...] La nuit tomba, qu'on mangeait encore, et l'on mangea jusqu'au lendemain matin. Beaucoup en crevèrent », La débâcle, Emile Zola (1892).

Il faudra attendre encore cinquante ans pour que les premiers

cas cliniques soient publiés dans la littérature médicale ! Des médecins décrivent pour la première fois des manifestations cliniques (HTA, œdèmes, ascite, décès par anasarque ou tableaux d'insuffisance cardiaque) associées à la réalimentation orale de la population affamée lors du siège de Leningrad<sup>10, 11</sup>. Même constat chez des prisonniers de guerre japonais après la fin de la Seconde Guerre mondiale<sup>12</sup> et chez des sujets rescapés de camps de concentration nazis<sup>13</sup>, chez qui on décrit également des symptômes neurologiques (paresthésies, paralysies, crises convulsives, coma,...).

C'est ainsi qu'en 1945, fut conduite la « Minnesota starvation

experiment », seule expérimentation autorisée chez l'homme : l'équipe du Dr Key a provoqué, par restriction alimentaire volontaire pendant vingt-quatre semaines chez des militaires volontaires sains, un amaigrissement de 25 % du poids corporel total. Leur réalimentation, même surveillée et progressive, fut marquée par d'authentiques tableaux d'insuffisance cardiaque<sup>14</sup>, entre autres.

C'est finalement dans les années 1970 qu'apparaît le terme de « Syndrome de renutrition inappropriée » (ou « Refeeding Syndrome »), avec les débuts de la nutrition parentérale. En 1981,

Weinsier et Krumdieck décrivent la forme classique du SRI chez deux patientes dénutries chroniques chez lesquelles une nutrition parentérale (NPE) a été instituée et qui ont développé des complications cardiovasculaires, respiratoires et neurologiques dans les 24 heures suivant l'introduction de la NPE, conduisant finalement à leur décès<sup>15</sup>... Pour la première fois, les auteurs relient la survenue de ces complications à une hypophosphatémie profonde. Le terme d'« hypophosphatémie de renutrition » aurait d'ailleurs initialement été proposé pour désigner ce que l'on nomme désormais le SRI, et nous savons bien que l'hypophospha-

témie est l'anomalie biologique la plus fréquente, la plus précoce et la plus évocatrice du syndrome de renutrition.

Voilà donc deux mille ans que le premier syndrome de renutrition inappropriée a été observé sans support scientifique, un demi-siècle qu'il est désormais bien identifié, étudié, défini puis que des mesures de prévention et de traitement ont été publiées ... Et pourtant il est encore largement sous-diagnostiqué et responsable de 10 à 40 % de mortalité selon les séries... Faisons mieux !

## Références

1. « Nutrition et cancer : qu'est-ce que le SRI ? » Ecole des sciences du cancer, Institut Gustave Roussy. <https://www.youtube.com/watch?v=ABznxy05Fkw>
2. Guide « Syndrome de renutrition inappropriée de l'adulte », Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme.
3. AC Barras-Moret, E Guex, P Coti Bertrand : Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention ; Nutrition clinique et métabolique. 2011 ; 25 ; 86-90. Doi : 10.1016/j.nupar.2011.04.006.
4. A Rouget, JM Conil, V Fouss : Le syndrome de renutrition inappropriée. Médecine des maladies métaboliques. 2016;10(7):654-8.
5. Z Stanga et al : Nutrition therapy in the patient with refeeding syndrome: practical guidance. 38th ESPEN Congress 2016.
6. T Mouillot, MC Brindisi, C Chambrier, S Audia, L Brondel, Syndrome de renutrition inappropriée. La Revue de Médecine Interne Volume 42, Issue 5, 2021. Doi 10.1016/j.revmed.2020.12.012.
7. Nice guidelines: Nutrition support in adults : Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. [www.nice.org.uk/guidance/cg32](http://www.nice.org.uk/guidance/cg32). 2006.
8. HM Mehanna, J Moledina, J Travis : Refeeding syndrome : what it is, and how to prevent and treat it. BMJ 2008;336;1495-1498 ; doi: 10.1136/bmj.a301.
9. ME Shils, M Shike, AC Ross, B Caballero, RJ Cousins : Modern Nutrition in Health and Disease by. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins: 2006. 211-221. ISBN 978-0781741330.
10. J Brozek, S Wells, A Keys. Medical aspect of semi-starvation in Leningrad (siège 1941–1942). Am Rev Soviet Med 1946;4:70–86.
11. J Brozek, BC Chapman, A Keys. Drastic food restriction. JAMA 1948;137:1569–74.
12. MA Schnitker, PE Mattman, TL Bliss. A clinical study of malnutrition in Japanese prisoners of war. Ann Intern Med. 1951;35:69–96.
13. G Burger et al. Malnutrition and starvation in Western Netherlands, September 1944–July 1945 (1948).
14. A Keys. The biology of human starvation, vol. 1–2. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1950.
15. RL Weinsier, CL Krumdieck. Death resulting from overzealous total parenteral nutrition: the refeeding syndrome revisited. American Journal of Clinical Nutrition. 1981;34(3):393-399.

# Prescription de l'anticoagulation et de l'anti-agrégation avant et après un geste en endoscopie digestive



Nicolas RICHARD



Clémence DESCOURVIÈRES

Avec un grand merci au Dr Olivier GRONIER  
(Président de la SFED, Centre d'Endoscopie Digestive  
Ambulatoire de Strasbourg) pour la relecture

La gestion des anticoagulants et des antiagrégants en endoscopie digestive est une problématique fréquente qui a fait l'objet de recommandations européennes de l'ESGE en 2021 et d'un webinar de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) en 2022 (accessible en replay pour les adhérents SFED)<sup>1, 2</sup>. La présente mise au point a pour vocation de retranscrire les cas les plus fréquemment rencontrés dans la pratique courante de l'endoscopie en dehors du cas d'une hémorragie digestive aiguë.

## L'anti-agrégation plaquettaire

Concernant l'anti-agrégation, tous les gestes endoscopiques sont réalisables sous aspirine, certains nécessiteront l'arrêt des antagonistes des récepteurs P2Y12<sup>2</sup> (cf. tableau).

**Une exception** cependant, l'**ampullectomie**, pour laquelle, l'arrêt de tout antiagrégant est recommandée à J-5 de la procédure endoscopique<sup>2</sup>. En cas de double anti-agrégation, un relais par aspirine sera à prévoir pour les procédures à fort risque et celle à très haut risque. Cependant, en cas de cumul d'une procédure à haut risque et d'un haut risque de thrombose

(stent actif de moins d'un an ou nu de moins d'un mois), l'arrêt de l'anti P2Y12 conduit à un haut risque de thrombose<sup>1</sup>. Dans ce cas, une concertation avec le cardiologue s'impose.

## L'anticoagulation

Pour les anti-vitamine K (AVK), leur arrêt est discuté pour les gestes à faible risque hémorragique (recommandation modérée de poursuite de l'ESGE<sup>2</sup>, proposition d'arrêt à J-1 de la SFED). En revanche, en cas d'arrêt, le relai systématique de toute anticoagulation, quelle que soit son indication est à éviter. En effet, la stratégie d'ajout temporaire d'héparine expose le patient à

un surrisque hémorragique du fait de la potentialisation des effets de l'héparine et de l'AVK, même arrêté quelques jours auparavant<sup>3</sup>. Donc, chez les patients pour lesquels le risque thrombotique dépasse le risque hémorragique un relai de l'AVK pourra être effectué par héparine (héparine non fractionnée (HNF) sous cutanée (calciparine) ou intraveineuse ou une héparine de bas poids moléculaire (HBPM)). **Les patients concernés à haut risque de thrombose** sont ceux porteurs d'une valve mécanique<sup>4</sup>, les patients avec une fibrillation atriale et soit avec un antécédent d'AVC ou d'AIT de moins de 3 mois, soit avec un score CHADS2  $\geq 5$



(C : insuffisance cardiaque-1 point ; H : HTA-1 point ; A : Âge  $\geq$ 75 ans-1 point ; D : Diabète-1 point ; S : AVC/ AIT- 2 points) et ceux avec un accident thrombo-embolique veineux de moins de 3 mois ou intervenu sous anticoagulants<sup>2</sup>. Dans ces cas, la dernière injection d'HBPM sera administrée la veille de l'endoscopie **au matin** et la dernière injection de calciparine la veille de l'endoscopie **au soir**.

Pour les anticoagulants oraux directs, le détail est retranscrit dans le tableau mais il n'y a pas de relai à prévoir en péri-opératoire. Cette

période de pause thérapeutique est associée à un faible taux d'effets indésirables hémorragiques ou thrombotiques<sup>5</sup>. Des ajustements sont à apporter selon le type de geste réalisé et la fonction rénale du patient<sup>6</sup>.

## Quand discuter de manière pluridisciplinaire ?

**Le report du geste endoscopique peut aussi être une des stratégies à discuter avec le cardiologue** pour les gestes non urgents chez les patients à haut risque cardiovas-

culaire. Une concertation avec le cardiologue traitant est nécessaire pour les patients porteurs d'un stent nu de moins de 6 semaines, ceux victimes d'un infarctus du myocarde ou porteur d'un stent actif de moins de 6 mois, ceux ayant déjà développé une thrombose sous bi-agrégation plaquettaire et ceux porteurs de plus de 3 stents ou de plus de 6 cm de stent.

La présente mise au point est une proposition de synthèse sur le sujet traité et non une recommandation de prise en charge.

**Tableau récapitulatif de la gestion de l'anticoagulation et de l'anti-agrégation en endoscopie digestive**

	Arrêt selon le type d'endoscopie			Relai avant le geste ?	Poursuite du relai ?	Quand reprendre ?
	Faible risque	Fort risque	Très haut risque			
<b>Médicaments</b>	FOGD, colo +/- biopsie, CPRE sans SE, EE sans ponction ; prothèse digestive	Polypectomie, DSM ; gastrostomie ; CPRE avec SE ; EE avec ponction, ligature VO, dilatation	Ampullectomie			
<b>Aspirine</b> (Kardegic®, Résitune®)	<b>Poursuite</b> (arrêt si prévention primaire)		<b>Arrêt à J-5</b>	<b>Aucun relai</b>	<b>Aucun relai</b>	<b>À J+1 ou J+2</b>
<b>Anti P2Y12</b> (Brilique®/Ticagrelor ; Effient®/Prasugrel ; Plavix®/Clopidogrel)	<b>Pas d'arrêt</b>	<b>Arrêt à J-7</b> <b>Sauf</b> stent actif <1 an ou nu <1 mois ( <b>avis cardio</b> )	<b>Arrêt à J-5 ou J-7</b>	<b>Aspirine</b>	<b>Oui, Aspirine</b>	<b>À J+1 ou J+2</b>
<b>Anti-Vitamine K</b> (Coumadine®/ Warfarine ; Previscan®/ Fluidione ; Sintron®/ Acénocoumarol)	<b>Arrêt à J-1</b> ou <b>poursuite</b> si haut risque de thrombose	<b>Arrêt à J-5</b>		<b>Aucun</b> sauf <b>Si haut risque de thrombose</b> <b>Héparine</b> jusqu'à J-1 (pour les formes SC) <b>Vérifier</b> que l' <b>INR&lt;1,5 à J-1 ou J-0</b>	<b>Poursuite</b> héparine si prescrite avant le geste	<b>À J0 le soir</b> , Arrêt de l'héparine une fois l'INR cible atteint
<b>Anti-Xa</b> (Eliquis®/Apixaban ; Xarelto®/ Rivaroxaban)	<b>Dernière prise à J-1 le matin</b>	<b>Arrêt à J-3</b>		<b>Aucun relai</b>	<b>Aucun relai</b>	<b>Procédure à faible risque</b> : reprise à partir de H+6
<b>Anti-IIa</b> (Pradaxa®/ Dabigatran)		<b>Arrêt à J-4</b> (ou <b>J-5</b> si DFG<50ml/min)				<b>Procédure à fort risque</b> : reprise à la dose curative à J+2 ou J+3

**Abréviations** : CPRE : Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique ; DSM : dissection sous-muqueuse ; EE : ÉchoEndoscopie ; FOGD : Fibroscopie OesoGastroDuodénale ; SC : sous-cutanée ; SE : Sphinctérotomie Endoscopique ; VO : Varices Oesophagiennes.

**Haut risque de thrombose :** Patients porteurs d'une valve mécanique, patients avec une fibrillation atriale soit avec un antécédent d'AVC ou d'AIT de moins de 3 mois, soit avec un score CHADS2  $\geq 5$  (C : insuffisance cardiaque-1 point ; H : HTA-1 point ; A : Âge  $\geq 75$  ans-1 point ; D : Diabète-1 point ; S : AVC/AIT- 2 points) et ceux avec un accident thrombo-embolique veineux de moins de 3 mois ou intervenu sous anticoagulants.

### Références

1. Gestion des antiagrégants et anticoagulants en endoscopie (Recommandations ESGE). FMC-HGE. Accessed August 12, 2022. <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/gestion-des-antiagregants-et-anticoagulants-en-endoscopie-recommandations-esge-2/>
2. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. *Endoscopy*. 2021;53(9):947-969. doi:10.1055/a-1547-2282.
3. Rechenmacher SJ, Fang JC. Bridging Anticoagulation. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(12):1392-1403. doi:10.1016/j.jacc.2015.08.002.
4. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(2):252-289. doi:10.1016/j.jacc.2017.03.011.
5. Douketis JD, Spyropoulos AC, Duncan J, et al. Perioperative Management of Patients With Atrial Fibrillation Receiving a Direct Oral Anticoagulant. *JAMA Intern Med*. 2019;179(11):1469-1478. doi:10.1001/jamainternmed.2019.2431.
6. Albaladejo P, Bonhomme F, Blais N, et al. Management of direct oral anticoagulants in patients undergoing elective surgeries and invasive procedures: Updated guidelines from the French Working Group on Perioperative Hemostasis (GIHP) - September 2015. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2017;36(1):73-76. doi:10.1016/j.accpm.2016.09.002

# DIU de pancréatologie médico-chirurgicale



Clémence Descourvières

Avec un grand merci au  
Pr Sébastien GAUJOUX,  
PU-PH chirurgien digestif à  
l'hôpital de la pitié salpêtrière  
(AP-HP) et coordinateur du DIU

Pourquoi ce DIU en tant qu'interne de gastro ? La pancréatologie est encore peu enseignée à l'externat, et trop peu pendant l'internat, alors que les pathologies cancéreuses et non cancéreuses sont de plus en plus fréquentes... qui n'a d'ailleurs pas déjà eu une demande d'avis pour découverte de « lésion kystique du pancréas » ? Ce DIU permet, en 5 séminaires, de couvrir avec précision l'ensemble des maladies du pancréas, grâce à des intervenants de qualité, le tout dans une ambiance très sympathique multidisciplinaire.

Le DU est organisé en 5 séminaires (présentiel) de 2 jours et demi, du jeudi matin au samedi matin, à Paris, autour de 5 thématiques :

- **Du 13 au 15 octobre** : Tumeurs solides du pancréas et adénocarcinomes pancréatiques : rappels de physiologie gastro-duodéno-pancréatique, anatomopathologie, sémiologie radiologique, prise en charge des formes résecables, borderline, localement avancées et métastatiques.

## Des bases théoriques à la pratique clinique (Université Paris Cité – Médecine Sorbonne Université)

Ce DIU est coordonné par les Professeurs Gaujoux et Sauvanet, chirurgiens du pancréas, et organisé avec les Pr Bachet, Prat et Rebours (gastro-entérologues spécialisés en oncologie, endoscopie et pancréatologie).

- **Du 17 au 19 novembre** : Tumeurs kystiques du pancréas. Cours théoriques, ateliers pratiques et démonstrations interactives à l'hôpital Beaujon, à la Pitié Salpêtrière ou à l'hôpital Tenon (services de radiologie, médecine nucléaire, anatomopathologie, chirurgie, endoscopie).
- **Du 26 au 28 janvier** : Tumeurs neuroendocrines du pancréas : cours théoriques d'anapath, imagerie, et sur les conduites à tenir en fonction des grades et stades...  
+ des ateliers pratiques à Beaujon/la Pitié/Tenon.
- **Du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril** : Pancréatites aiguës et chroniques : rappel de physiopathologie, cours de sémiologie radiologique et de prise en charge des formes bénignes à graves, avec des focus addicto et traitements médicamenteux.
- **Du 11 au 13 mai** : Situations difficiles et nouveautés en pancréatologie, avec le best of des derniers articles publiés.  
**Évaluation écrite (1h) et soutenance des mémoires le 13 mai.**

↳ **Les +** : Qualité et niveau des enseignements théoriques autant que les sessions pratiques au sein de services experts. L'ambiance conviviale.

↳ **Les -** : Coûts cachés du DU pour les internes non parisiens (transport, logement, nourriture).

### Infos pratiques

Date limite des inscriptions : 1/10/2022

- Modalités d'inscription : demande à envoyer accompagnée d'un bref CV (1 page) à [sebastien.gaujoux@aphp.fr](mailto:sebastien.gaujoux@aphp.fr). Inscription administrative (870€ pour les internes, 1620€ pour les seniors) à l'université de Paris ou de la Sorbonne par la suite.
- Lieu des cours : hôpital de la Pitié Salpêtrière ou Faculté de médecine Bichat, site Villemin.
- Validation : présentiel + examen final de contrôle de connaissance + mémoire type mini revue d'une quinzaine de pages à soutenir en 5-10 minutes.

# La Formation Spécialisée Transversale (FST) d'Oncologie



Anais JENVRIN



Clémence DESCOURVIÈRES

Les Formations Spécialisées Transversales (FST) sont des options qui permettent de compléter son cursus et d'acquérir une sur-spécialité. Elles doivent être réalisées pendant la phase d'approfondissement (entre la 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année d'internat), sans ajout d'année supplémentaire pour notre spécialité. Il faut réaliser deux stages spécifiques, le plus souvent consécutifs pendant l'année d'inscription en FST. Chaque interne ne peut faire qu'une FST, et quatre sont accessibles pour notre spécialité : cancérologie adulte, nutrition appliquée, addictologie et soins palliatifs.

Ces FST remplacent les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires ou DESC qui étaient réalisés avant la réforme du 3<sup>e</sup> cycle.

Nous devons très souvent prendre en charge dans notre spécialité des patients atteints de cancers digestifs : que ce soit en ville ou à l'hôpital, du diagnostic en endoscopie ou à l'imagerie, jusqu'au traitement et suivi.

La formation spécialisée transversale de cancérologie adulte permet d'acquérir le droit à la

primo-prescription des chimiothérapies, et est le pré-requis à la réalisation des traitements médicaux anti-cancéreux et le suivi des patients atteints d'un cancer digestif.

La formation se compose actuellement de deux parties :

➤ La formation théorique :

- Un tronc commun à toutes les spécialités réalisant la FST avec des cours nationaux (en présentiel) et régionaux (selon la région en présentiel ou non).
- Pour notre spécialité, il faut :
  - › Valider des cours en E-learning sur SIDES (et non sur Elffe-theia).

- › Assister à des cas cliniques nationaux en distantiel.
- › Participer à au moins un congrès de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD). Ces congrès ont lieu 2 fois par an pendant 2 jours (<https://www.ffcd.fr/formation/cours-intensifs>).
- La formation pratique avec deux stages d'un semestre dans un service d'Oncologie médicale et un service de Radiothérapie. Ces services doivent avoir obtenu l'agrément.

Pour valider la FST, il faut bien sûr avoir réalisé les stages obligatoires et la formation théorique. Une mise en situation à partir d'un dossier clinique avec le coordinateur est aussi nécessaire. Enfin il faut avoir rédigé un mémoire ayant pour thème la cancérologie ou avoir fait une communication orale ou affichée à un congrès de cancérologie générale ou de spécialité.

Les places en FST de cancérologie adulte sont pour l'instant limitées, avec un nombre défini d'internes de toutes les spécialités concernées pouvant s'inscrire chaque année dans chaque région. Si la FST t'intéresse, il faut contacter ton coordinateur régional de DES afin connaître les modalités d'inscription et de validation dans ta ville.

