



Association Française des Internes
d'Hépatogastro-Entérologie

Journal des Jeunes Gastros

JJG

Numéro 07
Novembre 2025



Polypes gastriques

Une aide pour le diagnostic endoscopique !

Sarcome d'Evans

Un cancer du pancréas pas comme les autres !

Piqûre de rappel

Rectocolite hémorragique en pratique

Focus

Comment un interne se forme en France en 2025 ?

ÉDITO

Chères et chers collègues

C'est avec beaucoup de plaisir que nous vous présentons ce nouveau numéro du JJG. Comme toujours, notre ambition est de proposer une revue qui nous ressemble : sérieuse sans être trop austère, formatrice mais facile à lire, et surtout connectée à notre quotidien d'internes entre gardes, staffs, thèse... et cafés avalés à la hâte.

Nous avons veillé à ce que les différents aspects de notre spécialité soient représentés : l'hépatologie, les MICI, l'oncologie et l'endoscopie trouvent tous leur place dans ces pages. Cette diversité reflète la richesse de la gastro-entérologie et illustre les multiples facettes de notre pratique.

Pour ce numéro, nous avons aussi cherché à varier les approches : cas cliniques qui interrogent, mises au point pratiques, retours d'expérience et formats plus interactifs. De quoi nourrir à la fois la curiosité scientifique, la formation continue et, espérons-le, le plaisir de lecture.

Le JJG, c'est aussi un espace qui vit grâce à vous. Vos idées, vos contributions, vos questions sont toujours bienvenues, qu'il s'agisse d'un cas atypique, d'un point de vue original ou simplement d'une envie de partager. N'hésitez pas à nous écrire, à échanger avec nous, ou à proposer vos sujets : ce journal est avant tout un projet collectif.

Un grand merci à toutes celles et ceux qui ont participé à ce numéro malgré des emplois du temps souvent chargés. On espère que vous prendrez autant de plaisir à le lire que nous en avons eu à le préparer.

Bonne lecture à toutes et à tous !



Casimir JEANTAUD
Interne en HGE



Clément ROUSSEAU
Interne en HGE

Pour l'équipe de rédaction du JJG

BUREAU AFIHGE 2025 - 2026



Marie RACLOZ
Secrétaire Générale
Besançon



Casimir JEANTAUD
Président
Caen



Zakia FILALI ANSARY
Trésorière
Toulouse



Clément ROUSSEAU
VP Revue
Lyon



Marina GALLE
VP
Paris



Léo TRAN
VP Com'
Paris



Jeanne DEVISSAGUET
VP Part'
Rouen



Julie MANATA
VP
Nantes



Inès LÉVEQUE
VP
Besançon

SOMMAIRE

N°07

Novembre 2025

06. AGENDA

Calendrier des événements du semestre

07. ENDOSCOPIE

Polypes de l'estomac : le b-a-ba de l'interne

11. GASTRO-ENTÉROLOGIE GÉNÉRALE

Comprendre et traiter la colite à Clostridioides difficile en 2025 :
Interview du D^r Nicolas BENECH

20. ONCOLOGIE DIGESTIVE

Une cause rare d'ictère obstructif : le sarcome d'Evans
du pancréas

24. MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

24. RCP médico-chirurgicale MICI

30. La rectocolite : comment choisir le bon traitement pour son
patient ?

35. HÉPATOLOGIE

TIPS et CHC : une recette à déterminer

36. FOURE-TOUT TRÈS INTÉRESSANT

36. Ton événement international incontournable de l'internat
d'HGE : l'UEG Summer School à Prague

39. Comment un interne se forme en 2025 ?

43. Gastro-entérologues et hépatologues : risque médico-légal
de la spécialité

45. ANNONCES DE RECRUTEMENT



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

79 boulevard du Montparnasse

75006 Paris

afhge@gmail.com

www.afhge.org

   @afhge

ISSN

2969-9207

Editeur & Régie publicitaire

Réseau Pro Santé

M. TABTAB Kamel, Directeur

14, Rue Commines - 75003 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

contact@reseauprosante.fr

www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

Crédit photos

Adobe Stock, 123RF, AFHGE

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.