Etonnamment, le nombre d'internes inscrits en FST est en nette décroissance... alors que l'incidence de tous les cancers digestifs ne fait qu'augmenter ! Nous avons pu échanger cet été avec le Conseil National Professionnel d'Hépatogastro-entérologie pour faire un état des lieux dans chaque subdivision, afin d'optimiser les modalités d'inscription et de validation de cette FST.

#### Les pistes de réflexion qui sont actuellement discutées sont :

1. L'augmentation de la durée possible pour valider la FST et de permettre la validation de stages ou d'enseignements réalisés avant l'inscription en FST ainsi que la possibilité de pouvoir valider les stages en phase de consolidation.
2. La suppression de l'obligation des cours SIDES e-learning, redondants et désuets par rapport aux cours nationaux sur 4 demi-journées à valider en visio.
3. La programmation de ces demi-journées de cas cliniques interactifs sur le semestre d'hiver et d'été, tout comme les cours intensif de la FFCD dans la mesure du possible, pour étaler les impératifs sur l'année.
4. De ne pas exiger que des enseignements locaux soient obligatoires pour valider la FST.
5. Le passage à un stage de 3 mois de radiothérapie en alternance avec un stage d'oncologie médicale ou digestive.
6. La généralisation de la validation par l'évaluation orale plutôt que par mémoire, et de façon plus globale, de nationaliser les modalités de validation.
7. De s'assurer de la délivrance des diplômes par les universités.

Il nous paraît important de rappeler que sans FST de cancérologie, pas de primo prescription de chimiothérapie ! Cette 'plus-value' pour l'exercice de notre spécialité (et désormais même pour les hépatologues avec tous les nouveaux traitements du CHC) est par ailleurs très difficile à acquérir une fois l'internat terminé... Nous ne pouvons donc que vous encourager à vous renseigner le plus tôt possible pour anticiper votre maquette au mieux.

**Et en cas de difficulté, vous pouvez bien sûr nous contacter !**





# Une application qui m'a été utile : ONCOCLIC



**Johanna POKOSSY EPEE**

Avec nos remerciements au  
**Dr Jean-David FUMET**  
(oncologie médicale, CGFL, Dijon)  
pour la relecture.

J'ai eu la chance, au cours de mon année de FST, d'effectuer un semestre d'oncologie médicale au Centre Georges François Leclerc à Dijon et de rencontrer les deux médecins ayant conceptualisé et lancé l'application Oncoclic, un support de diffusion qui me sert quasiment au quotidien depuis.

Elle est organisée en quatre rubriques qui permettent de centraliser, classer et nous faciliter l'accès à de nombreuses informations et outils utiles au quotidien, avec pour but de nous informer et de nous accompagner, nous, professionnels de santé, afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

Tout hépato-gastro-entérologue en formation sera nécessairement confronté à la prise en charge de patients relevant d'oncologie digestive.

L'outil « ACTIS Oncology » (qui est déjà une prouesse et m'aurait suffi à lui tout seul pour vous recommander l'application) est un moteur de recherche des essais cliniques en oncologie en France. Il recense et permet un accès à tous les essais cliniques, triés par organes et par stade de la maladie, ouverts aux inclusions avec résumé du protocole, critères d'inclusion et d'exclusion. Il permet également

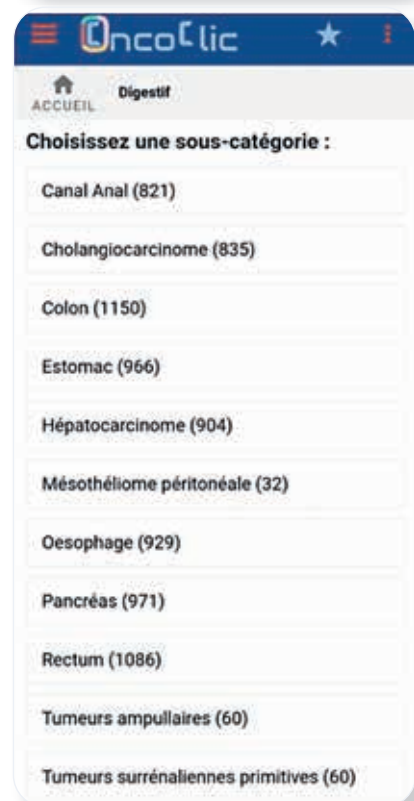
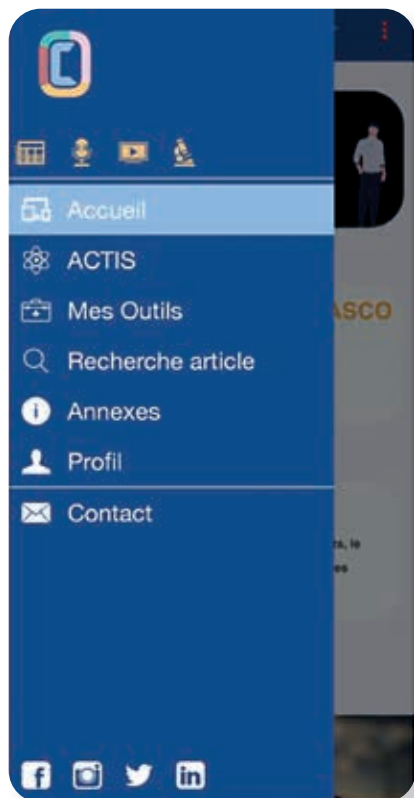
d'accéder aux coordonnées des établissements participants afin de leur adresser directement un patient si un essai en particulier n'était pas ouvert chez vous.

La rubrique « Mes outils » est divisée en neuf parties toutes utiles :

- L'onglet « Médicaments » permet un accès gratuit et illimité à la base de données publique des médicaments.



- Longlet « Manuel » comporte des fiches d'aides pour le diagnostic et la prise en charge des soins de support les plus courants (alopécie, anémie, mucite, compression médullaire, troubles du transit, dyspnée, gestion des G-CSF, etc...).



- Longlet « Livret de chimiothérapie » permet un accès aux fiches AIRHOP (rédigées par les équipes d'oncologie médicale et de radiothérapie du CHU de Poitiers) qui reprennent pour chaque molécule de chimiothérapie le mode d'action, l'élimination, les indications et contre-indications, l'éventuelle prémédication, les principales toxicités ainsi que les modalités de surveillance.
- Longlet « Protocoles » reprend les protocoles validés pour chaque système avec les posologies, la rythmicité, les principales toxicités et un lien vers les essais originaux ayant permis l'obtention de l'AMM.
- Longlet « Grades CTCAE » reprend, pour chaque type de toxicité des traitements anticancéreux la classification selon la dernière version du CTCAE, qui en grade la sévérité, en français.
- Longlet « Formules » est une calculatrice qui incorpore tous les scores et calculs que l'on utilise plus ou moins souvent : albuminémie corrigée selon la CRP, calcémie corrigée, déficit en eau libre/sodium, équivalence des corticoïdes, aide à l'interprétation de gaz du sang...
- Longlet « Conversion des opioïdes », qui se passe de description.
- Longlet « Classifications », où retrouver les TNM par organes.
- Longlet « Référentiels », avec un lien direct vers des référentiels sérieux et utiles (site de l'ESMO, Oncologik,...).

Les rubriques « Recherche article » et « Actualités » sont des outils de veille bibliographique mettant en lumière des résultats récents d'études innovantes attendues sous format écrit et/ou de podcast.

Enfin, l'application est gratuite (nécessite juste une inscription, pour s'assurer qu'elle est utilisée par des professionnels de santé) et accessible à la fois sur le Playstore pour les appareils Android et sur l'App Store pour les utilisateurs d'Apple.

Un grand merci aux Drs Jean-David Fumet et Siavoshe Ayati pour leur travail colossal, et à tous les internes et senior (médecins et pharmaciens) impliqués dans cet immense travail de suivi, recueil et synthèse quotidien, qui nous permettent un accès facilité pour proposer *in fine* à nos patients la prise en charge la plus optimale et innovante possible.

**Si vous souhaitez participer à la rédaction d'articles de synthèse, vous pouvez les contacter via : [contact@medicotech.fr](mailto:contact@medicotech.fr)**

Téléchargez la !



Si vous souhaitez vous aussi partager aux autres internes un outil numérique / une application qui vous a été utile en stage, n'hésitez pas à nous envoyer un mail à :

[afihge@gmail.com](mailto:afihge@gmail.com)

Photographie et iconographies : Oncolic®

# L'antibiothérapie dans certaines pathologies digestives



**Sami EL HACHEM**

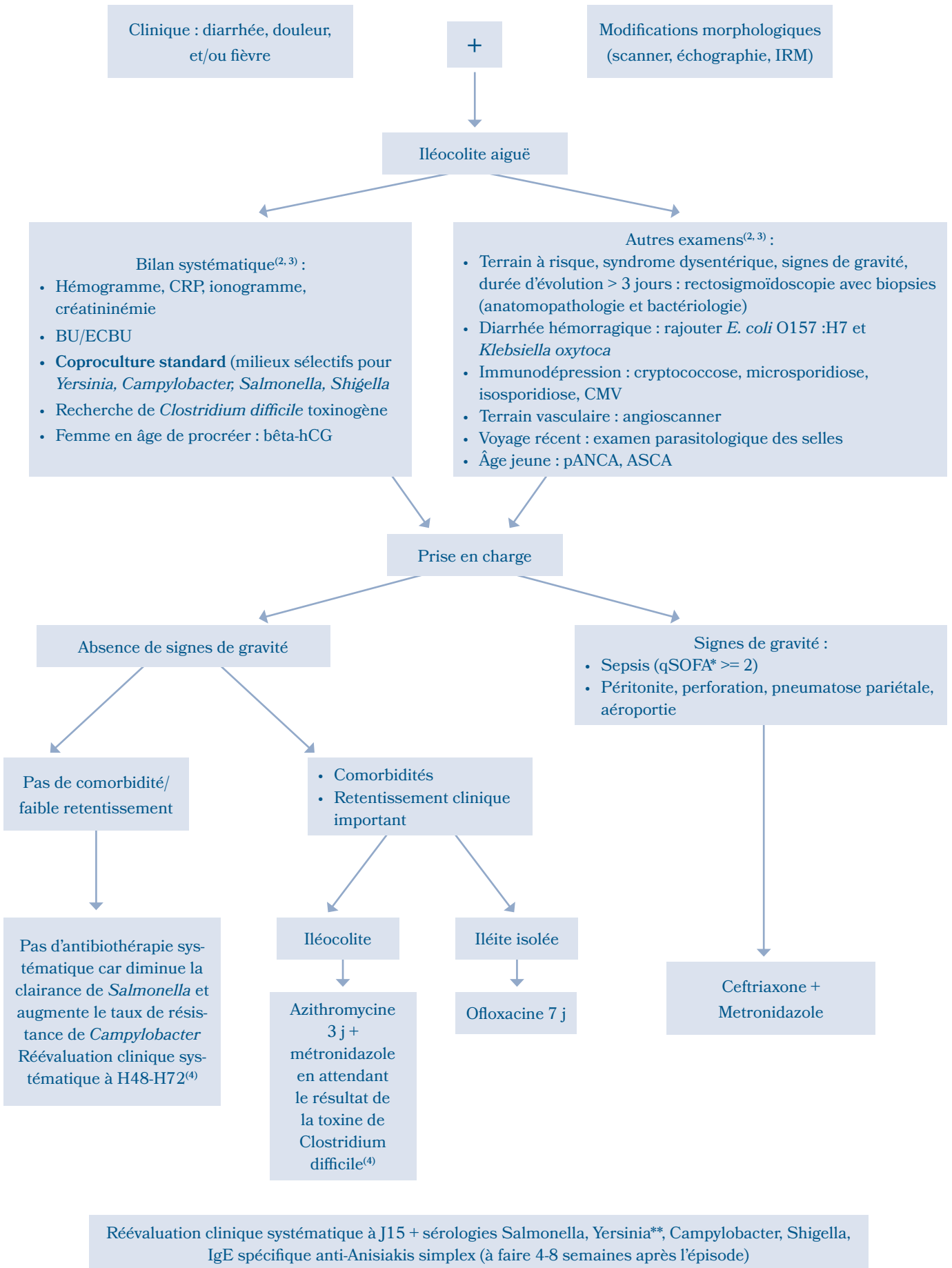
Avec un grand merci au Pr Barbara BOURNET (PU-PH, Chef du service de gastro-entérologie et de pancréatologie, CHU Toulouse) pour la relecture

## Iléocolites infectieuses bactériennes

La diarrhée infectieuse constitue un motif fréquent de consultation en médecine de ville. La présentation clinique, son degré de sévérité, le terrain du patient, et le profil de résistance des bactéries le plus souvent incriminées sont des éléments d'orientation auxquels tout gastro-entérologue doit être sensibilisé. L'antibiothérapie doit être introduite au bon moment, adaptée au germe en cause, en gardant à l'esprit l'impact écologique sur le microbiote du patient et sur l'écosystème bactérien.

Les bactéries le plus souvent retrouvées dans les iléocolites d'origine alimentaire chez l'adulte sont : *Campylobacter spp.*, *Salmonella enterica non typhi*, *Yersinia spp.*, *E. coli* producteur de SHIGA-toxine et *Shigella spp.* Les maladies infectieuses d'origine alimentaire sont responsables de 18 000 hospitalisations (norovirus, *Campylobacter spp.* et *Salmonella spp.* pour la majorité) et 300 décès (*Salmonella spp.* et *Listeria Monocytogenes* pour plus de la moitié) par an en France<sup>(1)</sup>.





\*qSOFA : PAS < 100, FR > 22/min, confusion

\*\*Sérologie Yersiniose a posteriori non spécifique car communauté antigénique avec Brucella et Salmonella

Bactérie	Mode de contamination	Clinique	Antibiothérapie
<i>Yersinia (Enterocolitica ou Pseudotuberculosis)</i>	Légumes crus, produits laitiers, viande de porc insuffisamment cuite <sup>(5)</sup>	Syndrome appendiculaire Diarrhée Erythème noueux Polyarthrite périphérique symétrique des membres inférieurs (HLA-B27) Jamais d'atteinte colique	Ofloxacine 7 j Alternative : Doxycycline 7 j Résistance naturelle aux macrolides <sup>(4)</sup>
<i>Salmonella (Enteridis non typhi ++)</i> <sup>(6)</sup>	Charcuterie, œuf, fromage <sup>(5)</sup> Contact direct avec un animal Plus rarement végétaux	Disparition sans traitement après 3-5 jours	Azithromycine 3 j <sup>(3)</sup>
<i>Campylobacter (Jejunii ++)</i> <sup>(7)</sup>	Volaille	Guérison spontanée en < 1 semaine le plus souvent Hommes de 30-39 ans ++, pic estival Atteinte colique systématique	Azithromycine 3 j Signe de gravité ou bactériémie : Amoxicilline/ Acide clavulanique Pas de fluoroquinolones car résistance > 60 % Résistance naturelle aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération <sup>(3)</sup>
<i>Shigella (Sonnei ++)</i> <sup>(8)</sup>	Transmission féco-orale (infection sexuellement transmissible dans la communauté HSH*)	Syndrome dysentérique aigu typique de début brutal	Selon Antibiogramme Ceftriaxone 5 j Alternative possible : Azithromycine 3 j Ciprofloxacine 3-5 j <sup>(3)</sup>
<i>E. coli</i> productrice de <i>Shiga-toxine</i> <sup>(9)</sup>	Aliments contaminés Transmission interhumaine Eau contaminée Contact avec des animaux porteurs et excréteurs de ces bactéries (bovins)	De la colite aqueuse à la diarrhée hémorragique Syndrome hémolytique et urémique	Indication discutée Possibilité de traiter par azithromycine 3 j <sup>(3)</sup>

#### Autres causes d'iléocolites infectieuses

- Virus
- Tuberculose
- Clostridium difficile
- Actinomycose
- Cryptococcose
- Microsporidiose
- CMV

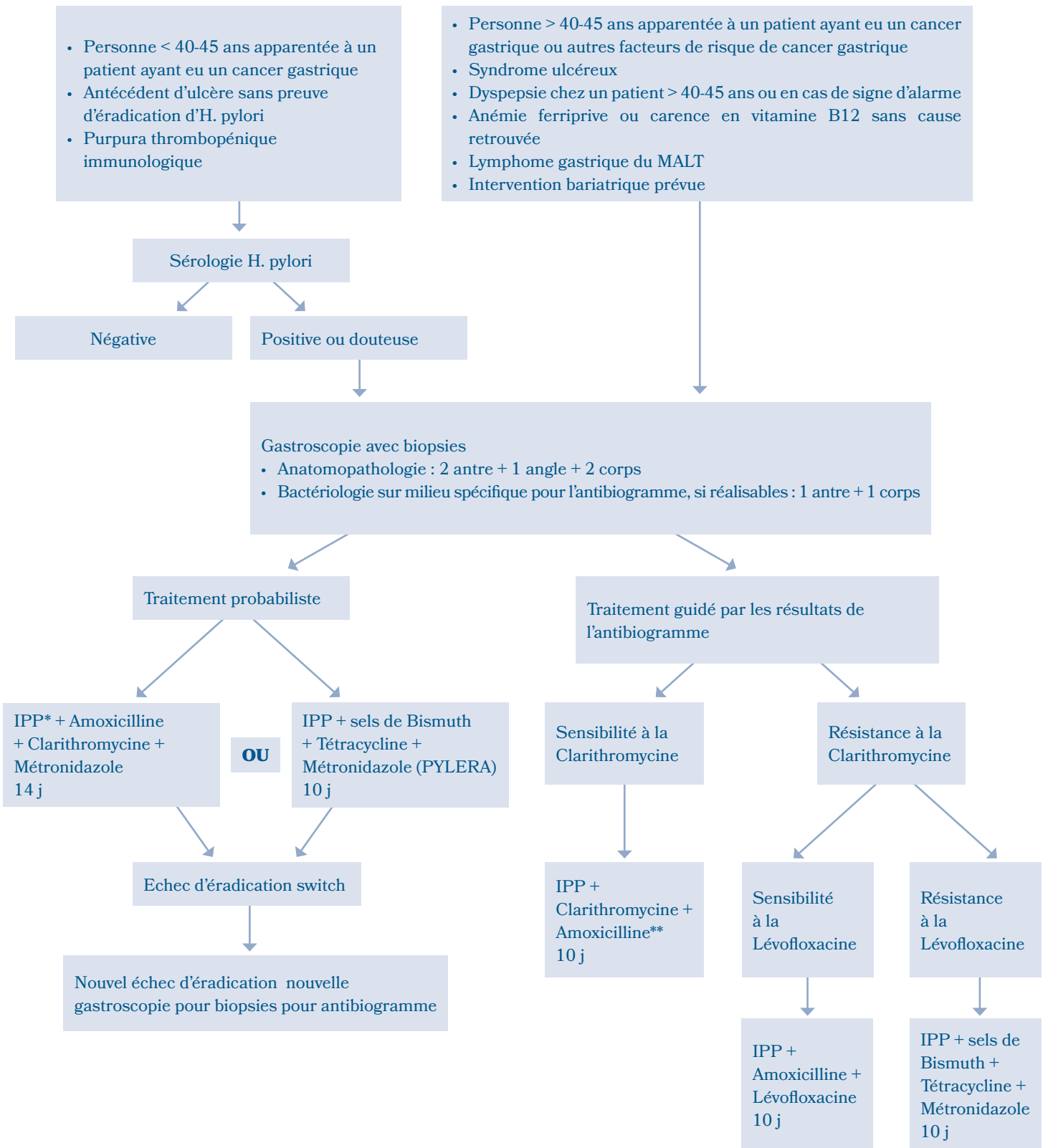
\*Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

## Infection à *Helicobacter pylori*

Cause essentielle de la maladie ulcéreuse, facteur de risque principal de l'adénocarcinome gastrique et cause de 80 % des lymphomes gastriques du MALT (tissu lym-

phoïde associé aux muqueuses), le dépistage et l'éradication d'*Helicobacter Pylori (H. Pylori)* constituent un enjeu de santé publique majeur. Le simple traitement anti-infectieux permet même la guérison des lymphomes MALT de bas grade. Le traitement pro-

phylactique ou idéalement guidé par l'étude de la sensibilité de la bactérie aux antibiotiques tient compte de son profil de résistance. Il s'agit d'un traitement non urgent, et à initier d'une manière différée chez la femme enceinte et allaitante<sup>(10, 11, 12)</sup>.