Imprimé sur papier recyclé



Calendrier des événements

Novembre 2025 à Mai 2026

Novembre 2025

LES JOURNÉES DE COLO-PROCTOLOGIE

Du 13 au 15 novembre 2025 • Marseille

Organisé par la SNFCP (Société nationale Française de Colo-proctologie)

VIDEODIGEST – Cours intensif

Du 20 au 21 novembre 2025 • Paris

Organisé par la SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive), le CFE (Club Français d'Echo-endoscopie) et la SNGFE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie)

GASTROSOCLE

Dimanche 30 novembre 2025 • Paris

Évènement de la SNFGE destiné aux internes en HGE en début de premier semestre

GASTROGO

Dimanche 30 novembre 2025 • Paris

2^{ème} journée de la SNFGE dédiée aux DES en HGE (à partir du 3^{ème} semestres)

Décembre 2025

JOURNÉES FRANCOPHONES DE NUTRITION

10-12 décembre 2025 • Lyon

Programme réalisé en collaboration avec la SFN (Société Française de Nutrition) et la SFNCM (Société Francophone Nutrition Clinique & Métabolisme)

Décembre 2025 à mars 2026

ENDOASTROLIVE 2026

6^{ème} édition : 1 événement, 4 dates !

À suivre sur www.endogastrolive.com

Le 18 décembre 2025, 19h00-21h00

Le 22 janvier 2026, 19h00-21h00

Le 29 janvier 2026, 19h00-21h00

Et le 12 mars 2026, 14h00-16h00

Novembre 2025 à septembre 2026

FFCD (Fédération Francophone de Cancérologie Digestive)

➔ **ENJEUX PRODIGE 2026**

Le jeudi 13 novembre 2025 de 10h à 18h30 • Paris

➔ **JOURNÉES DE LA FFCD (JFCD)**

Du 22 au 23 janvier 2026 • Paris

➔ **COURS INTENSIFS DE LA FFC**

Du 01 au 02 avril 2026 • Toulouse

Du 24 au 25 septembre 2026 - Poitiers

Février 2026

CONGRES ECCO

(European Crohn's and Colitis Organisation)

Du 18 au 21 février 2026 • Stockholm, Suède

Mars 2026

JFHOD • Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive

Du 19 au 22 mars 2026 • Paris

Organisé par la SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie) et la FMC-HGE (Association Nationale Française de Formation Continue en Hépatogastro-Entérologie)

Mai 2026

ESGE DAYS (European Society of Gastrointestinal Endoscopy)

Du 14 au 16 mai 2026 • Milan, Italie

JOURNÉES DE L'AFIHGE (Association Française des Internes en HGE)

30 et 31 mai 2026 • Toulouse

CONGRÈS DE L'EASL (European Association for the Study of the Liver)

Du 27 au 30 mai 2026 • Barcelone, Espagne

Polypes de l'estomac : le b-a-ba de l'interne



Tiffany VO
Interne en HGE à Rouen

Durant notre internat, un des premiers gestes que nous apprenons est de réaliser une gastroscopie. Les polypes gastriques représentent entre 1 à 6 % des gastroscopies et il existe plusieurs types de polypes impliquant des conduites à tenir pouvant être différentes.

Cet article est basé principalement sur le travail du United European Gastroenterology (UEG) et vise à donner une vision claire et synthétique des polypes gastriques que nous serons amenés à rencontrer dès les premiers mois de notre formation. Il ne traitera pas des critères de qualité d'une gastroscopie, des adénocarcinomes, des tumeurs sous-muqueuses, des métastases gastriques ou des lymphomes.

Polype glandulo-kystique ou fundique (≈ 70 % des polypes gastriques)

Ils apparaissent **petits, brillants avec des lacis vasculaires** visibles en surface. Ils prédominent dans le **fundus et le corps gastrique** et sont souvent associés à la **prise d'IPP**.

Histologie : Dilatation des glandes fundiques. La dysplasie est rare.

Conduite à tenir

- Résection indiquée si :
 - Polype > 1 cm
 - Localisation : **antre**
 - Aspect **ulcéré**
- Si > 20 polypes, réaliser une coloscopie pour éliminer une polyposé adénomateuse familiale (PAF). En cas de PAF confirmée, il faut une surveillance par gastroscopie tous les 2 ans pour dépister un adénome.

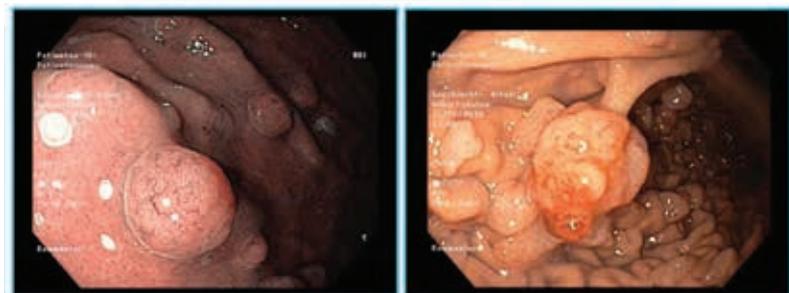


Figure 1 • Polypes glandulokystiques ou fundiques

Polype hyperplasique (≈ 20 % des polypes gastriques)

Ils sont plus fréquents dans les régions à forte prévalence d'*Helicobacter pylori*.

Leur aspect est sessile ou pédiculé, de 5 à 15 mm, parfois ulcéré.

Ils sont uniques, le plus souvent antraux, ou multiples dans le corps. Ils peuvent avoir un aspect en dôme hyperhéméié avec des glandes allongées et une vascu-

larisation homogène. Malgré son aspect possiblement hyperhéméié, ce polype est rarement la cause d'anémie ferriprive.

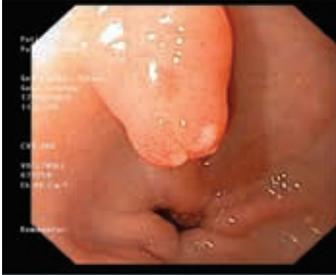


Figure 2 • Polype hyperplasique unique de l'antré

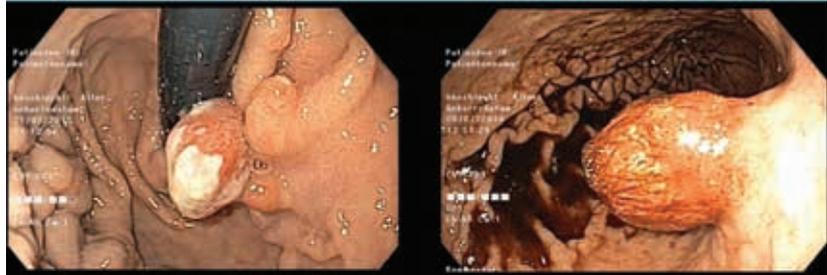


Figure 3 • Polype hyperplasique en forme de dôme hyperhéméié

Associations fréquentes

Gastrite atrophique liée à *H. pylori*, gastrite réactionnelle (ulcère, gastrostomie), gastrite auto-immune (Biermer). L'anémie ferriprive est rare malgré l'aspect parfois hémorragique.

Histologie

Hyperprolifération inflammatoire de la muqueuse gastrique. On distingue plusieurs sous-types : polype inflammatoire, hyperplasie foveolaire polypoïde, gastrite kystique polypoïde (post-gastrectomie).

Risque de dysplasie ou cancer

La dysplasie est retrouvée dans 5–20 % des cas, et un adénocarcinome dans environ 2 %. Les facteurs de risque sont une taille > 1cm, un aspect Paris 0-Ip et un antécédent de gastrectomie.

Conduite à tenir

- Résection d'emblée si polype unique > 5 mm par anse diathermique.
- En cas de polypes multiples, résecter les plus volumineux pour ne pas méconnaître un adénocarcinome.

- Si polype < 10 mm et infection à *H. pylori*, l'éradication doit être systématique car elle peut entraîner une régression spontanée.

Surveillance

- Non nécessaire après résection d'un petit polype hyperplasique isolé, sans dysplasie ni gastrite chronique.
- En cas de gastrite chronique, la surveillance dépend du score anatomopathologique OLGA :
 - OLGA III–IV → FOGD tous les 3 ans.
 - OLGA I–II → pas de bénéfice démontré d'une surveillance systématique.

Polype adénomateux (1 % des polypes gastriques)

Il s'agit d'une lésion précancéreuse : 75 % évoluent vers un adénocarcinome. De plus, 30 % sont **synchrones**, surtout en cas de gastrite atrophique. Ils peuvent avoir un aspect Paris 0-Is (plan) ou 0-IIa (sessile surélevé).