Contrôle d'éradication systématique au moins 4 semaines après la fin du traitement par le test respiratoire à l'urée marquée.

Toutes les méthodes diagnostiques SAUF la sérologie doivent être réalisées au moins :

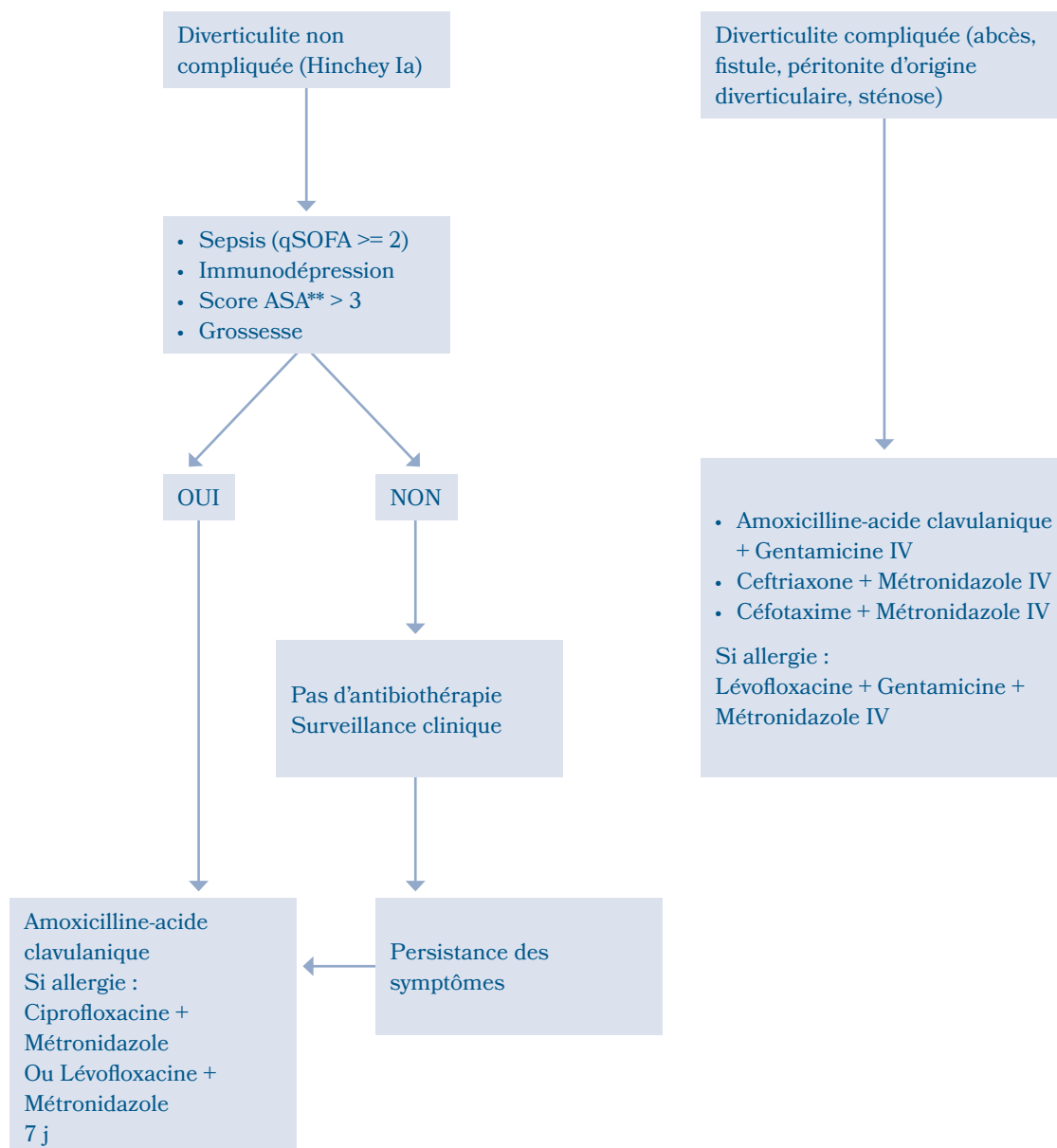
- 4 semaines après l'arrêt des antibiotiques
- 2 semaines après l'arrêt des antisécrétoires (IPP et anti-H2)

\*Inhibiteurs de la pompe à protons

\*\*Si allergie à l'amoxicilline : IPP + clarithromycine + métronidazole 10 j

## Diverticulite

La diverticulite est définie comme une surinfection d'un diverticule colique, de localisation sigmoïdienne dans la majorité des cas. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS ne préconisent pas d'antibiothérapie systématique dans la diverticulite non compliquée (Hinchey\* Ia au scanner), mais une prescription guidée par la sévérité du tableau clinique et le terrain du patient<sup>(13)</sup>.



\*Classification Hinchey. Ia : inflammation péricolique isolée, phlegmon ; Ib : abcès péricolique isolé (au sein du mésosigmoïde) ; II : abcès pelvien, intra-abdominal ou rétrocolique ; III : péritonite purulente généralisée ; IV : péritonite stercorale.

\*\*Classification ASA. 1 : patient normal ; 2 : patient avec anomalie systémique modérée ; 3 : patient avec anomalie systémique sévère ; 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ; 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention ; 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

## Bibliographie

1. Van C, Cauteren DV, Strat YL, Sommen C, Bruyand M, Tourdjman M, et al. Estimation de la morbidité et de la mortalité liées aux infections d'origine alimentaire en France métropolitaine, 2008-2013. Estim Morb Mortal Liées Aux Infect Orig Aliment En Fr Métropolitaine 2008-2013 2018.
2. Guillaume Bouguen, Conduite à tenir devant une iléite aiguë, Post-u 2017, Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie, disponible sur < [https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu\\_year/conduite-a-tenir-devant-une-ileite-aigue/](https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/conduite-a-tenir-devant-une-ileite-aigue/) >.
3. Laurent Siproudhis, Conduite à tenir lors d'un premier épisode de colite aiguë, Conseil de pratique 2014, SNFGE - GETAID - CREGG, disponible sur < <https://www.snfge.org/content/cp025-conduite-tenir-lors-dun-premier-episode-de-colite-aigue> >.
4. Nicolas BENECH, Jean Christophe SAURIN, Antibiothérapie en pathologie digestive : iléocolites infectieuses, diverticulite et appendicite, Post-u 2022, Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie, disponible sur < <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/antibiotherapies-en-pathologie-digestive-ileo-colites-infectieuses-diverticulites-et-appendicite/> >.
5. Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant, in ECN PILLY 2020, 6e édition, pages 259-266
6. Salmonelloses, site de l'institut Pasteur, disponible sur < <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/salmonellose> >.
7. Infections à Campylobacter : données épidémiologiques 2020, site santé publique France, publié le 6 avril 2022, disponible sur < <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/infections-a-campylobacter-donnees-epidemiologiques-2020> >.
8. Shigellose, site de l'institut Pasteur, publié en janvier 2022, disponible sur < <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/shigellose> >
9. Hubert Brugère, Frédéric Auvray, Patricia Mariani-Kurkdjian, Lisa A. King, Estelle Loukiadis, E. coli producteurs de shigatoxines (STEC) : définitions, virulence et propriétés des souches entérohémorragiques (EHEC), in BEH Hors-série 9 mai 2012, pages 20-25.
10. Lucie Bénéjat, Astrid Ducournau, Chloé Domingues Martins, Quentin Jehanne, Francis Mégraud, Alice Blosse, Émilie Bessède, Philippe Lehours, Épidémiologie de l'infection à Helicobacter pylori en France en 2020 : données de surveillance du CNR Campylobacters et Hélicobacters, in BEH 15, 12 octobre 2021, pages 275-282.
11. Diagnostic de l'infection par Helicobacter pylori chez l'adulte, recommandations HAS-CNPHGE, mai 2017, disponible sur < [https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/helicobacter\\_fiche\\_pertinence\\_diagnostic.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/helicobacter_fiche_pertinence_diagnostic.pdf) >.
12. Traitement de l'infection par Helicobacter pylori chez l'adulte, recommandations HAS-CNPHGE, mai 2017, disponible sur < [https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/helicobacter\\_fiche\\_pertinence\\_traitement.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/helicobacter_fiche_pertinence_traitement.pdf) >.
13. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique, recommandation HAS, novembre 2017, disponible sur < [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/fs\\_diverticulite\\_v5.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/fs_diverticulite_v5.pdf) >.

# Retour d'expérience du congrès Four Nations

“Four Nations meeting in Inflammatory Bowel Diseases”  
Malaga, Espagne



**Nathan GRELLIER**

Avec un grand merci  
au Pr Philippe SEKSIK  
(PU-PH, CHU Saint Antoine, Paris)

J'ai eu le plaisir de participer aux Four Nations meeting in Inflammatory Bowel Diseases (IBD) à Malaga du 28 avril au 1<sup>er</sup> mai 2022. Pour ceux qui ne connaissent pas encore les Four Nations, il s'agit de cours/ateliers dédiés aux internes, aux chefs de cliniques et assistants souhaitant approfondir leurs connaissances en termes de MICI. À l'origine, il s'agissait d'un événement créé à l'initiative de l'Italie destiné uniquement aux jeunes italiens souhaitant se former en MICI. Devant le succès des premières éditions, le comité a décidé d'inviter leurs amis latins : la France, l'Espagne puis le Portugal. Actuellement les Four Nations sont organisées une fois par an dans un des quatre pays membres. Durant cette édition, les ateliers étaient organisés par groupe de quinze personnes (internes, chef de clinique, assistant) de toutes nationalités. On comptait également dix experts de chaque pays pour animer, échanger et réfléchir aux différentes prises en charge possibles. Les échanges se faisaient

bien évidemment en anglais mais je vous rassure, j'ai été surpris de voir que les Français n'étaient pas nécessairement les plus mauvais dans la langue de Shakespeare. Très vite l'atmosphère était bienveillante et propice à l'interaction. Les quatre journées étaient organisées en cas cliniques entre-coupés de synthèses reprenant les recommandations actuelles en fonction des différentes situations vues au préalable. Cela nous permet d'avoir des idées claires mais aussi de voir ce que font nos voisins européens, tout en se questionnant sur notre pratique quotidienne. À titre personnel, je garde un très bon souvenir de l'édition de Malaga. Les petits groupes de travail permettent de vite briser la glace et de faire des rencontres enrichissantes. Il s'agit d'une parfaite combinaison entre une qualité d'enseignement pointue et une ambiance bon-enfant.

N'oublions pas la convivialité de nos amis Espagnols ! Le sud de l'Espagne est bien connu pour la fiesta ! Nous étions invités tous les soirs, pour dîner et passer un bon



moment ensemble. Un jour, lorsque je recroiserai mes collègues espagnols, italiens et portugais lors d'un futur congrès, ils se souviendront d'un interne français qui a brisé la vaisselle du restaurant pendant la dernière soirée des Four Nations de Malaga. Je leur dirai : « oui c'était moi, j'y étais... ».

Si vous êtes convaincus, les prochains Four Nations se tiendront en France durant le printemps 2023. Pour postuler il vous suffit d'être parrainé par un membre du GETAID puis de soumettre votre candidature au GETAID. Attention seul un interne par CHU est sélectionné.

Je remercie nos amis espagnols du GETECCU pour l'organisation des Four Nations et je leur dis à très bientôt.



Des Français à Malaga - Crédit photo © GETAID

# Les démarches administratives pour l'année de Master 2 recherche



Johanna POKOSSY EPEE

**T**u as décidé de faire une pause d'un an dans ton internat pour prendre le temps d'une année recherche ? Le maître mot est l'anticipation. En effet, l'inscription dans la majorité des Master 2 (M2) nécessite la validation d'un Master 1 (M1) en lien en amont et surtout... d'anticiper afin de se financer ! En effet, l'année recherche étant une année de disponibilité hors formation initiale, il s'agit d'un an sans salaire versé par l'hôpital.

## Trouver une équipe et un sujet de recherche

C'est probablement la partie la plus simple : quasiment tous les services hospitalo-universitaires sont à la recherche d'internes volontaires pour

une année recherche : tu n'auras donc que l'embarras du choix pour contacter une équipe travaillant sur le sujet qui t'intéresse particulière-

ment. Qu'il s'agisse d'HGE générale, MICI, nutrition, proctologie, endoscopie, oncologie, hépatologie... Tout est possible.

## Trouver un Master 2 en lien

Il existe des M2 divers et variés, quel que soit le type de recherche qui t'intéresse : clinique, fondamentale, translationnelle, ... Google sera ton ami ! Un autre moyen est également de se renseigner directement auprès des universitaires présents dans ton service, de nos sociétés savantes ou de venir rencontrer en présentiel des chefs lors des congrès ou formations.

Au passage, il existe également des M2 moins classiques, moins « universitaires », moins en lien avec notre pratique médicale quotidienne, mais qui peuvent permettre, selon tes centres d'intérêt, d'effectuer une vraie pause pour

étudier quelque chose de radicalement différent et/ou d'élargir ta culture générale : sciences humaines et sociales, philosophie, éthique, médecine humanitaire, ... L'intérêt du Master est aussi de prendre de la distance avec la clinique et d'éveiller sa curiosité.

Le Master s'obtient en validant des crédits (60 en M1 et 60 en M2 selon l'ECTS (European Credits Transfer System) en fonction des unités d'enseignement (UE) suivies et des stages effectués en laboratoire de recherche. La condition sine qua none pour s'inscrire en M2 est d'avoir validé un M1 en lien ou équivalent. Aujourd'hui, le

niveau M1 est acquis, en termes d'ECTS, avec la validation du DFGSM et permet donc théoriquement de postuler directement pour un M2. Cependant, ce n'est pas le cas pour tous les M2 : il est donc nécessaire de contacter (au moins un an avant l'année où tu veux commencer le M2) la scolarité responsable du M2 qui t'intéresse pour savoir si tu as besoin d'un M1 spécifique en plus, qui devra donc être validé en amont de ton inscription en M2 (c'est-à-dire parallèlement à une année d'internat, si cela n'a pas déjà été fait pendant ta DFGSM2 ou 3).

## Trouver une source de financement

Afin de pouvoir continuer à te nourrir et vivre sans salaire versé par l'hôpital, plusieurs solutions s'offrent à toi :

### L'année recherche

Il s'agit d'une année financée par le ministère de la Recherche. Le montant et le nombre d'internes pouvant en bénéficier est fixé par arrêté annuel, cette année il était de 27 188,19€ annuel brut (soit environ 1600-1700€ net mensuel).

La demande d'année recherche s'effectue auprès de ton université (pour l'Île-de-France auprès de l'Université de Saclay).

### Les bourses des sociétés savantes

En moyenne entre 10 000 et 20 000 € pour une année.

Nous te conseillons d'envoyer un maximum de dossiers, car la compétition est rude car elle implique

des internes d'HGE, d'autres spécialités mais aussi des étudiants hors médecine. Attention, les dates limites arrivent très vite ! Certaines dès novembre ! À titre d'exemple, voici une liste non exhaustive de dossiers de bourse et des dates limites de l'année 2021-2022 (sauf exceptions, précisées). Les dates pour 2022-2023 seront à retrouver sur le site de chaque société savante :

Organisme / société	Date limite de rendu	Montant annuel
INCA	<b>6 octobre 2022</b> pour l'année 2022-2023	Variable en fonction du projet
GTE (APTED)	<b>31 octobre 2022</b> pour l'année 2022-2023	10, 20 ou 30 000 €
Ligue contre le Cancer	3 février 2022	Variable
Fondation ARC	8 février 2022	Variable, jusque 34 992€
Association Amicale des Anciens Internes en médecine des hôpitaux de Paris (AAIHP)	14 février 2022	15 000€ (uniquement pour les internes d'IDF)
Année recherche	Avril 2022 (variable selon université)	Variable 20 à 30 000€
Groupe Pasteur Mutualité (Villa M)	29 avril 2022	10 000 €
MAHGE - SNFGE	22 mai 2022	20 000 €
Société Française d'endocrinologie (SFE)	5 mai 2022	33 500 €
Gratification du Club Français du Pancréas (CFP)	31 août 2022	5000 €
FARE - SNFGE	24 septembre 2022	20 000 €
SFED - Norgine	30 septembre 2022	15 000 €

**NB :** La bourse M2 de la Fondation pour la recherche médicale (FRM) est suspendue pour 2022-2023. L'Académie Nationale de Médecine n'accorde plus de bourse de M2 pour les étudiants français, mais il est possible de candidater jusque mi-février pour des prix, dont le montant est variable (300 à 27 000€).

### Négocier un financement directement avec ton organisme de recherche

Complicé... il s'agit d'une niche mais il est possible dans certaines structures, d'être rémunéré comme étudiant chercheur avec un salaire (en général d'environ 1500 €/mois, équivalent à une bourse).

### Remplacer

Afin d'être autorisé à effectuer un remplacement médical, les conditions suivantes sont nécessaires pour notre spécialité :

- ♦ Avoir validé un 2<sup>ème</sup> cycle d'études médicales en France ou dans un état européen.
- ♦ Être inscrit en 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales en France.
- ♦ Avoir validé au moins 5 semestres dont 3 en HGE : la validation d'un semestre dédié à l'endoscopie est très vivement conseillée.
- ♦ Être titulaire d'une licence de remplacement à jour.
- ♦ Posséder une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) à jour et adaptée à l'exercice de remplaçant.

La demande de licence s'effectue sur le site de l'Ordre des médecins de ta région.



## Terminer les démarches administratives : procéder à ton inscription administrative

En général, les dates de candidature pour les M2 débutent autour du mois d'avril, les réponses des facultés sont données courant juin et les inscriptions administratives s'étendent de juin à septembre.

Attention, ceci n'est qu'un ordre d'idée : les dates sont variables d'un M2 à l'autre et dépendent de chaque équipe pédagogique : il est nécessaire de regarder spécifiquement le calendrier et les modalités de candidature pour le M2 qui t'intéresse.

Enfin, une fois accepté dans une équipe de recherche, en M2 par une université et ton moyen de financement trouvé, il faudra prévenir ta scolarité, ton ARS et les affaires médicales de ton interruption d'internat pour année recherche, afin qu'ils te retirent des effectifs pour les choix de stage.

### Quelques liens utiles

#### INCA

<https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets>

#### GTE

<https://www.reseau-gte.org/fonds-de-recherche/>

#### Ligue contre le cancer

[https://www.ligue-cancer.net/article/27236\\_appels-projets-recherche](https://www.ligue-cancer.net/article/27236_appels-projets-recherche)

#### Fondation ARC

<https://www.fondation-arc.org/projets/masters-recherche-2eme-annee>

#### Groupe pasteur Mutualité

<https://bourses.villa-m.fr/comment-cela-fonctionne.html>

#### MAHGE

<https://www.snfge.org/content/bourses-mahge>

#### FARE

<https://www.snfge.org/content/fare-modalites-pour-lappel-projet>

#### Société Française d'Endocrinologie

<https://www.sfendocrino.org/bourses-prix-allocations-sfe/#>

#### Club Français du Pancréas

Candidature par mail à : [bureau@clubfrancaispancreas.fr](mailto:bureau@clubfrancaispancreas.fr)

#### SFED - Norgine

<https://www.sfed.org/article/bourse-sfed-norgine>



# Quelques trucs et astuces pour pimper ses compétences en endoscopie



Clémence DESCOURVIÈRES

Avec un grand merci au  
Pr Mathieu PIOCHE  
Chef de service adjoint  
d'hépatogastro-entérologie de  
l'hôpital Edouard Herriot - Hospices  
Civils de Lyon pour la gestion et  
l'animation du groupe Facebook

## 3 S'entraîner

Sur simulateur notamment, utiliser et réutiliser la TEST box si ton service en a une, et bien sûr pratiquer au bloc d'endoscopie après avoir compris l'indication de chaque geste...



## 1 Demander à adhérer au groupe Facebook HEH endoscopie

Des images quotidiennes sont postées par des endoscopistes, pour s'entraîner à bien caractériser des lésions, ainsi que des vidéos, de la biblio, des petits tips d'expert et des rappels « écolo-endoscopiques » ♻️.