Conduite à tenir

- Résection en bloc obligatoire.
- Surveillance :
 - Dysplasie de bas grade : gastroscopie de contrôle dans un délai d'un an maximum.
 - Dysplasie de haut grade : gastroscopie de contrôle à 6-12 mois.

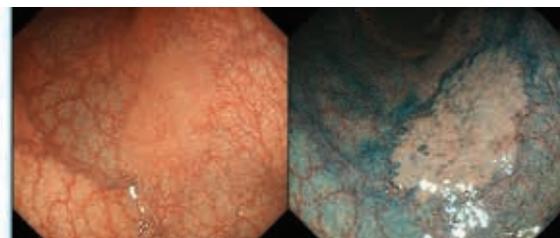


Figure 4 • Adénome gastrique pédiculé Paris 0-Ip retiré à l'anse froide

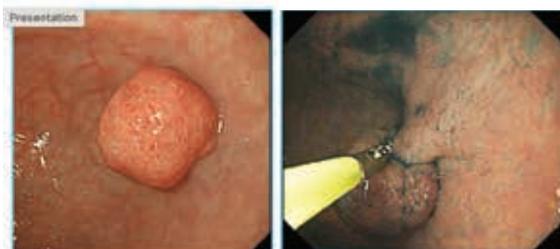


Figure 5 • Adénome gastrique plan Paris 0-IIb qui va probablement nécessiter une dissection sous-muqueuse...

Le cas particulier de l'adénome gastrique de type fovéolaire

L'adénome gastrique de type fovéolaire (FGA : foveolar-type gastric adenoma) est une lésion précancéreuse qui peut ressembler morphologiquement à **un petit polype hyperplasique gastrique** chez les

personnes non infectées par *H. Pylori* (HpN-GHP : Hp-naive gastric hyperplastic polyp). Son aspect macroscopique lui rend une différenciation difficile, même après biopsie. En anglais,

on le décrit avec une « raspberry appearance » (= un aspect en framboise pour les moins bilingues d'entre nous).

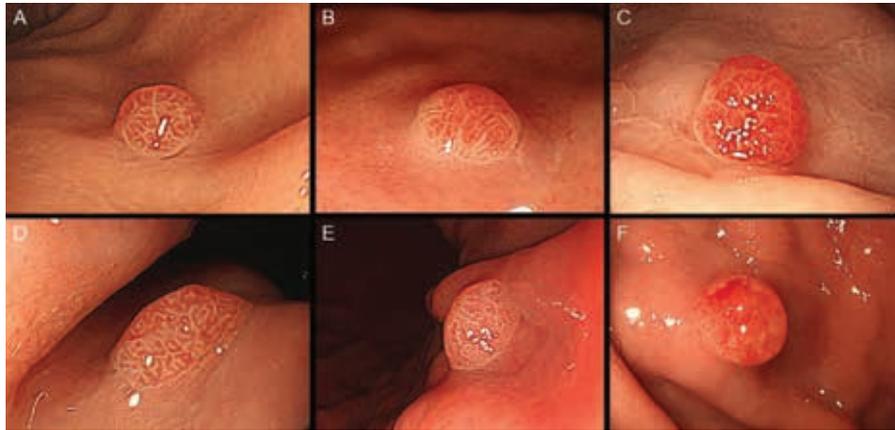


Figure 6 • Un adénome gastrique (A, B, C) et un polype hyperplasique HpN-GHP (D, E, F)

1. Color tone	bright red	slight red	4. Capillary visibility	positive	negative
2. Peripheral hyperplasia	positive	negative	5. Demarcation	positive	negative
3. Microstructure	Papillary/gyrus-like	tubular	6. White zone thickening	negative	positive
	FGA	HpN-GHP		FGA	HpN-GHP
	Likely histologic feature			Likely histologic feature	

Figure 7 • L'adénome gastrique de type fovéolaire, en comparaison avec le polype hyperplasique HpN-GHP, est rouge vif avec une hyperplasie des glandes à sa périphérie, a une microstructure plutôt papillaire avec des circonvolutions (en opposition avec la présence de tubules), des micro-vaisseaux visibles en chromo-endoscopie, une démarcation basale nette et l'absence de l'épaississement blanchâtre au niveau des circonvolutions. On considère que la présence de quatre critères sur six permet de le classer comme un adénome gastrique à type fovéolaire, et donc à la résection en bloc systématique.