## 2 Aller explorer les ressources du site de la SFED

Notamment le webinar en replay "comment devenir champion.ne du monde de la coloscopie ?" avec explications en détails – vidéo à l'appui, de la tenue d'un endoscope à la fameuse technique du shortening (ou comment enfiler le colon sur l'endoscope telle une chaussette)!



## 4 Bien noter dans son agenda...

Les incontournables RDV live "endogastrolive" de décembre et en présentiel des universités d'endoscopie junior...



## 5 Être et rester motivé et curieux

De toutes les évolutions à venir en endoscopie !

## 6 Bonus

Récupérer les vidéo-capsules et aimants des boîtes de capsule (aimants en Néodyme, formellement interdit de jeter) et les ramener à VideoDigest pour mettre en place un recyclage ! ♻️♻️

# Colite ischémique au Lénalidomide : une étiologie à connaître



Ischemic colitis caused by Lenalidomide :  
an etiology to know



Ylang SPAES

Y. SPAES<sup>a,\*</sup>, P. LEBRETON<sup>b,c</sup>, F. JARDIN<sup>b</sup>, L. GUIGNERY-DEBRIS<sup>d</sup>, C. LEMAITRE<sup>e</sup>

**a** Service de Gastro-entérologie et hépatologie, CHU de Rouen, 37 Boulevard Gambetta, 76000 Rouen, France

**b** Service d'hématologie, Centre Henri Becquerel, 1 Rue d'Amiens, 76038 Rouen, France

**c** Service d'hématologie, Hôpital Jacques Monod, 29 Avenue Pierre Mendès France, 76290 Montivilliers, France

**d** Service d'imagerie, Hôpital Jacques Monod, 29 Avenue Pierre Mendès France, 76290 Montivilliers, France

**e** Service de Gastro-entérologie et hépatologie, Hôpital Jacques Monod, 29 Avenue Pierre Mendès France, 76290 Montivilliers, France

\* Auteur correspondant : ylang-spaes@hotmail.fr

**Mots-clés** : Lénalidomide, Colite ischémique, Myélome multiple, Iatrogénie

**Keywords** : Lenalidomide, Ischemic colitis, Multiple Myeloma, Iatrogenic

## Résumé

Le Lénalidomide est un traitement immunomodulateur utilisé en hématologie et particulièrement dans le cadre du myélome multiple. L'avènement de ce traitement a permis une augmentation de la survie sans progression mais n'est cependant pas dénué d'effets indésirables notamment thromboemboliques, recommandant la prescription d'une thromboprophylaxie.

Nous décrivons le cas d'une femme de 63 ans, suivie pour un myélome multiple sous Lénalidomide en traitement d'entretien après autogreffe de cellules souches hématopoïétiques, ayant présenté une colite ischémique, un an après introduction. Le diagnostic positif a été posé après réalisation d'un scanner abdomino-pelvien et de biopsies coliques. L'évolution a été favorable après arrêt du traitement.

Le diagnostic de colite ischémique sous traitement doit être évoqué en cas de symptômes suggestifs et doit faire discuter une alternative thérapeutique.

## Abstract

Lenalidomide is an immunomodulatory treatment used in hematology, particularly in multiple myeloma. The use of this treatment has improved the progression-free survival rate, but is associated with adverse effects especially thromboembolic, hence recommending prescription of a thromboprophylaxis.

We describe a case of a 63-year-old woman, under Lenalidomide as maintenance treatment of a multiple myeloma relapse after autologous cell transplantation, who developed an ischemic colitis one year after his introduction. Diagnosis was made by abdominal computed tomography and colonic biopsies. The outcome was favorable after discontinuing treatment.

Ischemic colitis should be considered in patients treated by Lenalidomide in case of suggestive symptoms, and a therapeutic alternative must be discussed.

## Introduction – Introduction

Le myélome multiple correspond à une prolifération d'un clone plasmocytaire tumoral envahissant la moelle osseuse hématopoïétique, à l'origine de la sécrétion d'une immunoglobuline monoclonale dans le sang et/ou les urines, éventuellement associée à une anémie, une hypercalcémie ou une atteinte osseuse voire rénale. Les facteurs favorisants sont d'ordres génétiques ou environnementaux. Il est responsable à lui seul d'une augmentation du risque thrombotique en raison d'une hyperviscosité, d'une résistance acquise à la protéine C activée, d'un déficit en protéine S, d'une inhibition de l'activateur tissulaire du plasminogène, de l'apparition d'un anticoagulant lupique, ou encore de l'augmentation de la production de cytokines pro-inflammatoires.

Le Lénalidomide est une molécule immunomodulatrice dérivée du Thalidomide, aux propriétés anti-néoplasiques, pro-apoptotiques, anti-angiogéniques et pro-érythropoïétiques. Il est indiqué dans la prise en charge du myélome multiple, des syndromes myélo-dysplasiques et du lymphome à cellules du manteau. Dans le cadre du myélome multiple, il a été démontré une augmentation de la survie sans progression en traitement d'entretien après greffe de cellules souches hématopoïétiques [1, 2]. Ses principaux effets indésirables décrits sont la myélosuppression, représentant la première cause d'arrêt de traitement, les infections, les neuropathies, et sur le plan digestif les troubles du transit. Le Lénalidomide expose également à des risques accrus d'événements thromboemboliques veineux et artériels (essentiellement thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire et accident vas-

culaire cérébral). Ce risque est majoré au cours des premiers mois de traitement ou en cas d'association avec la Dexaméthasone, une autre chimiothérapie ou l'érythropoïétine, motivant une prescription médicamenteuse antithrombotique systématique.

La colite ischémique est la pathologie vasculaire du tube digestif la plus fréquente et la deuxième cause d'hémorragie digestive basse (après l'origine diverticulaire) par atteinte des petites artérioles. Son incidence est en augmentation et est responsable d'une morbi-mortalité non négligeable. Elle atteint préférentiellement les femmes et les sujets âgés de plus de 60 ans. La colite ischémique épargne le rectum dans la plupart des cas, en raison de sa riche vascularisation dépendant du réseau mésentérique et iliaque. En effet, le haut rectum est vascularisé par l'artère rectale supérieure (branche de l'artère mésentérique inférieure), les deux tiers inférieurs par l'artère rectale moyenne (branche de l'artère iliaque interne), tandis que l'anus et la marge anale sont vascularisés par l'artère rectale inférieure (branche de l'artère iliaque interne et non de l'artère mésentérique inférieure). Elle se manifeste sous la forme d'une triade associant douleurs abdominales, diarrhée et rectorragies.

Les colites ischémiques affectent la microcirculation par hypoxie tissulaire ou par ischémie-reperfusion, à la différence d'une ischémie mésentérique résultant d'une atteinte de la macrocirculation. En cas de mécanisme hypoxique, l'atteinte est plus fréquemment d'origine non occlusive (bas débit, iatrogénie, effort

physique prolongé, cocaïne) avec généralement pour seul signe une colite scannographique. Plus rarement, l'atteinte est d'origine occlusive en conséquence d'une embolie ou thrombose (traumatismes abdominaux, thromboses et embolies mésentériques associées aux pathologies cardio-vasculaires, vascularites, obstruction colique, maladies hématologiques notamment amyloïdes). En cas d'ischémie-reperfusion, le rétablissement de la perfusion peut induire une aggravation des lésions tissulaires liées à l'ischémie.

Le diagnostic positif repose actuellement exclusivement sur des explorations morphologiques et notamment sur la coloscopie avec biopsies coliques et l'examen tomodensitométrique avec injection de produit de contraste. L'examen anatomopathologique d'une biopsie colique retrouve de manière segmentaire une desquamation, une nécrose muqueuse, une atrophie épithéliale, des hémorragies de la lamina propria, des macrophages chargés d'hémosidérite, ou des thrombi fibrineux. La tomodensitométrie permet théoriquement de différencier une origine macro ou microcirculatoire artérielle ou veineuse, d'orienter vers le mécanisme séquellaire, et d'identifier les segments atteints ainsi que les éventuelles lésions associées pouvant faire évoquer d'autres diagnostics. Elle met en évidence un épaississement pariétal, une infiltration de la graisse péri-colique, la visualisation d'une éventuelle thrombose, et en cas d'atteinte sévère une pneumatose pariétale, un épanchement liquidien intra-péritonéal ou l'absence de rehaussement après injection de produit de contraste.

Le diagnostic de colite ischémique doit faire réaliser un bilan cardiologique à la recherche d'une cardiopathie emboligène voire une exploration des vaisseaux mésentériques, ainsi qu'un bilan de thrombophilie chez le sujet jeune. La prise en charge initiale

demeure symptomatique en cas de forme non sévère avec éventuellement l'adjonction d'une antibiothérapie probabiliste à visée digestive, ou chirurgicale en cas de nécrose colique étendue ou de sténose secondaire. Le traitement dépend ensuite de la cause sous-jacente,

par l'arrêt d'une thérapeutique en cas d'origine iatrogène, ou l'instauration d'un traitement anti-arythmique ou anticoagulant en cas de cardiopathie emboligène ou de thrombophilie [3].

## Résultats/Observation(s) – Results/Case report(s)

Nous rapportons le cas d'une femme de 63 ans suivie pour un myélome multiple à IgA ayant bénéficié d'une auto-greffe de cellules souches hématopoïétiques en juin 2019, consolidée par Lénalidomide-Bortézomib-Dexaméthasone, puis d'un traitement d'entretien par Lénalidomide seul à la dose de 15mg/j, associé à un traitement thromboembolique préventif par acide acétyl-salicylique (100mg/jour). Le Bortézomib avait dû être arrêté en août 2019 devant l'apparition d'une neuropathie périphérique sévère malgré une bonne réponse thérapeutique marquée par la disparition du pic monoclonal, la normalisation des chaînes légères et l'absence de protéinurie de Bence-Jones.

En septembre 2020, la patiente est hospitalisée dans notre centre pour bilan de douleurs abdominales associées à de la diarrhée avec hématochézies. Le bilan biologique revient non spécifique avec un discret syndrome inflammatoire (protéine C réactive à 9 mg/L) et une discrète élévation des lactates déshydrogénases. Le scanner abdomino-pelvien injecté révèle une colite étendue aspécifique avec épaissement postérieur du côlon droit, un épanchement péritonéal, un important météorisme du côlon droit et transverse, des axes vasculaires perméables (figures 1, 2, 3).

La rectosigmoïdoscopie est en faveur d'une colite ischémique

sévère (stade 2-3) avec une muqueuse colique fragile, érythémateuse, framboisée, d'allure noirâtre par endroits, associée à un suintement hémorragique de faible abondance. L'examen anatomopathologique d'une biopsie colique confirme le diagnostic de colite ischémique chronique. Les prélèvements bactériologiques, viraux et parasitologiques reviennent négatifs. L'utilisation d'une antibiothérapie probabiliste n'a pas été nécessaire dans le contexte.

Excepté l'âge, aucun facteur de risque cardio-vasculaire n'a été retrouvé. Le bilan cardiologique réalisé avec Holter-ECG, échographie cardiaque et échographie-doppler des artères digestives nous a

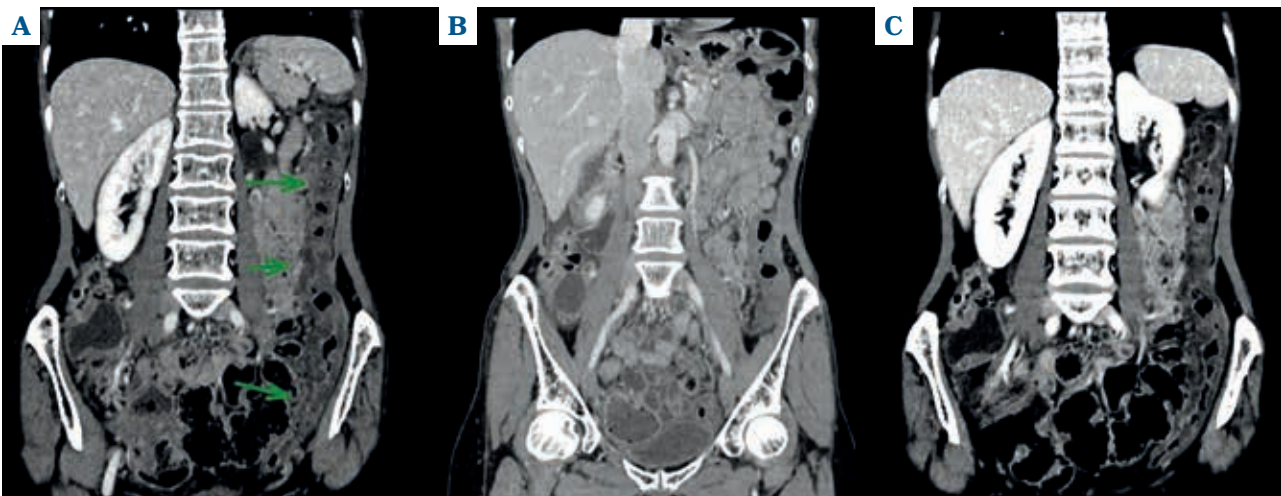


Figure 1 (images A, B, C)

Tomodensitométries, coupes frontales, injectées au temps portal : colite gauche (flèches vertes : œdème sous muqueux, prise de contraste intense de la muqueuse)

permis d'exclure une origine cardio-vasculaire. L'acide acétyl-salicylique a été poursuivi à doses habituelles, sans relai par héparine.

Devant l'imputabilité intrinsèque et extrinsèque, il a été décidé collégialement d'interrompre le traitement par Lénalidomide, permettant une évolution clinico-biologique, une normalisation de la coloscopie de contrôle un mois plus tard, et la persistance d'une rémission complète en janvier 2021 sous surveillance simple.



**Figure 2**

Tomodensitométrie, coupe sagittale, injectée au temps artériel : absence d'occlusion du tronc cœliaque (TC), de l'artère mésentérique supérieure (AMS) et de l'artère mésentérique inférieure (AMI)



**Figure 3**

Tomodensitométrie avec reconstruction des vaisseaux artériels : absence d'occlusion

## Conclusion – Conclusion

Deux précédents cas de colite ischémique sous Lénalidomide ont été décrits dans la littérature, en 2015 puis plus récemment en septembre 2020. Il s'agissait de sujets d'une cinquantaine d'années traités par Lénalidomide pour une rechute dans les suites d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques. À propos du premier cas, le diagnostic positif était confirmé sur le scanner abdomino-pelvien et l'IRM pelvienne, sans avoir nécessité le recours à la coloscopie. L'évolution était favorable après anticoagulation par héparines non fractionnées en continu et antibiothérapie probabiliste par Métronidazole et Méropénem [4]. Pour le deuxième cas, le diagnostic était posé grâce au scanner abdomi-

no-pelvien et à la coloscopie. L'évolution était également favorable après l'arrêt de l'association Lénalidomide-Dexaméthasone [5].

Cependant, l'incidence des colites ischémiques est probablement sous-estimée devant la fréquence des formes pauci-symptomatiques ne donnant pas lieu à une hospitalisation.

Concernant le diagnostic positif, il paraît pertinent de discuter la réalisation systématique d'une coloscopie compte tenu du risque de perforation et d'hypoperfusion pouvant aggraver les lésions. En pratique, il est suggéré de réaliser en première intention un scanner abdomino-pelvien injecté aux temps veineux et artériels afin d'éliminer une ischémie

mésentérique (d'origine veineuse ou artérielle par atteinte des gros troncs) et une perforation digestive, puis une coloscopie afin de confirmer le diagnostic de colite ischémique [6, 7]. L'IRM pelvienne pourrait paraître prometteuse selon certaines études, en substitution d'évaluations invasives pour le diagnostic et la stratification, mais se révèle actuellement peu disponible en pratique [8, 9].

Une prophylaxie anti-thrombotique est préconisée sous traitement par Lénalidomide et particulièrement en cas d'association avec la Dexaméthasone. Il est recommandé de prescrire de l'acide acétyl-salicylique à faible dose aux patients à bas risque thrombotique et des héparines de bas poids mo-

léculeaire ou des anti-vitamines K aux patients à haut risque thrombotique [10]. L'utilisation des anticoagulants oraux directs pourrait s'avérer bénéfique après stratification du risque thromboembolique par des marqueurs clinico-biologiques, mais des études complémentaires s'avèrent requises.

L'imputabilité du Lénalidomide dans les colites ischémiques doit néanmoins être considérée uniquement après en avoir éliminé les causes les plus fréquentes. Les autres causes de colites du sujet immunodéprimé doivent également être évoquées et recherchées dans ce contexte.

Il est essentiel de connaître cette entité de pathologie en tant que gastro-entérologue comme en tant qu'hématologue.

Des études doivent être réalisées afin de préciser la place de l'IRM pelvienne et le risque associé à la poursuite du Lénalidomide au décours d'une colite ischémique.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. McCarthy PL, Holstein SA, Petrucci MT, Richardson PG, Hulin C, Tosi P, et al. Lenalidomide Maintenance After Autologous Stem-Cell Transplantation in Newly Diagnosed Multiple Myeloma: A Meta-Analysis. *JCO* 2017;35:3279–89. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.72.6679>.
2. Attal M, Lauwers-Cances V, Marit G, Caillot D, Moreau P, Facon T, et al. Lenalidomide Maintenance after Stem-Cell Transplantation for Multiple Myeloma. *N Engl J Med* 2012;366:1782–91. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1114138>.
3. Colite ischémique sfmc.pdf n.d.
4. Guerrini S, Bucalossi A, Cioffi Squitieri N, Mazzei FG, Volterrani L, Mazzei MA. Ischemic Colitis Diagnosed by Magnetic Resonance Imaging during Lenalidomide Treatment in a Patient with Relapsed Multiple Myeloma. *Tumori Journal* 2016;102:S110–2. <https://doi.org/10.5301/tj.5000392>.
5. Batgi H, Dal MS, Merdin A, Kızıl Çakar M, Yiğenoğlu TN, Altuntaş F. A multiple myeloma patient who developed ischemic colitis during lenalidomide treatment: A rare case report. *J Oncol Pharm Pract* 2020;26:1499–500. <https://doi.org/10.1177/1078155219900910>.
6. Dewitte A, Biais M, Coquin J, Fleureau C, Cassinotto C, Ouattara A, et al. Diagnostic et prise en charge des ischémies mésentériques aiguës. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2011;30:410–20. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.02.013>.
7. Sise MJ. Acute Mesenteric Ischemia. *Surgical Clinics of North America* 2014;94:165–81. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2013.10.012>.
8. Iacobellis F. Magnetic resonance imaging: A new tool for diagnosis of acute ischemic colitis? *WJG* 2012;18:1496. <https://doi.org/10.3748/wjgv18.i13.1496>.
9. Mazzei MA. Magnetic resonance imaging: Is there a role in clinical management for acute ischemic colitis? *WJG* 2013;19:1256. <https://doi.org/10.3748/wjgv19.i8.1256>.
10. De Moreuil C, Ianotto J-C, Eveillard J-R, Carrier M, Delluc A. Myélome multiple et thrombose veineuse. Quelle thromboprophylaxie faut-il proposer ? *La Revue de Médecine Interne* 2016;37:473–9. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2015.12.025>.

# QCM : VRAI OU FAUX ?



Leila TAGEMOUATI

Avec un grand merci au Pr Guillaume SAVOYE (PU-PH, CHU de Rouen),  
Dr Vincent DE PARADES (Chef du service de Proctologie, Hôpital St Joseph, Paris),  
Dr Sabrina SIDALI (Assistante Hospitalière, Hépatologie, CHU Beaujon, Clichy)

## NOUVELLES RECOMMANDATIONS DES CONTRÔLES DES POLYPES

1. Les adénomes de bas risque nécessitent une coloscopie tous les 5 ans seulement.
2. Plus de 5 adénomes nécessitent une coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans jusqu'à 80 ans.
3. La présence de 2 adénomes < 10 mm et en DBG ne nécessitent pas de coloscopie de contrôle.
4. La présence de polypes festonnés de moins de 10 mm sans dysplasie nécessite seulement une coloscopie à 5 ans, puis une consultation de prévention ensuite si celle-ci est normale.
5. La présence d'un adénome de plus de 15mm est considérée comme un facteur de haut risque.

Réponses : 1 - FAUX · 2 - FAUX · 3 - VRAI · 4 - VRAI · 5 - VRAI

De nouvelles recommandations ont été publiées en 2021 afin de diminuer le nombre de coloscopies réalisées. En voici les modalités <sup>(1)(2)</sup>.

- ♦ HAUT RISQUE : → 1<sup>ère</sup> coloscopie à 3 ans → normale → 2<sup>ème</sup> à 5 ans → normale → consultation de prévention.
  - 5 adénomes ou plus.
  - Au moins 1 adénome de 10 mm ou plus.
  - 1 adénome dysplasique de haut grade.
  - Polype festonné de 10mm ou plus.
  - 1 polype festonné dysplasique.
- ♦ BAS RISQUE : → 1<sup>ère</sup> coloscopie à 5 ans → normale → consultation de prévention.
  - 3 ou 4 polypes, tous mesurant moins de 10 mm et en dysplasie de bas grade.
  - 1 ou plusieurs polypes festonnés de moins de 10 mm sans dysplasie.
- ♦ TRÈS BAS RISQUE : → consultation de prévention à 5 ans, coloscopie entre 7 et 10 ans ou test immunologique des selles à 5 ans.
  - 1 ou 2 adénomes mesurant < 10 mm et dysplasie de bas grade.
  - Polype hyperplasique de moins de 10 mm.
  - Coloscopie normale.



## MICI ET GROSSESSE<sup>(3)</sup>

1. Les femmes atteintes d'une MICI ont une baisse de la fertilité en comparaison à la population générale.
2. Les risques de la grossesse sont majeurs chez les patientes atteintes de MICI.
3. Les traitements doivent être arrêtés dans la mesure du possible dès l'annonce de la grossesse.
4. Il est possible d'utiliser une biothérapie tout au long de la grossesse.
5. Les biothérapies injectables sont incompatibles avec l'allaitement.

Réponses : 1 - FAUX · 2 - FAUX · 3 - FAUX · 4 - VRAI · 5 - FAUX

1. Les femmes avec une MICI inactive ont une fertilité superposable à celle de la population générale<sup>(4)</sup>.
2. Il faut en revanche que la maladie soit contrôlée avant la conception. En effet, une maladie active pendant la grossesse ou la conception entraîne un sur-risque de prématurité, de retard de croissance, de fausse couche et de mortalité néonatale<sup>(5)</sup>.
3. Les Anti-TNF sont des anticorps monoclonaux anti-IgG1 qui traversent activement la barrière hémato-placentaire. Ce passage est croissant tout au long de la grossesse mais en faible quantité puis s'intensifie progressivement, surtout au 3<sup>ème</sup> trimestre. De ce fait, la majorité des praticiens arrête les anti-TNF autour de 20 SA mais il reste possible de poursuivre le traitement tout au long de la grossesse si besoin, en privilégiant une injection d'anti-TNF le plus tôt possible par rapport à l'accouchement. En revanche, l'Infliximab et l'Adalimumab peuvent être détectables chez le nouveau-né jusqu'à 6 à 12 mois après la naissance s'ils ont été exposés in utero. De ce fait, selon les recommandations de l'ANSM, les vaccins vivants doivent être évités pour ces enfants avant l'âge de 6 mois. Concernant l'Infliximab, ANSM recommande d'attendre un an pour les nourrissons ayant été exposés in utero.
4. Les biothérapies sont utilisables tout au long de la grossesse selon la balance bénéfique/risque. En effet, malgré les RCP des traitements recommandant d'éviter une exposition in utero, plusieurs études ont émis des signaux positifs quant à leur utilisation en monothérapie chez la femme enceinte<sup>(6)(7)</sup>. Parmi les biothérapies, le Certolizumab est connu pour n'avoir que peu ou pas de transfert placentaire tout comme dans le lait maternel : il y a donc un faible risque tout au long de la grossesse et il peut être maintenu jusqu'à la fin<sup>(8)</sup>. En revanche, il n'est pas recommandé de switcher de biothérapie au moment de la conception ou de la grossesse si la patiente répond bien au traitement en cours. Le recul pour les autres immunothérapies est restreint. Cependant, bien que ce traitement soit utilisé en France dans cette indication, il n'a pas l'AMM pour les MICI.
5. Les biothérapies sont compatibles avec l'allaitement selon les données Drugs and Lactation Database et le CRAT ([www.lecrat.fr](http://www.lecrat.fr)).

## PRISE EN CHARGE DE L'ŒSOPHAGITE À ÉOSINOPHILES

1. Lors de l'examen endoscopique, un examen strictement normal dispense de la réalisation de biopsies.
2. Les corticoïdes PO topiques sont le traitement de première intention.
3. Un traitement endoscopique peut être nécessaire.
4. La prise en charge diététique n'a pas sa place dans les œsophagites à éosinophiles.
5. Une fois traitée, l'œsophagite à éosinophiles ne récidive que rarement.

Réponses : 1 - FAUX · 2 - FAUX · 3 - VRAI · 4 - FAUX · 5 - FAUX

1. Le rôle endoscopique dans le diagnostic est primordial. Plusieurs aspects endoscopiques ont été décrits mais les biopsies (minimum de 6 biopsies) restent indispensables car dans 10 à 25 % des cas, la fibroscopie est strictement normale. Les aspects endoscopiques sont souvent associés : les anneaux circulaires donnant un aspect « pseudo-trachéal », les sillons longitudinaux et les exsudats sont présents dans 70 à 80 % des cas, les sténoses dans environ 25 % des cas et les décollements muqueux dans 10 % des cas. La clas-

sification de EREFS (Exsudats, Anneaux, Œdèmes, Sillons, Sténoses) permet une classification fiable et reproductible<sup>(9) (10) (11)</sup>. L'endoscopie est aussi indispensable pour éliminer les diagnostics différentiels de dysphagie.

2. Les IPP à double dose sont le traitement de première ligne. Classiquement, on propose un traitement de 8 semaines. En cas d'échec, les corticoïdes topiques sont une alternative (FLUTICASONE ou BUDESONIDE) pendant 8 semaines<sup>(12)</sup>.
3. Les œsophagites à éosinophiles sont compliquées de sténose dans environ 25 % des cas. Elles représentent la principale cause d'échec du traitement médical et nécessitent la réalisation de dilatation endoscopique (soit initialement dès l'instauration du traitement, soit en cas de dysphagie persistante). Une étude a montré que les dilatations étaient très efficaces pour soulager la dysphagie en cas de sténose, qu'il y ait ou non un traitement médical associé<sup>(13)</sup>.
4. La maladie est le plus souvent liée à l'exposition à un ou plusieurs allergènes bien qu'ils ne soient que très rarement mis en évidence en allergologie. Les aliments les plus souvent incriminés sont le blé, les produits laitiers, les œufs, les légumineuses, le soja et les poissons/fruits de mer. Une étude a montré qu'un régime excluant ces 6 aliments permettrait d'obtenir une rémission clinique et histologique dans environ 75 % des cas<sup>(14) (15)</sup>. Le régime reste cependant très restrictif, mais semble intéressant pour éviter un traitement médical prolongé. Des stratégies plus légères basées sur l'élimination de seulement 4 voire 2 des aliments sus-cités sont en cours.
5. Celle-ci récidive très fréquemment à l'arrêt des médicaments, ce qui pose le problème du traitement d'entretien. Aucun traitement n'a fait preuve de son efficacité au long terme de manière significative. Il est admis actuellement que le traitement à long terme consiste à titrer les corticoïdes topiques pour avoir la dose minimale efficace et limiter ainsi le risque d'évolution fibrosante<sup>(16)</sup>. À noter qu'une endoscopie est préconisée après une période thérapeutique de 6-8 semaines à 3 mois afin d'évaluer l'évolution histologique et l'aspect macroscopique<sup>(17)</sup>.

## L'HYPERFERRITINÉMIE À CST AUGMENTÉ

1. Il faut toujours réaliser une biopsie en cas d'hémochromatose pour évaluer le degré de fibrose hépatique.
2. Le bilan de première intention à réaliser lors d'une hyperferritinémie après interrogatoire est l'IRM hépatique pour évaluer la concentration en fer du foie.
3. Une des causes principales de l'hyperferritinémie est le syndrome métabolique.
4. Un régime pauvre en fer est conseillé dans les hyperferritinémies.
5. Les saignées doivent être de préférence débutées dès le diagnostic d'hémochromatose avec hyperferritinémie.

Réponses : 1 - FAUX · 2 - FAUX · 3 - VRAI · 4 - FAUX · 5 - VRAI

1. La ponction biopsie hépatique n'est pas utile au diagnostic d'hémochromatose génétique et des marqueurs non invasifs permettent de quantifier la fibrose en cas de suspicion. Il existe une corrélation entre le taux de ferritine et le risque de fibrose. Un seuil a pu être déterminé avec un risque de cirrhose ou de fibrose extensive faible, voire nul en cas de ferritinémie < 1000 µg/l, en l'absence de transaminases élevées et de consommation excessive d'alcool<sup>(18)</sup>. La biopsie du foie apparaît donc inutile dans ce cas. À l'inverse, l'absence d'un de ces critères incite à la réalisation d'un Fibroscan dans un second temps puis d'une biopsie si besoin.
2. Devant une hyperferritinémie, le premier élément à doser est le coefficient de saturation de la transferrine (CST) :
  - ♦ Lorsque l'on a une hyperferritinémie avec un CST augmenté à plus de 45 % alors, l'hémochromatose est le premier diagnostic à évoquer. De ce fait, le premier bilan à réaliser est la recherche génétique du variant

délétère C282Y du gène HFE qui confirme le diagnostic d'hémochromatose génétique en cas d'homozygotie C282Y<sup>(19)</sup>.

→ Si le patient est hétérozygote ou que le test est négatif, alors l'IRM est importante.

- Si la concentration est > 120 µmol.g, alors il semble pertinent de poursuivre les test génétiques (hémochromatose génétique autre).
- Si la valeur est < 100 µmol.g, alors il faut rechercher une maladie hépatique évoluée ou une maladie hématologique.

- ♦ Devant une hyperferritinémie sans augmentation du CST, un premier bilan biologique à la recherche des causes secondaires doit comporter : numération formule sanguine, CRP, bilan hépatique, TSH, glycémie, cholestérol, triglycérides, CPK, réticulocytes, haptoglobine.

3. Une des causes secondaires les plus fréquentes est le syndrome métabolique. Il est associé à une augmentation du risque de mortalité cardiovasculaire et hépatique<sup>(20) (21)</sup>.

Il peut exister une hyperferritinémie, avant l'apparition clinique du syndrome métabolique. Elle est corrélée au degré d'insulino-résistance<sup>(22)</sup>.

L'hépatosidérose métabolique est définie comme une surcharge en fer inexplicée avec un contexte métabolique. L'hyperferritinémie évolue autour de 800 µg/l et le coefficient de saturation de la transferrine est normal ou très légèrement augmenté. La surcharge en fer est habituellement modérée<sup>(23)</sup>.

4. Le fer oral n'est que très peu absorbé (< 10 %). Le régime pauvre en fer ne semble pas être utile. En revanche, il est important de traquer les causes iatrogènes (une automédication en fer), de limiter les apports en vitamine C (favorisent l'absorption), les compléments alimentaires particulièrement riches en fer et les dopants (Spiruline) et limiter la consommation d'alcool.

5. Les saignées permettent de traiter les symptômes, de les prévenir et d'éviter la survenue de complications. Le but est d'obtenir une ferritinémie normale basse (environ 50 µg/l) avec une tolérance clinique correcte et sans anémie, puis de maintenir un niveau de ferritinémie entre 50 et 100 µg/l<sup>(24)</sup>.

Lorsque l'hyperferritinémie est liée à un syndrome métabolique, les saignées ne sont pas recommandées (sauf exceptions). Les chélateurs du fer sont essentiellement indiqués dans les surcharges secondaires aux maladies hématologiques.

## LA FISSURE ANALE : TRAITEMENT<sup>(25)</sup>

1. Le première ligne de traitement repose sur le contrôle de la qualité des selles.
2. Le régime alimentaire peut être un élément de l'arsenal thérapeutique.
3. Il n'existe pas de traitement médical spécifique.
4. Le traitement chirurgical est le traitement de première intention.
5. La toxine botulique peut être proposée après échec d'un traitement local.

Réponses : 1 - VRAI · 2 - VRAI · 3 - FAUX · 4 - FAUX · 5 - VRAI

1. Il est indispensable dans un premier temps de régulariser le transit et de contrôler la qualité des selles à l'aide de laxatifs, de bains de siège et d'un régime alimentaire (attention à la fausse diarrhée du constipé qui nécessite la mise en place de laxatifs).
2. Une supplémentation en fibres permettrait une cicatrisation de la fissure anale dans 87 % des cas au bout de trois semaines<sup>(26)</sup>. La poursuite du régime par supplémentation en fibres (au moins 15g/j) pendant un an permet de diminuer le taux de récurrence de manière significative (16 % de récurrences contre 68 % contre placebo)<sup>(27)</sup>.
3. Les dérivés nitrés en topique sont recommandés « forte recommandation » par les sociétés savantes britannique et nord-américaine mais ne sont pas remboursés en France. Le trinitrate de glycérite 0,4 % à l'AMM en France. Il est conseillé de réaliser deux à trois applications par jour pendant 6 à 8 semaines<sup>(28-29)</sup>. Cependant, ce traitement est responsable de céphalées chez près d'un tiers des utilisateurs impliquant son arrêt chez plusieurs patients.

Les topiques d'inhibiteurs calciques sont également conseillés par les sociétés savantes américaine et britannique<sup>(28-29)</sup>. Ils sont mieux tolérés que les dérivés nitrés car ils ne donnent pas de céphalées, et permettent ainsi une meilleure observance. Ils sont également utilisables chez les patients migraineux.

Ils agissent sur le sphincter interne et permettent de réduire le tonus anal de repos qui joue un rôle essentiel dans la physiopathologie et les douleurs de la fissure anale.

En France, ils n'existent qu'en préparation magistrale mais sont remboursés.

L'utilisation de Nifédipine ou de diltiazem par voie orale est possible avec une efficacité similaire mais avec des effets secondaires systémiques plus importants<sup>(30)</sup>.

4. Il s'agit du traitement de deuxième intention après généralement 6 à 8 semaines de traitement médical bien conduit (attention à l'observance et au contrôle du transit). Elle est en revanche indiquée en première intention en cas de fissure anale infectée ou hyperalgique.
  - ♦ Dans le monde anglo-saxon, la chirurgie la plus souvent réalisée est la sphinctérotomie latérale interne (SLI). Elle consiste en une section partielle du sphincter anal interne pour lever l'hypertonie, permettant d'une part la cicatrisation de la fissure anale et d'autre part un soulagement quasi immédiat de la douleur (causée par la contracture du sphincter interne). Elle est, de plus, intéressante en termes de santé publique du fait de la rapidité de la cicatrisation et de la disparition des douleurs, permettant une reprise du travail en quelques jours. En revanche, l'indication de cette chirurgie doit rester prudente. En effet, malgré son efficacité, elle peut être responsable de troubles de la continence anale dans environ 10 % des cas dans certaines séries<sup>(31)</sup>. Le risque est plus important chez les patients mal sélectionnés, notamment du fait d'un terrain à risque (absence de contracture sphinctérienne préopératoire, fissure antérieure du postpartum, fissure de la femme multipare au sphincter potentiellement déjà abimé, chez les patients déjà opérés...).
  - ♦ En France, la chirurgie la plus réalisée est la fissurectomie. Elle consiste en une résection des berges fibreuses de la fissure et de ses annexes tout en respectant le sphincter interne. Ainsi, elle expose moins au risque d'incontinence anale en comparaison à la SLI. Elle n'est cependant pas recommandée dans les autres pays car plusieurs études ont mis en évidence un taux de récurrence plus faible avec la SLI sans différence significative sur l'incontinence anale lorsque les patients sont bien sélectionnés<sup>(32)</sup>. De plus, il persiste une plaie marginale qui nécessite des soins locaux, avec une reprise du travail plus tardive.
5. Les recommandations Britanniques et Nord-américaines proposent l'utilisation de la toxine botulique en cas de fissure anale résistante au traitement local par IC ou dérivés nitrés. Les injections permettent une diminution du tonus musculaire et une meilleure vascularisation locale mais les résultats à un an sont décevants (33). En France, la toxine botulique est utilisée hors AMM dans cette indication

## LES CRITÈRES BAVENO VII<sup>(34)</sup>

1. Une élasticité < à 15 kPa écarte une HTP cliniquement significative
2. Un gradient de pressions veineuses hépatiques  $\geq 10$  mmHg définit l'HTP cliniquement significative.
3. Dans les maladies chroniques du foie compensées, un gradient < 15 kPa autorise à ne pas réaliser de FOGD de dépistage des varices œsophagiennes.
4. Une thrombose porte dans le cadre d'une hépatopathie chronique nécessite systématiquement une anticoagulation.
5. Dans les hémorragies digestives chez le cirrhotique, la pose d'un TIPS préemptif est systématiquement indiquée en cas de rupture de VO à partir du stade Child-Pugh B7.

Réponses : 1 - VRAI · 2 - VRAI · 3 - FAUX · 4 - FAUX · 5 - FAUX

1. Pour les maladies du foie compensées, une élasticité hépatique < 15kPa écarte une HTP cliniquement significative avec une valeur prédictive négative > 90 %<sup>(35)</sup>.  
Une élasticité entre 20-25kPa et des plaquettes  $\leq 150$  G/L sont signes d'une HTP cliniquement significative hautement probable. Une élasticité  $\geq 25$  kPa suffit pour évoquer une HTP cliniquement significative hautement probable.

2. Un gradient de pressions veineuses hépatiques  $\geq 10$  mmHg définit l'HTP cliniquement significative. Chez les patients avec des signes cliniques d'HTP avec un gradient  $< 10$  mmHg, il semble judicieux de rechercher une maladie vasculaire porto-sinusoidale.
3. Un gradient de pression en-dessous 12mmHg et des plaquettes  $> 150$  G autorisent à ne pas réaliser de surveillance endoscopique devant une probabilité quasi nulle d'HTP cliniquement significative. Chez ces patients, une surveillance annuelle peut être réalisée avec une l'élastométrie et un contrôle plaquettaire. Dès lors que l'élasticité hépatique est  $\geq 20$  kPa ou que les plaquettes sont  $\leq 150$  G, l'endoscopie doit être réalisée.
4. Le rôle de l'anticoagulation dans ce contexte prend néanmoins une place plus importante. Un dépistage de la thrombose porte doit être réalisé tous les 6 mois.
  - ♦ Chez les patients qui ne sont pas candidats à une transplantation hépatique, l'anticoagulation est recommandée en cas de thrombose récente  $> 50\%$  ou de thrombose symptomatique. Si la thrombose est  $< 50\%$  et asymptomatique, alors une surveillance doit être réalisée tous les 1 à 3 mois et une anticoagulation sera à mettre en place en cas d'extension de la thrombose.
  - ♦ Chez les patients candidats à une transplantation, une anticoagulation doit être systématiquement mise en place, quel que soit le degré de thrombose. L'anticoagulation doit être débutée par des HBPM, qui ont le meilleur niveau de preuve. Elle peut cependant être relayée par des AVK ou des AOD (exception faite pour les patients avec un score Child Pugh C pour qui les AOD ne sont pas recommandés).
5. La pose d'un TIPS préemptif est indiquée chez les patients avec une hémorragie digestive sur rupture de varices œsophagiennes en cas de :
  - ♦ Cirrhose Child-Pugh C  $< 14$ .
  - ♦ Cirrhose Child-Pugh B  $> 7$  avec une hémorragie active lors de l'endoscopie initiale.
  - ♦ Gradient de pressions veineuses hépatiques  $> 20$  mmhg au moment de l'hémorragie.

## LA MALADIE CÉLIAQUE

1. Le régime est préconisé dès qu'il y a un doute sur la maladie avec une symptomatologie typique.
2. L'endoscopie est indispensable au diagnostic.
3. Un temps de Quick allongé peut être évocateur d'une maladie cœliaque.
4. Le régime d'éviction strict protège de tout risque de lymphome et de dysimmunité.
5. Le régime sans gluten est à maintenir à vie malgré la disparition totale des symptômes.

Réponses : 1 - FAUX · 2 - FAUX · 3 - VRAI · 4 - FAUX · 5 - VRAI

1. Il n'est pas recommandé de débiter un régime sans gluten avant la réalisation des biopsies. En effet, le diagnostic histologique peut être difficile en cas de régime sans gluten débuté sans preuve histologique car les lésions peuvent s'estomper<sup>(36)</sup>.
2. Elle n'est pas nécessaire chez les enfants. En effet l'examen étant invasif, en 2020, la mise à jour des recommandations européennes limite le diagnostic à deux critères chez les enfants : Un taux d'Ac anti-TG  $> 10$  fois la limite supérieure et la présence d'Ac anti-endomysium positifs<sup>(37)(38)</sup>. En revanche, l'obligation persiste chez les adultes malgré une forte valeur prédictive positive des IgA anti-TG  $> 10N$  du fait d'une absence de standardisation des IgA anti-TG à l'échelle internationale, de l'absence d'étude multicentrique et d'une étude de cohorte montrant qu'un patient sur 20 était à risque de faux positif (avec des conséquences psychologiques et sur la qualité de vie non négligeables)<sup>(38)</sup>.
3. La maladie cœliaque est une entéropathie qui, au contact du gluten, entraîne une réaction exagérée du système immunitaire avec une destruction des villosités de la muqueuse ; et de ce fait induit, entre autres, une malabsorption de vitamines (folates, A, D, E, K) et de certains électrolytes. La carence en vitamine K potentiellement induite par la maladie entraîne un allongement du temps de quick avec de ce fait un risque d'hémorragie.

4. Il a été montré chez les sujets coeliaques adultes non traités un sur-risque de maladie auto-immune, de lymphome et une augmentation globale de la mortalité<sup>(39)(40)</sup>. En revanche, le régime d'éviction strict ne protège pas de tout risque de lymphome. En effet, la sprue réfractaire (SR) est caractérisée par la persistance d'un syndrome de malabsorption et d'une atrophie villositaire malgré un an de régime sans gluten strict.
5. La plupart des équipes est favorable au maintien du régime à vie en raison de son effet préventif sur la survenue des principales complications, notamment l'ostéoporose, les maladies auto-immunes et les cancers<sup>(41-42)</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Hassan C, Post-polypectomy colonoscopy surveillance : ESGE guidelines update 2020. *Endoscopy* 2020 ;52 : 687-700.
2. Robaszekiewicz M, Rahmi G, Lecomte T, Denis B, Vaillant E, Gronier O, Chaussade S, et les membres du groupe de travail. Modalités de surveillance après polypectomie colique. *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2021 ; 28 : 805-816. Doi 10, 1684/hpg.2021.2218.
3. Roblin X, Tournier Q. Grossesses et biothérapies : une mise au point sur la prise en charge des patientes MICI au moment de la grossesse. *Hépatogastro Oncologie Digestive* 2021 ; 28 : 817-824 doi : 10.1684/hpg.2021.2214.
4. Khosla R, Willoughby CP, Jewell DP : Crohn's diseases and pregnancy ; *Gut* 1984 ; 25 1 : 52-6.
5. Broms G, Granath, Linder M, Stephansson O, Elmberg M, Kieler H, Birth outcomes in women with inflammatory diseases : effects of disease activity and drug exposure. *Inflamm Bowel Dis* 2014.
6. Katz JA, Antoni C, Keenan GF, et al. Outcome of pregnancy in women receiving infliximab for the treatment of Crohn's disease and rheumatoid arthritis. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:2385-92.
7. Lichtenstein GR, Feagen B, Cohen RD, et al. Serious infection and mortality in patients with Crohn's disease: more than 5 years of follow-up in the TREAT registry. *Am J Gastroenterol*. 2012;107:1409-22.
8. Cowse MEB, Scheuerle AE, Chambers C et al. Pregnancy outcomes after exposure to certolizuma pegol : updated results from pharmacovigilance safety database. *Arthritis Rheumatol* 2018 ;70 (9) : 1399-407).
9. Yoon HJ, Youn YH park JC, et al. reversibility of endoscopic features after treatment for eosinophilic esophagitis. *Yonsei Med J* 2021 ; 62 : 487-93.
10. Hirano I, Moy N, Heckman MG, Thomas CS, Gonsalves N, Achem SR. Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic esophagitis: validation of a novel classification and grading system. *Gut* 2013;62:489-95).
11. Spergel JM, Dellon ES, Liacouras CA, et al. Summary of the updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis: AGREE conference. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018 ; 121 : 281-4.
12. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, Furuta GT, Liacouras CA, Katzka DA. ACG Clinical Guideline: Evidence Based Approach to the Diagnosis and Management of Esophageal Eosinophilia and Eosinophilic Esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol* 2013;108:679-92.
13. Schoepfer AM, Gonsalves N, Bussmann C, Conus S, Simon HU, Straumann A, Hirano I. Esophageal dilation in eosinophilic esophagitis: effectiveness, safety, and impact on the underlying inflammation. *Am J Gastroenterol*. 2010 May;105(5):1062-70. doi: 10.1038/ajg.2009.657. Epub 2009 Nov 24. PMID: 19935783.11].
14. Gonsalves N, Yang GY, Doerfler B, Ritz S, Ditto AM, Hirano I. Elimination diet effectively treats eosinophilic esophagitis in adults; food reintroduction identifies causative factors. *Gastroenterology* 2012;142:1451-9 e1; quiz e14-5.
15. Lucendo AJ, Arias A, Gonzalez-Cervera J, et al. Empiric 6-food elimination diet induced and maintained prolonged remission in patients with adult eosinophilic esophagitis: a prospective study on the food cause of the disease. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2013;131:797-804.
16. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, Furuta GT, Liacouras CA, Katzka DA. ACG Clinical Guideline: Evidence Based Approach to the Diagnosis and Management of Esophageal Eosinophilia and Eosinophilic Esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol* 2013;108:679-92.

17. Thobois M, Piche T, Vanbiervliet G. Oesophagite à éosinophile : place de l'endoscopie. *Hépatogastro Oncologie Digestive* 2022 ; 579-586. Doi : 10.1684/hpg.2021.2375.
18. Guyader D, Jacquelinet C, Moirand R et al. Noninvasive prediction of fibrosis in C282Y homozygous hemochromatosis. *Gastroenterology* 1998;115:929-36.
19. FMC gastro.
20. Ellervik C, Marott JL, Tybjaerg-Hansen A et al. Total and cause-specific mortality by moderately and markedly increased ferritin concentrations: general population study and metaanalysis. *Clin Chem* 2014;60:1419-28. 8.
21. Hagstrom H, Nasr P, Bottai M et al. Elevated serum ferritin is associated with increased mortality in non-alcoholic fatty liver disease after 16 years of follow-up. *Liver Int* 2016;36:1688-1695.
22. Hernandez-Real JM, Ricart-Engel W, Arroyo E et al. Serum ferritin as a component of the insulin resistance syndrome. *Diabetes Care* 1998;21:62-8.
23. Moirand R, Mortaji AM, Loreal O et al. A new syndrome of liver iron overload with normal transferrin saturation. *Lancet* 1997;349:95-7.
24. EASL Clinical Practice Guidelines: HFE Hemochromatosis. *J Hepatol* 2010;53:3-22.
25. Guingand M, Bouchard D, Higuero T, Vitton V. Traitement de la fissure anale : la France contre le monde entier ? *Hépatogastro Oncologie Digestive* 2021 ; 28 : 825-831. Doi : 10.1684/hpg.2021.2208.
26. Jensen SL. Treatment of first episodes of acute anal fissure : prospective randomized study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz bath plus bran. *Br Med J Clin Res Ed* 1986 ; 292 : 1167 -9.
27. Jensen SL. Maintenance therapy with unprocessed bran in the prevention of acute anal fissure recurrence. *J R Soc Med* 1987 ; 80 : 296 -8.
28. American Society of Colon and Rectal Surgeons
29. Association of coloproctology of Great Britain and Ireland.
30. Brisinfa G, Maria G ; Oral nifedipine reduces resting anal pressure and heals chronic anal fissure. *Br J Surg* 2000 : 87 ; 251.
31. De Parades V, Daniel F, Atienza P. La fissure anale [Anal fissure]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007 Nov;31(11):985-92. French. doi: 10.1016/s0399-8320(07)78311-2. PMID: 18166891.
32. Mousavi SR, Sharifi M, Mehdikhah Z. A comparison between the results of fissurectomy and lateral internal sphincterotomy in the surgical management of chronic anal fissure. *J Gastrointest Sur* 2009 ; 13 : 1279-82.
33. Maria G, Cassetta E, Gui D, Brisinda G, Bentivoglio AR, Albanese A. A comparison of botulinum toxin and saline for the treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1998; 338: 217-220.
34. Larrue H, Moga L, Bouzbib C, Plessier A, Thabut A, Bureau C. Recommandations de la conférence Baveno VII. *Hépatogastro Oncologie Digestive* 2022 ; 29 :425-442. Doi : 10.1684/hpg.2022.2352
35. Abraldes *Hepatology* 2016.
36. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:136-60.
37. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo I, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020; *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020; 70: 141-56.
38. Buisson A. Maladie coéliquie de l'adulte ; peut-on se passer des biopsies duodénales pour le diagnostic ? *Hépatogastro Oncologie Digestive* 2021 ; 28 : 881-884. Doi : 10.1684/hpg.2021.2206.
39. Cosnes J, Cellier C, Viola S, Colombel JF, Michaud L, Sarles J, et al. Groupe d'Étude et de Recherche Sur la Maladie Coéliquie. Incidence of autoimmune diseases in celiac disease: protective effect of the gluten-free diet. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:753-8. 19.
40. Gao Y, Kritinsson SY, Goldin LR, Björkholm M, Caporeso NE, Landgren O. Increased risk of non-Hodgkin lymphoma in individuals with celiac disease and a potential familial association. *Gastroenterology* 2009;136: 91-8.
41. Malamut G, Meresse B, Cellier C, Cerf-Bensussan N. Celiac disease in 2009: a future without gluten-free diet? *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33:635-47. 23.
42. Haines ML, Anderson RP, Gibson PR. Systematic review: the evidence base for long-term management of celiac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28:1042-66.

## Contact des référents par ville

- **AMIENS** : lucien.grados@neuf.fr
- **ANGERS** : celine.borely@laposte.net
- **ANTILLES-GUYANE** : margaux.caviezal@gmail.com
- **BESANCON** : internes.hge.besancon@gmail.com
- **BORDEAUX** : referent.gastro@gmail.com
- **BREST** : tudual@hotmail.fr
- **CAEN** : internatgastroenterologie.caen@gmail.com
- **CLERMONT** : raux.b12@gmail.com ; eleclerc@chu-clermontferrand.fr
- **DIJON** : internes.hge.dijon@gmail.com
- **GRENOBLE** : MDsecures@chu-grenoble.fr
- **LILLE** : gregoire.walraeve.etu@univ-lille.fr
- **LIMOGES** : alicia.anneraud@free.fr
- **LYON** : ajhgelyon@gmail.com, loic.cheminel@chu-lyon.fr
- **MARSEILLE** : asso.ajgodim@gmail.com
- **MONTPELLIER** : lina.hountondji@outlook.fr ; mathilde.snv@gmail.com
- **NANCY** : internes.hge.nancy@gmail.com ; alice.burgevin@gmail.com
- **NANTES** : referenthge@gmail.com
- **NICE** : dematharel.m@chu-nice.fr
- **OCEAN INDIEN** : s.chouihab@gmail.com
- **PARIS** : bresteau49@msn.com ; floredecastelbajac@gmail.com ; hass.manon@gmail.com ; anaisjenvrin@hotmail.fr ; charlottemouliade@gmail.com
- **POITIERS** : justinetremblais13@gmail.com
- **REIMS** : lletrillart@chu-reims.fr
- **RENNES** : a.karrer@hotmail.fr
- **ROUEN** : ylang-spaes@hotmail.fr ;
- **SAINT ETIENNE** : mathilde.barrau@wanadoo.fr
- **STRASBOURG** : interne.gastro.strasbg@gmail.com
- **TOULOUSE** : larruehelene@gmail.com
- **TOURS** : coralie.fleurent@yahoo.fr

## Contact des sociétés savantes

- AFEF** (Association Française pour l'Étude du Foie) : <https://afef.asso.fr/>
- ANGH** (Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France) : <https://angh.net/>
- CFP** (Club Français du Pancréas) : <https://clubfrançaispancreas.fr/>
- CREGG** (Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépto-Gastroentérologie) : <https://www.cregg.org/>
- FFCD** (Fédération Francophone de Cancérologie Digestive) : <https://www.ffcd.fr/>
- GETAID** (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif) : <https://www.getaid.org/>
- SFED** (Société Française d'Endoscopie Digestive) : <https://www.sfed.org/>
- SFNCM** (Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme) : <https://www.sfncm.org/>
- SNFGE** (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie) : <https://www.snfge.org/>
- SNFCP** (Société Nationale Française de Colo-Proctologie) : <https://www.snfcp.org/>



# ANNONCES DE RECRUTEMENT

195 000 patients pris en charge

3 910 séjours en chirurgie du cancer colorectal

70 établissements ELSAN prennent en charge le cancer colorectal

2 établissements sur 5 dotés d'un echo-endoscope

+47 offres d'installation

10 séjours en chirurgie du cancer colorectal

10 chirurgie colorectal

Hépatogastroentérologue, gastroentérologue interventionnel, oncologue digestif, proctologue...

## Rejoignez-nous !

[recrutement-medical@elsan.care](mailto:recrutement-medical@elsan.care)

[professionmedecin.fr](http://professionmedecin.fr)

**ELSAN**  
Notre Santé autrement

# Ramsay Santé Clinique La Montagne

Clinique de La Montagne - Courbevoie (92)

## Recrutement d'un chirurgien Hépto-Gastro-Entérologue

### PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE & CAPACITÉ D'ACCUEIL

La Clinique de la Montagne est un établissement médico-chirurgical pluridisciplinaire appartenant au Pôle Île-de-France Nord-Ouest du Groupe Ramsay Santé. Cette Clinique est située à Courbevoie dans les Hauts-de-Seine, aux portes de Paris et à seulement 5 minutes de Neuilly-sur-Seine. Structure familiale à taille humaine, la Clinique de la Montagne est aujourd'hui un pôle d'excellence en chirurgie orthopédique doté notamment d'un SOS Main (agrégé FESUM) dont la réputation est excellente, mais qui propose également une offre de soins polyvalente et complète. L'établissement est accrédité par la certification A délivrée par la Haute Autorité de Santé (HAS). La Clinique de la Montagne dispose d'une capacité d'accueil de 68 lits et places répartis comme tel :

- 37 lits d'hospitalisation complète.
- 19 places de chirurgie ambulatoire et 12 lits confort.



### CONTACTS CLINIQUE

Béregère CARLIER | Directrice des Services de Soins  
+33 (0)1 56 37 55 43  
+33 (0)7 78 73 92 70  
b.carlier@ramsaygds.fr

Solène AUGÉY | Attachée de Direction  
+33 (0)1 56 37 56 12  
+33 (0)6 18 51 45 81  
s.augéy@ramsaygds.fr

### CONDITIONS D'INSTALLATION

- 7 Gastro-entérologues interviennent aujourd'hui à la Clinique, dont 2 consultants sur place.
- Proposition de vacation(s) opératoire(s) dans le bloc endoscopie rénové à neuf en 2017.
- 2 salles aseptiques
- Personnel IDE & ASH dédié.
- 1 salle de réveil de 6 places.
- 1 salle de lavage & désinfection.
- Parc de 11 Endoscopes.
- 2 Laveurs Soluscope.
- Activité libérale, installation idéalement secteur 2.
- Taux de redevance : 5% ht sur les honoraires.
- Aide à l'installation par exonération de redevance.
- Possibilité de cabinet de consultation moyennant un loyer par 1/2 journée.
- Profil recherché : déjà installé en Île-de-France ou dans le nord-ouest Parisien.
- Utilisation du logiciel Médiboard.
- Pas d'apport à prévoir.



### PLATEAU TECHNIQUE

- Un bloc opératoire pluridisciplinaire de 6 salles aseptiques et 1 SSPI de 11 places.
- Un bloc endoscopie ambulatoire de 2 salles aseptiques, une salle de désinfection d'endoscope et une SSPI de 6 places.
- Une Unité de Stérilisation rénovée à neuf en 2021.
- Un centre d'Urgence SOS Mains et de l'Épaule Paris Ouest.
- Espace Francilien du Rachis.
- Un Institut de la Colonne vertébrale.
- Un SOS Lumbago dans le département d'Anesthésie Paris Ouest.
- Un service de Radiologie conventionnelle et d'échographie.
- Un service de Kinésithérapie et rééducation fonctionnelle, spécialisé dans les orthèses du membre supérieur.

### LES CHIFFRES CLÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

- 10 000 interventions par an.
- 65 Praticiens libéraux.
- 70 collaborateurs salariés.
- + 6 500 passages /an aux Urgences Mains, dont 3 000 gestes opératoires.
- 8 salles de bloc opératoire dont 2 d'endoscopie.
- 88 % de prise en charge ambulatoire en 2021.
- DMS : Environ 1,9 jour.

### POINTS FORTS DE L'ÉTABLISSEMENT

- Établissement de taille moyenne, taille humaine avec une ambiance familiale.
- Situation géographique idéale aux portes de Paris dans les Hauts-de-Seine : vrai besoin de la population en gastro-entérologie.
- Investissements réguliers dans le matériel médical & au bloc ;
- Équipe de Médecins Anesthésiste Réanimateur très intégrateurs.
- Équipe de direction accessible et à l'écoute.



## Recrute un Gastro-Entérologue dans le Calvados

Dans le cadre du développement de leur activité, les Polycliniques de Deauville et Lisieux recherchent un médecin gastroentérologue h/f, pour une installation en libéral. Jeunes diplômés bienvenus.

### L'activité Gastro-Entérologie

Les plateaux techniques sont équipés pour réaliser, notamment, les interventions suivantes :

- gastrostomie
- coloscopie
- echoendoscopie
- sphincteroscopie
- pose de ballon gastrique

L'équipe de gastroentérologie est composée de deux praticiens sur chacun des sites.

La possibilité est offerte d'intervenir sur les deux plateaux techniques et de consulter sur les deux sites.

### LNA Santé, la force d'un groupe

Le Groupe LNA Santé compte plus de 80 établissements et plus de 7 500 collaborateurs engagés.

La force de LNA Santé est de parvenir à croître en conservant son ADN d'entreprise familiale indépendante.

LNA Santé est reconnu pour la qualité de ses services, son expertise médicale, sa capacité à innover et, en tant qu'employeur reconnu pour son professionnalisme, ses valeurs et sa qualité de vie au travail.



### Quelques chiffres

Polyclinique de Deauville:

- 32 lits de chirurgie dont 6 SSC
- 18 places d'ambulatoire
- 5 salles d'intervention
- 9 postes de SSPI

Polyclinique de Lisieux:

- 34 lits de chirurgie dont 4 SSC
- 20 places d'ambulatoire
- 5 salles d'intervention
- 10 postes de SSP

### Les atouts du projet

- Établissements à taille humaine
- Encadrement de proximité bienveillant
- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Possibilité d'aide à l'installation

### Le Calvados, un territoire aux multiples facettes

Le Calvados c'est ce petit coin de Normandie où les hectares de vergers rencontrent les longues plages qui ont marqué l'Histoire.

Exercer dans le Calvados, c'est travailler dans un environnement idéal en profitant à la fois des avantages d'une vie au grand air et d'infrastructures modernes.

Dans les terres comme en bord de mer, ce territoire normand vous offrira le parfait équilibre entre carrière, vie de famille et épanouissement personnel.

### Contact

Mme MAINIER  
06 77 04 90 04

elodie.mainier@lna-sante.com



# Le CHR d'Orléans recrute UN HÉPATO-GASTRO ENTÉROLOGUE

Le service d'hépatogastro-entérologie comprend :

- 35 lits d'hospitalisation complète : secteur d'oncologie digestive (10 lits), secteur d'hépatologie (9 lits), secteur programmé non ambulatoire (10 lits), secteur de soins continus (6 lits).
- 16 places d'hospitalisation de jour.
- 6 à 8 places de chirurgie ambulatoire.

Il dispose d'un **plateau technique complet** (écho-endoscopie diagnostique et ponction, cathétérisme rétrograde, fibroscan, capsule du grêle, manométrie 3D...).

L'équipe médicale est dynamique. Elle se compose de **8 PH spécialistes** (gastro, hépato, onco-digestive, MICI...), 1 docteur Junior, 4 internes (3 DES, 1 DFMS), et 1 à 2 externes.

L'activité du service, pluridisciplinaire, bénéficie de l'expertise du service de chirurgie digestive qui a développé la chirurgie robotique, du service de radiothérapie, équipe pionnière dans la radiothérapie stéréotaxique hépatique.

L'équipe travaille en réseau avec le CHRU de Tours dans le cadre de la transplantation hépatique avec un suivi des patients transplantés à compter du 3<sup>ème</sup> mois au CHR.

Le profil recherché : Médecin avec thèse (assistant, praticien contractuel, praticien hospitalier).

Une activité libérale peut être favorisée si elle est souhaitée, de même qu'un exercice mixte hospitalier et libéral dans le cadre des dernières évolutions réglementaires. L'activité de recherche est encouragée.

Une offre de logement peut être proposée le temps de l'installation. **L'établissement dispose d'une crèche hospitalière.**

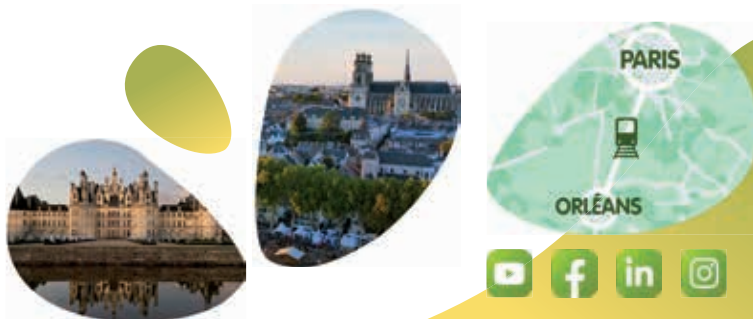
Le CHR Orléans a une vocation régionale liée à sa haute spécialisation et à son plateau technique performant. Hôpital neuf, de 1300 lits et places, il dispose de 4 scanners, 3 IRM, 2 pet scan, et 19 salles d'opérations. **Le CHR d'Orléans a initié sa transformation en Centre Hospitalier Régional Universitaire qui doit être effective en fin d'année 2022.**

Située à 1 heure de Paris et de Tours, en bord de Loire, à l'orée de la Sologne, la ville d'Orléans offre un **cadre de vie très agréable**, un bassin de population attractif et en croissance (le Loiret compte 670 000 habitants).

**Vous souhaitez intégrer une équipe volontaire, dynamique au sein d'un centre hospitalier d'envergure universitaire : nous vous attendons !**



Contacts :  
Docteur Jean-Paul LAGASSE  
[jean-paul.lagasse@chr-orleans.fr](mailto:jean-paul.lagasse@chr-orleans.fr)  
Madame Pauline Di Mascio  
Directeur des affaires médicales  
[pauline.di-mascio@chr-orleans.fr](mailto:pauline.di-mascio@chr-orleans.fr)



## Situé en Côtes d'Armor, bord de mer

Agglomération de 115 000 hab PARIS 2h15 TGV

Le centre hospitalier de Saint-Brieuc :

- Pôle de référence du Territoire de santé ARMOR (N°7).
  - Hôpital de référence du département par son activité. Dispose d'un très beau plateau technique.
- Exerce toutes spécialités (sauf Neuro-chirurgie et Chirurgie Cardiaque).

### PLUS D'INFOS

[www.ch-stbrieuc.fr](http://www.ch-stbrieuc.fr)  
[www.mairie-saint-brieuc.fr](http://www.mairie-saint-brieuc.fr)  
[www.baiedesaintbrieuc.com](http://www.baiedesaintbrieuc.com)

LETTRE DE CANDIDATURE ET CV À ENVOYER À :  
[recrutement.medical.ch-stbrieuc@armorsante.bzh](mailto:recrutement.medical.ch-stbrieuc@armorsante.bzh)

### Pour tout renseignement contacter

Dr Karim AZIZ, Chef de service : 02 96 01 70 46 - [karim.aziz@armorsante.bzh](mailto:karim.aziz@armorsante.bzh)  
Ou Mme Anne Le Roux, Directrice chargée des Affaires Médicales  
02 96 01 73 11 - [recrutement.medical.ch-stbrieuc@armorsante.bzh](mailto:recrutement.medical.ch-stbrieuc@armorsante.bzh)

### Par voie postale

Direction des affaires médicales  
10 Rue Marcel Proust  
22000 Saint-Brieuc



## Propose 2 postes d'Assistant Spécialiste ou Praticien Hospitalier Contractuel en Hépatogastroentérologie à destinations de jeunes diplômés

### CARACTÉRISTIQUES DES POSTES

- Profil jeune diplômé cherchant un post-internat pour assoir son expérience professionnelle et acquérir une sur-spécialité dans les domaines suivants : endoscopie interventionnelle, hépatologie, MICI, oncologie digestive.

### PRÉSENTATION DU SERVICE

- Secteur d'hospitalisation d'hépatogastroentérologie et addictologie de 27 lits, dont 6 lits d'addictologie, et accès filiarisé en hôpital de jour de médecine, chirurgie ambulatoire, et hôpital de semaine.
- L'équipe en place compte 5 PH et 2 Assistants Spécialistes en hépatogastroentérologie.
- Les 2 postes d'Assistants spécialistes seront à pourvoir en novembre 2022.

### ACTIVITÉ MÉDICALE

- Chaque Hépatogastroentérologue a une activité d'HGE générale mais un ou des domaines d'expertise : 2 PH pratiquent l'écho-endoscopie et l'endoscopie interventionnelle, 2 PH ont une activité d'oncologie digestive, 1 PH a une activité d'addictologie, 3 PH ont une orientation hépatologique, 1 PH a une expertise en proctologie.
- Établissement support du GHT d'Armor : recrutement très divers couvrant tout l'éventail de la pathologie digestive avec activité de recours en endoscopie interventionnelle, MICI, hépatologie et oncologie digestive.
- Plateau technique de grande qualité avec un bloc d'endoscopie digestive dédié qui compte 3 salles d'endoscopie neuves et donne accès à l'endoscopie de niveau 1 et 2 : gastroscopie, coloscopie, écho-endoscopie diagnostique et interventionnelle (3 EE radiaux et 3 EE linéaires), CPRE (3 duodénoscopes), FTRD, vidéo capsule, échographie, Fibroscan® et pH-métrie Bravo®.



Centre  
Hospitalier  
Saint-Brieuc



HÔPITAL DE PROXIMITÉ, très dynamique et convivial recherche pour compléter son équipe

## GASTROENTÉROLOGUE TEMPS PLEIN

- forte activité endoscopique
- pas de gardes, pas d'astreintes
- pas de visite en salle (assurée par deux praticiens généralistes)
- un hôpital de jour: chimiothérapies, biothérapies, ponctions d'ascite...

Situé à CHATEAU GONTIER, "la France heureuse et prospère" selon LE MONDE et LA STAMPA, proche d'Angers et de la Bretagne

Partenariat ville-hôpital en plein développement

**Venez-nous rencontrer, nous saurons vous convaincre de nous rejoindre!**

CONTACT :

Dr Valérie Rossi

[vrossi@ch-hautanjou.fr](mailto:vrossi@ch-hautanjou.fr)

06 45 53 33 69



Découvrez le  
Centre Hospitalier  
du Haut Anjou :





## CHERCHE GASTRO-ENTÉROLOGUE (H/F)

pour intégrer une équipe dynamique au sein du Groupement Hospitalier des Portes de Provence à Montélimar.

**L'équipe** est composée de 6 hépato-gastroentérologues temps pleins + 1 assistant de médecine générale + 1 interne.

**Plateau technique complet : endoscopies hautes et basses** avec toutes les techniques interventionnelles (GPE, prothèse, dilatation, mucosectomie), **L'écho-endoscopie diagnostique et interventionnelle (prothèses « Axios »), la CPRE,**

le **Spyglass**, ainsi que le **fibrosan, l'échographie** et la **vidéocapsule**. La dissection sous muqueuse fera bientôt partie de notre arsenal thérapeutique.

**Activité endoscopique :** De 2.200 patients par an en endoscopie, 3.000 actes dont de 350 examens bilio-pancréatiques.

Bientôt 2 salles d'examen. Parc endoscopique important, avec 2 processeurs d'échoendoscopie (1 Olympus EUM-2 ; 1 Hitachi Aloka : Pentax). 3 échoendoscopes linéaires et 1 échoendoscope radial.

**L'activité médicale** est enrichie par la visite, les consultations externes et les consultations spécialisées interservices.

**3 Secrétariats :** Un pour chaque activité (hospitalisation, HJ, consultations)

**Les astreintes opérationnelles** sont réparties équitablement avec possibilité d'en faire plus ou moins selon les disponibilités de chacun.

**L'unité** est composée d'un service de 14 lits d'hospitalisation complète et 6 lits d'hôpital de jour endoscopie.

**Une organisation** remarquable et fluide entre les collègues :

**Elle définit à l'année :**

- Les congés annuels.
- Les congés de formation.
- Les staffs hebdomadaires du service.
- Les astreintes.
- Les répartitions des plages du bloc d'endoscopie.
- Elle donne entière satisfaction à toute l'équipe.

**Le Centre Hospitalier de Montélimar** appelé **GHP** (Groupement Hospitalier des Portes de Provence) est un **établissement support du GHT Sud Drôme Ardèche** comporte :

- 730 lits MCO et EHPAD.
- 8 salles de bloc opératoire.
- 1 réanimation + soins continus (18 lits).
- 1 service d'urgences (50.000 passages/an).
- 1 maternité.
- Toutes les spécialités médicales et médico-chirurgicales sont présentes sur le site.

**Un plateau technique complet** avec un laboratoire, une pharmacie centrale, et un grand service de radiologie : 2 IRM, 3 scanners, 3 salles d'échographie + des salles de radiologie conventionnelle.

**La ville** connaît une croissance exponentielle depuis quelques années, avec une population de 38.000 habitants, son agglomération avoisine les 70 000 habitants, et sa zone sanitaire les 190.000. ville superbe située à 150 km de Montpellier, de Marseille, de Grenoble et de Lyon, et bien adaptée pour une vie sociale et familiale très agréable.

Les accords avec notre direction et la mairie faciliteront vos démarches pour une meilleure intégration pour vous, votre famille et vos enfants. Intégrer notre équipe c'est dire **oui** au confort, à la compétence et à une vie facile et agréable sur Montélimar.

### Rejoignez-nous

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMjG0N4Mc>

**CONTACT :** DR OSMAN - 04 75 53 40 58

[henri.osman@gh-portesdeprovence.fr](mailto:henri.osman@gh-portesdeprovence.fr)

Sandrine MAGNETTE (AAH DAM) - 04 75 53 41 29

[Sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr](mailto:Sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr)



## RECRUTE GASTRO-ENTÉROLOGUE(S)

LA CLINIQUE CENDANEG RECHERCHE GASTRO-ENTÉROLOGUE(S) SUR LE PAYS DE GEX

Autorisée par l'ARS pour les activités de chirurgie ambulatoire et d'anesthésie, La Clinique CENDANEG, certifiée A par la HAS, est idéalement située au centre du Pays de Gex et rayonne sur les 3 départements du Jura, de l'Ain et de la Haute-Savoie.

### POSTE DISPONIBLE IMMÉDIATEMENT

Accompagné de plusieurs Spécialistes des maladies de l'appareil digestif, anesthésistes - réanimateurs, chirurgiens ophtalmologistes, chirurgien cutané, plastique et esthétique, chirurgien urologue et cardiologue, vous participerez au fort potentiel de développement.

### À moyen terme (2 à 3 ans)

Pour cause de départ à la retraite, vous avez la possibilité de reprendre, à court ou moyen terme, la patientèle d'un médecin hépato-gastro-entérologue.

### Moyens techniques

La Clinique Ambulatoire CENDANEG offre un plateau technique complet adapté aux soins de proximité avec :

- 3 salles interventionnelles dont deux sous anesthésie et une ISO5.
- Une salle SSPI de 5 postes.
- Une salle de traitement des DM.
- Une salle de repos et de collation.

Le matériel d'endoscopie digestive comporte de 2 colonnes vidéo, 5 coloscopes, 4 gastroscopes, 2 bistouris avec Plasma-Argon et la vidéo-capsule.

Ouvert de 8h00 à 19h00, les lundis, mardis, jeudis et vendredis, La Clinique Ambulatoire CENDANEG travaille avec une équipe médicale composée de 4 infirmières diplômées d'État et 1 infirmier anesthésiste. 2 secrétaires administratives et une directrice complète la structure.

### VOS AVANTAGES

- Reprise et développement d'activité.
- Absence de garde et d'astreinte.
- Accès à des établissements de santé traditionnels pour des actes non-ambulatoires.
- Secteur sanitaire ZIP, éligible à une aide financière pour l'installation avec contrat CAIM (ARS/CPAM).
- Aide temporaire au logement.

### PLUS D'INFORMATIONS

Clinique CENDANEG,  
180 route du Nant,  
01280 PRÉVESSIN-MOËNS  
Téléphone : 04 50 42 80 25  
Site : [www.cendaneg.fr](http://www.cendaneg.fr)  
Mail : [recrutement@cendaneg.fr](mailto:recrutement@cendaneg.fr)

### PROFIL ATTENDU

- Médecin gastro-entérologue libérale H/F.
- Activité en Profession libérale.
- Inscription au tableau à l'Ordre des médecins.
- Niveau d'expérience Indifférent.
- Diplôme(s) : DES Gastro-entérologie.



CABINET DE  
MEDECINE  
DIGESTIVE

## RECHERCHE COLLABORATION ET/OU REEMPLACEMENT EN VUE D'UNE SUCCESSION À GRENOBLE

### Cabinet situé dans le centre-ville historique de GRENOBLE

- Équipe jeune composée de : Gastroentérologue, Psychologue, Assistante (Logiciel Weda, Doctolib).
- Au 1<sup>er</sup> étage, accès facile, accès Tram, parking.

### ACCÈS à 2 Cliniques

- Endoscopies Vidéocapsule Échoendoscopie.
- Équipes médicales et paramédicales performantes.
- Bonne ambiance.



### Grenoble, capitale verte européenne

- Ville où il fait bon vivre en famille où le triangle Recherche/Enseignement/Industrie dynamise l'économie régionale.
- La nature est à la portée des Grenoblois en 30 minutes : montagnes, lacs, stations de ski.

### Pour en prendre pleins les yeux :

<https://vimeo.com/317242006>



**CONTACT :** Dr Fricamps-Pironi

06 09 76 65 19

[corinne.pironi@orange.fr](mailto:corinne.pironi@orange.fr)

# Sainte Anne Clinique

Clinique Tivoli Ducos / Groupe Saint Gatien

## recrute un Gastro-entérologue libéral en Gironde

### Une activité en croissance continue

Sur les 3 gastroentérologues que compte la Clinique, l'un d'eux est prochainement en fin d'activité. Leur souhait est de rester en équipe de trois, car l'activité connaît une croissance continue sur un bassin de population de plus de 200 000 habitants (au-delà du bassin de la clinique).

La clinique n'a en effet que peu de concurrence localement : les CH de Langon et Marmande ont une faible activité de gastroentérologie médicale.

La Clinique met à disposition une salle et une équipe soignante spécifiquement affectée à l'activité endoscopique au bloc opératoire ainsi qu'un parc de 12 endoscopes. La salle est équipée de 2 lave-endoscope et d'une armoire de séchage des endoscopes.

Le praticien qui part a réalisé en 2021 :

- 60 000 € d'honoraires de consultation
- 240 000 € d'honoraires sur les hospitalisations.

### Les points forts du projet

- Clinique du Groupe St Gatien
- Revenus attractifs
- Aide à l'installation sur mesure
- Clinique installée en Zone de Redynamisation Rurale (exonération totale d'impôts sur les revenus professionnels pendant 5 ans)
- Appui de la direction et du personnel de la clinique
- Concurrence faible sur ce secteur
- Equipements de qualité

Contact

Mr Sylvain Faujiéras

06 99 99 28 45

s.faugieras@groupestaintgatie.com



## Recrute un PH, temps plein, à orientation « hépatologie »

-Recrutement à partir de Novembre 2022, d'un PH supplémentaire pour compléter l'équipe de 8 praticiens titulaires.

-Idéal pour un CCA en fin de formation ou un PH ayant une appétence pour l'hépatologie notamment la gestion des patients transplantés hépatiques et la gestion du carcinome hépato-cellulaire.

Candidat(e) avec 2 ans d'expérience post-internat, intéressé(e) par la clinique et la recherche clinique, dans une équipe jeune et dynamique, avec une institution favorable au développement de projets (éducation thérapeutique, recherche clinique, endoscopie interventionnelle...).

### Un grand CHU à taille humaine dans une région attractive

Le CHU de Poitiers dispose de presque 2.000 lits dont 900 pour les patients de médecine avec un rôle de recours pour de nombreuses pathologies pour la grande région Nouvelle Aquitaine (6 millions d'habitants).

Poitiers est à mi-chemin sur l'axe Paris-Bordeaux et à seulement 1h30 de la mer (La Rochelle et Ile de Ré), Paris et Bordeaux. Poitiers, ville étudiante, dispose de toutes les commodités sur place tout en conservant une qualité de vie excellente sans bouchon, ni pollution.

### Profil de poste détaillé

• Temps hospitalier partagé avec un autre PH pour la co-gestion d'une unité de 8 lits de soins intensifs.

• 2 à 3 consultations orientées hépatologie.

• Endoscopies standards et prise en charge des hémorragies digestives (une vacation par semaine).

• Possibilité de développer une activité d'échographie ou autre geste technique en hépatologie (PBH, fibroscan...) et de s'impliquer/former à d'autres activités (endoscopie interventionnelle, pancréatologie...).

• Participation aux astreintes du service (une par semaine en moyenne + un week-end toutes les 12 semaines environ avec la présence d'un interne).

• Possibilité de coordonner les essais en hépatologie et de s'impliquer dans l'encadrement des externes/internes.



Contact

Pr David TOUGERON

05.49.44.37.51

06.18.52.97.12



### Un service d'hépatogastro-entérologie de pointe

Le service, dirigé par le Pr Christine Silvain, est composé

- HDJ de 10 lits et HDS de 13 lits (orientés endoscopie interventionnelle, hépatologie et MICI) (responsable : Pr David Tougeron).
- secteur d'hospitalisation conventionnelle de 21 lits (responsable : Pr Christine Silvain).
- unité de soins intensifs de 8 lits (hépatopathie sévère...).
- plateau d'endoscopie complet avec endoscopie interventionnelle (responsable : Dr Thierry Barrioz).
- plateau de consultations.
- HDJ des maladies du foie.

• L'équipe médicale comprend 2 PU-PH, 1 MCU-PH, 6 PH, 2 CCA, 2 assistants partagés, 2 docteurs juniors, 8 internes.

• Nous avons une activité soutenue en recherche clinique en hépatologie et en cancérologie digestive.

• Les principales orientations du service sont le carcinome hépato-cellulaire (CELC, SIRT, et traitements systémiques), la transplantation hépatique en collaboration avec le CHU de Tours, l'endoscopie interventionnelle et l'oncologie digestive.

• Le service est Centre de Compétences Maladies rares du foie.

• Les contacts sont faciles avec les collègues de radiologie notamment pour la pose de TIPS, embolisations, et drainages.

• La collaboration est très bonne avec les CHG environnants (Niort, Angoulême, La Rochelle, Saintes...).

## La Clinique Synergia Ventoux localisée à Carpentras (Vaucluse)



# RECHERCHE

un (ou plusieurs, idéalement un couple)

## Hépatogastro-entérologue en libéral pour renforcer ses professionnels déjà présents sur place (4).

Possibilité de cabinet au sein de la clinique ou de reprise d'un cabinet en ville. Grosse activité garantie. Venez rejoindre une équipe médicale dynamique avec la possibilité de pratiquer l'interventionnel.

Réseau de correspondants important, faible redevance, matériel neuf et de pointe, région ensoleillée.



**Vous êtes intéressé ?**

Merci de nous contacter au  
04 32 85 85 74 ou de nous écrire à  
l'adresse : [direction@clinique-synergia.com](mailto:direction@clinique-synergia.com)



## RECHERCHE UN(E) GASTROENTÉROLOGUE MOTIVÉ(E)

Par l'exercice  
hospitalier à temps plein  
à partir de Novembre 2022.  
Possibilité  
de temps partagé  
avec l'AP-HM.

### L'unité de Gastroentérologie de l'hôpital d'Aubagne

#### Présentation de l'établissement :

S'appuyant sur une zone d'attraction immédiate de 250 000 habitants, le Centre Hospitalier d'Aubagne (Edmond Garcin), établissement public de santé de proximité, propose une offre de soins qui répond aux besoins de la population. Un projet de construction de nouvel hôpital validé par l'ARS et budgété démarre cette année (ouverture prévue 2027).

#### Activités et présentation de l'unité de Gastroentérologie :

L'unité de Gastroentérologie est caractérisée par une activité essentiellement ambulatoire dans tous les domaines de la gastroentérologie :

- Endoscopies niveau 1.
- Hôpital de jour.
- Vidéocapsule.
- Phmétrie.
- Sans responsabilité de lits d'hospitalisations.

Par ailleurs, l'hôpital dispose d'une collaboration structurée avec l'AP-HM pour l'endoscopie de niveau 2 (CPRE, écho endo, dissections sous muqueuse) et pour l'oncologie digestive.

Après un départ récent, l'équipe médicale est actuellement composée de 2 praticiens (un plein temps et un mi-temps public / privé). Bonne ambiance au sein de l'hôpital avec plusieurs jeunes praticiens spécialistes arrivés récemment... et bien sûr la mer et les collines de Pagnol à proximité !

#### Conditions

(Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine).



#### PERSONNE À CONTACTER

Dr Stéphanie DE MONTIGNY,  
Responsable UF de Gastroentérologie  
Téléphone : Secrétariat - 04 42 84 72 90  
[stephanie.demontigny@ch-aubagne.fr](mailto:stephanie.demontigny@ch-aubagne.fr)



## L'hôpital Robert Pax de Sarreguemines recrute un Gastro-entérologue



### Le Service de Gastro-Entérologie

- Chef de service : Dr ARDIZZONE
- Profil de l'équipe : 4 gastro-entérologues avec une activité onco-digestive
- Capacité : Service de 26 lits, ainsi qu'un hôpital de jour
- Travail pluridisciplinaire : collaboration régulière avec les services de chirurgie digestive, de radiologie et d'oncologie
- Organisation : Plage d'endoscopie sous AG au bloc et une plage d'endoscopie en salle
- Consultations externes

Le Centre Hospitalier de Sarreguemines dispose de 337 lits et compte plus de 1270 agents au service de la santé de la population.

Le CH Sarreguemines propose un service public de soins et de prévention qui se décline autour de 4 pôles : Chirurgie, Médecine, Mère-Enfant et Médico-technique.



#### Contact

Mr Jonathan HAAS, Directeur des Affaires Médicales  
03.87.27.33.11 / [jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr](mailto:jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr)

#### Profil de poste

Diplôme : DES ou équivalent pour un poste temps plein.  
Statut : praticien hospitalier titulaire ou contractuel.  
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable



## Recrute des Gastro-Entérologues



### Les Services de Gastro-Entérologie des CH de Bar-le-Duc et de Saint-Dizier

- CH Saint-Dizier  
2 gastro-entérologues dans l'équipe.  
8 lits à disposition.  
Bloc endoscopique et consultations.
- CH Bar-le-Duc  
2 gastro-entérologues dans l'équipe.  
Bloc endoscopique et consultations.

#### Contact

Mme RUHLAND / 03 25 56 84 07  
Directrice des affaires médicales  
[celine.ruhland@ch-saintdizier.fr](mailto:celine.ruhland@ch-saintdizier.fr)



### Une offre de soins de proximité et de qualité

Les CH de Saint-Dizier et de Bar-le-Duc appartiennent au GHT Cœur Grand Est. Ils offrent une prise en charge globale aux habitants de Saint-Dizier, Bar-le-Duc et Vitryle-François. Ce large territoire s'inscrit au cœur de deux régions, Champagne-Ardenne et Lorraine. Les 2 établissements sont situés à environ 2h de Paris en train.

#### Informations sur le poste

Diplôme : DES ou équivalent pour un poste temps plein.  
Statut : praticien contractuel ou de praticien hospitalier.  
Possibilité d'activité libérale.  
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.



LE CENTRE  
HOSPITALIER  
D'AJACCIO

« MONTAGNE  
DANS LA MER »,

### UN CADRE DE VIE IDYLLIQUE

Vivre à Ajaccio offre un accès aux équipements et services d'une grande agglomération tout en profitant d'un cadre de vie unique, alliant plaisirs du bord de mer et espaces naturels exceptionnels. Avec ses mille kilomètres de côtes, la Corse est le paradis des amoureux de la mer. Quelle que soit la saison, les plages corse sont de véritables trésors. La montagne Corse est dotée de cette beauté hostile et envoûtante, si caractéristique.

Ses sommets exigeants, tel que le Monte Cinto, mettent à l'épreuve le randonneur. La route mythique du GR20 contribue à la légende de ce territoire unique. La montagne Corse permet des activités telles que le canyoning, l'escalade, le ski, ou bien encore l'alpinisme.

Par ailleurs, les 4 aéroports internationaux de l'île, reliés en direct toute l'année aux aéroports de Paris, Lyon, Marseille et Nice, vous permettent de rejoindre aisément le continent.

Enfin, plus de 100 formations postbac sont dispensées en Université, en école d'ingénieurs ou en IAE. Un parcours académique d'excellence est tout à fait possible en Corse.

RECRUTE

## DES HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUES

### UN ÉTABLISSEMENT NEUF

En nous rejoignant, vous aurez le plaisir d'évoluer au sein d'une structure neuve, dotée d'un plateau technique complet, dernière génération (*livraison du nouvel établissement en octobre 2022*). Cette inauguration symbolise le dynamisme médicale et pluridisciplinaire qui nous anime.

### DESSCRIPTIF DES POSTES VACANTS ET DU SERVICE

- 3 postes de praticiens hospitaliers à temps plein (*statut de PH ou PHC*), au sein du nouvel Hôpital d'Ajaccio.
- Bloc opératoire : 2 salles d'endoscopie avec renouvellement complet de l'équipement (*7 salles de chirurgie + 1 salle hybride*).
- Service de chirurgie ambulatoire de 18 lits.
- Hospitalisation complète de 15 lits pour la gastro entérologie au sein du pôle de chirurgie et de médecine associés (*60 lits*).
- 4 chirurgiens digestifs accrédités pour la chirurgie oncologique (*chirurgie colorectale, gastrique, hépatobiliaire et pancréatique*).
- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'oncologie hebdomadaire.
- Service de réanimation médico-chirurgicale polyvalente très performant.
- Projet de développement de l'endoscopie interventionnelle et structure ouverte au développement d'autres projets d'équipe.

### CONTACT

Mme Christelle FILLEUL,  
Responsable des Affaires Médicales  
Centre Hospitalier d'Ajaccio  
Tél. : 04 95 29 67 38  
christelle.filleul@ch-ajaccio.fr

Les médecins qui intégreront l'équipe d'hépatogastro-entérologie auront à charge de reprendre l'activité médicale brutalement et tristement interrompue, à la suite du décès du chef de service.



## Le CHU de la Guadeloupe recrute un praticien dédié à l'endoscopie interventionnelle



### L'Endoscopie Interventionnelle

L'enjeu majeur est d'accompagner nos Docteurs Juniors, déjà formés, afin qu'il gagnent en autonomie sur cette activité.

Il y a un réel déficit régional en endoscopie interventionnelle, qu'il s'agit d'endiguer.

### Un cadre de vie unique

La Guadeloupe bénéficie d'une position géographique très avantageuse. Située au sud de la mer des Caraïbes, elle est à quelques kilomètres seulement de pays tels que la République dominicaine ou le Venezuela.

La Guadeloupe est une destination nature par excellence, avec des paysages à grands spectacles : nature luxuriante, plages de sable, paysages variés, falaises et belles baies. Et surtout une faune et une flore époustouflantes.

Enfin, la Guadeloupe se prête à une expatriation en famille, à la découverte du charme de la culture créole et de ses traditions.

### Le Service d'Hépatogastro-Entérologie

- Profil de l'équipe : équipe dynamique déjà constituée de 4 ETP + 4 à 6 internes/semestre avec les orientations respectives en hépatologie, nutrition, endoscopie niveau I, MICI, proctologie

- Capacité : 18 lits d'HC et un HDJ mutualisé de 10 lits

- Description du service : service hospitalo-universitaire avec une activité de recherche clinique 1 TEC 1/2 et 1 MEC, couvrant tous les secteurs de la discipline, hépatologie et MICI, oncologie, CCMR Filiole maladies auto-immunes du foie et des voies biliaires et maladies vasculaires du foie

- Les activités du service : endoscopie, videocapsule, échographie, élastométrie, proctologie médicale et chirurgicale

- Travail pluridisciplinaire : partenariat privilégié avec les services de chirurgie digestive, radiologie et oncologie, mais également avec les services de soins critiques

- Couverture de l'ensemble du territoire de la Guadeloupe avec des activités délocalisées et une astreinte régionale

- Accueil des internes de spécialité et de médecine générale ainsi que des étudiants en médecine stagiaires et externes



### Contact

Dr Gelu-Simeon  
06 90 83 78 40

moana.simeon@chu-guadeloupe.fr

### Un projet hospitalier ambitieux et innovant

Le CHU de la Guadeloupe va faire peau neuve à l'horizon 2023 ! Le futur CHU sera un des établissements publics de santé les plus modernes de France qui fera entrer pleinement le système de santé de la Guadeloupe, dans une dynamique d'innovation et de haute technologie.

### Un établissement de référence dans la Caraïbe

Le CHU de la Guadeloupe assure une triple mission : de soins, d'enseignement et de recherche.

Ce CHU est le seul dans la région à prendre en charge les spécialités suivantes : cancer, réanimation polyvalente et néonatale, brûlés, neurochirurgie, chirurgie robotisée, maladies infectieuses et tropicales, coronarographie, gériatrie, drépanocytose.



**Jeune HGE en quête d'exotisme,  
la Guyane Française est faite pour TOI !**

## REJOINS-NOUS au Centre hospitalier de Cayenne !

### En Guyane

tu **découvras la spécialité HGE** avec ses spécificités locales, notamment sa richesse en pathologie infectieuse digestive. Tu t'émerveilleras face à la parasitologie digestive : as-tu déjà vu un ankylostome adulte ? Rejoins-nous et ce sera chose faite !

Tu **découvras l'extraction des boulettes** (ovules) de drogue en endoscopie ! Soigner une MICI dans un milieu riche en pathologie infectieuse, tu découvras ! Tu veux **être autonome en endoscopie** en un semestre, alors notre service est fait pour toi ! Tu veux faire de l'endoscopie interventionnelle (CPRE, écho-endoscopie) ? Pas de panique tu peux commencer à manipuler chez nous ! Tu veux **travailler avec une équipe jeune et dynamique** dans un service en plein développement ? Tu seras au bon endroit. Tu souhaites **participer au développement de nouvelles activités** ?

### Bienvenue chez nous !

Le service d'Hépatogastroentérologie du Centre hospitalier de Cayenne est le centre de référence de la spécialité en Guyane. Avec un secteur d'hospitalisation, d'endoscopie (avec une grosse activité, environ 3000 actes/an), d'hôpital de jour et de consultation, nous couvrons les différentes facettes de la spécialité.

L'équipe est composée de 6 gastroentérologues séniors et de médecins généralistes. Notre plateau technique est doté d'équipement pour l'endoscopie interventionnelle et classique, la manométrie haute résolution œsophagienne et ano-rectale, la pH-impédancemétrie, l'élastométrie (Fibroscan), la proctologie instrumentale et l'échographie. De quoi assurer une formation complète.

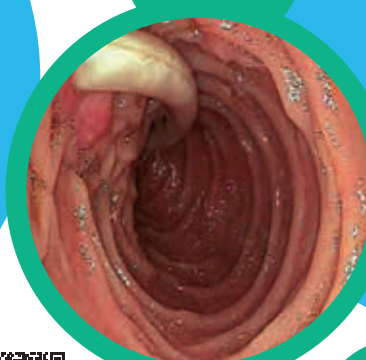
**À très vite en Guyane !**



Extraction  
d'une  
boulette



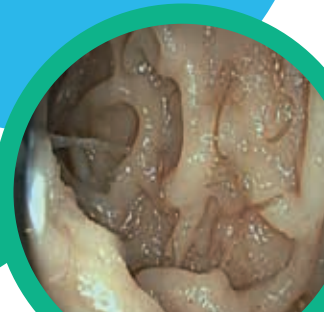
Ascaris débordant  
de la papille  
duodénale



### Tu as la possibilité de nous rejoindre :

- A l'occasion d'un inter-CHU.
- En tant qu'assistant spécialiste partagé : tu effectueras un an en surnombre dans l'Hexagone dans le CHU de ton choix (très intéressant pour le sur-spécialiser), année financée par le CHC et l'ARS Guyane et un an au CHC (dans l'ordre que tu veux).

Ankylostome  
dans le  
duodénum



### CONTACTS

alolia.aboikoni@ch-cayenne.fr | dominique.louvel@ch-cayenne.fr | afm@ch-cayenne.fr

## Le CHT Gaston Bourret

### RECRUTE

Le CHT Gaston Bourret de Nouvelle-Calédonie recrute et offre l'opportunité pour des assistants et PH d'hépatogastroentérologie de vivre une expérience professionnelle et personnelle pour quelques mois, années ou pour toute une carrière dans un cadre de vie exceptionnel.

Le CHT est un grand centre hospitalier de 528 lits, situé en bord de mer et composé de beaux jardins exotiques.

Le salaire est indexé et calculé en fonction des titres et de l'ancienneté. Le billet d'avion est pris en charge par notre établissement.



## HÉPATO-GASTROENTÉROLOGUES

Assistant / PH / Remplaçant

Dès 2023

### LE SERVICE D'HGE

- 3,5 postes de médecins équivalent temps plein + médecins généralistes selon l'effectif de spécialistes.
- Internes de spécialité et de médecine générale.
- 14 lits d'hospitalisation conventionnelle en médecine polyvalente à orientation HGE.
- Une structure d'hospitalisation de semaine et d'hospitalisation de jour de médecine et d'oncologie.
- Plateau technique d'endoscopie avec possibilité d'endoscopie interventionnelle et écho endoscopie.



Contact pour plus d'informations : veronique.brunner@cht.nc  
recrutement.medecins@cht.nc

<https://www.cht.nc/>

Hôpital du Jura bernois

Établissement de proximité, bien ancré dans sa région et s'appuyant sur des compétences multidisciplinaires au service des patients, l'Hôpital du Jura bernois (HJB) offre des activités à haute valeur ajoutée.

Comptant près de 1 200 collaborateurs, l'HJB couvre les besoins médicaux-hospitaliers d'une population d'environ 50 000 habitants. Seul hôpital francophone du canton de Berne, notre établissement se caractérise par son dynamisme, son excellente infrastructure et son souci constant de développer des prestations médicales de proximité et de qualité répondant aux besoins actuels et futurs de notre population.

Pour compléter notre équipe de gastroentérologues de St-Imier et Moutier,

NOUS RECHERCHONS :

**UN(E) MÉDECIN-CHEF(FE) ADJOINT(E) EN GASTROENTÉROLOGIE  
50-100 % à St-Imier**

**UN(E) MÉDECIN-CHEF(FE) ADJOINT(E) EN GASTROENTÉROLOGIE  
50-100 % à Moutier**

L'unité de gastroentérologie présente une activité d'environ 1000 endoscopies par an à Moutier et 900 à St-Imier, l'activité comprend une consultation spécialisée ambulatoire avec suivi de patient MICI, possibilité de pratiquer la sonographie abdominale.



Les demandes de renseignements complémentaires et les dossiers de candidatures sont à adresser à :  
Dr Alain Kenfak Foguena, Directeur médical, HJB SA  
Rue Beausite 49 - 2740 Moutier  
Tél. : +41 32 494 38 48 - E-mail : Alain.Kenfak@hjb.ch

### VOS PRINCIPALES RESPONSABILITÉS

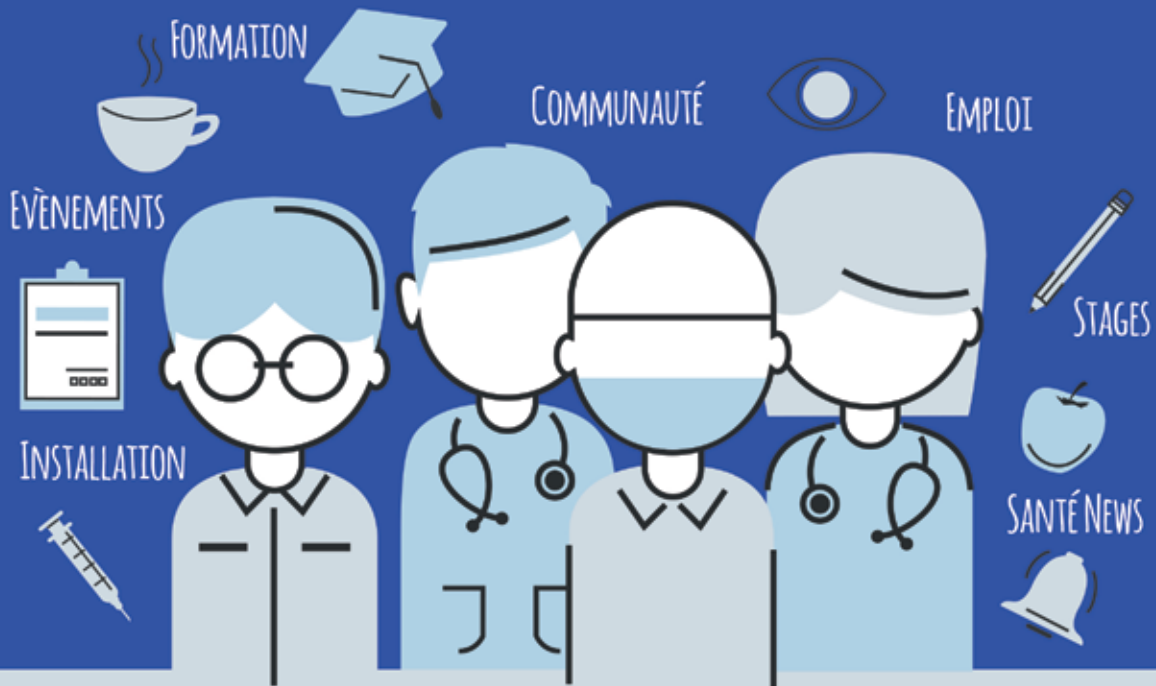
Assurer et renforcer l'activité dans le service de gastroentérologie. Participer à la formation continue médicale (cours de formation pour les médecins assistants). Participer activement aux projets de développement du service de gastroentérologie.

### VOTRE PROFIL

Titre de spécialiste FMH (ou équivalent) en gastroentérologie. Une expérience clinique universitaire. Une bonne capacité à s'intégrer dans une équipe multidisciplinaire et à faire preuve de collégialité.

**ENTRÉE EN FONCTION** : De suite ou à convenir





# RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ  
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)  
INSCRIPTION GRATUITE

**resah.idf**  
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

**e**  
pôle emploi

UniHA

**FEHAP**  
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE  
PRIVES NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05    ✉ [CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR](mailto:CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR)

[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr) est un site Internet certifié HONcode