En conclusion

Devant un polype gastrique, toujours se poser les questions suivantes :

- Quelle est sa taille ?
- Quelle est sa localisation ?
- Y a-t-il un contexte (IPP, gastrite, H. pylori, PAF, Biermer...) ?
- Quelle est son apparence (forme, vascularisation, ulcération) ?

En cas de doute, la biopsie du polype seule est rarement suffisante : la résection est souvent nécessaire pour caractérisation histologique complète.

Et pour avoir une source toujours prête dans sa galerie photo, voici un tableau récapitulatif pour résumer l'article 😊

Type de polype	Endoscopie	Risque évolutif	Conduite à tenir
Fundique (glandulo-kystique)	Petits, brillants, lacis vasculaires visibles. Localisation fundus/corps.	<ul style="list-style-type: none"> Dysplasie rare (<1 %), mais jusqu'à 40 % si PAF. Régression possible à l'arrêt des IPP. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de résection si <1 cm, non ulcéré, fundique. Résection si >1 cm, ulcéré ou antral. Coloscopie si > 20 polypes. Surveillance tous les 2 ans si PAF.
Hyperplasique	Sessile/pédiculé, 5–15 mm, souvent antral. Peut être ulcéré ou multiple, ou en forme de dôme avec hyperhémie.	<ul style="list-style-type: none"> Dysplasie 5–20 % Cancer 0,5–2 % si >1 cm, Paris 0-Ip, post-gastrectomie. 	<ul style="list-style-type: none"> Résection si >5 mm ou polype unique (anse diathermique). Si multiples : résecter les plus gros. Éradication <i>H. pylori</i> si présent. Surveillance si gastrite chronique (OLGA).
Adénomateux	Paris 0-Is ou 0-IIa. Souvent plan ou sessile.	<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé de progression en adénocarcinome (jusqu'à 75 %). Adénomes synchrones dans 30 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Résection en bloc systématique. Surveillance endoscopique à 6 mois (DBG) ou 1 an (DHG).

Références

- UEG Online Course – Gastric Polyps (2018).
- Islam RS, et al. Gastric polyps: a review of clinical, endoscopic, and histopathologic features and management decisions. *Gastroenterol Hepatol* 2013; 9: 640–651.
- Shaib YH, et al. Management of gastric polyps: an endoscopy-based approach. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 1374–1384.
- Dinis-Ribeiro M, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSg), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy* 2012; 44: 74–94.
- Shibağaki, K., Ishimura, N., Kotani, S. et al. Endoscopic differential diagnosis between foveolar-type gastric adenoma and gastric hyperplastic polyps in *Helicobacter pylori*-naïve patients. *Gastric Cancer* 2023; 26 : 1002–1011.

INTERVIEW

Comprendre et traiter la colite à Clostridioides difficile en 2025



Clément ROUSSEAU
Interne en HGE
aux Hospices Civils de Lyon

Entretien avec D^r Nicolas BENECH, Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

En tant qu'internes en hépatogastroentérologie, l'infection à Clostridioides difficile (ICD) reste un enjeu clinique majeur, tant par sa prévalence que par le risque élevé de récurrence et ses formes sévères.

L'ICD est la 1^o cause de diarrhées nosocomiales dans les pays industrialisés et est responsable de 10 à 25 % des diarrhées post-antibiotiques (ATB). La mortalité de l'ICD non compliquée est de 0,6 à 1,5 % mais peut monter à plus de 30 % en cas de forme sévère (1,2).

Le Dr Nicolas Benech, gastroentérologue à l'Hôpital de la Croix-Rousse, nous livre son point de vue sur les évolutions récentes, en lien avec la pratique hospitalière et les données scientifiques.

Définition des ICD (3,4)

ICD à haut risque de récurrence	<ul style="list-style-type: none"> • Âge > 65 ans • Antécédent d'ICD • ICD associée aux soins • Traitement par IPP (inhibiteur de la pompe à protons) ne pouvant être suspendus • Traitement par ATB en cours > 7J • Hospitalisation dans les 3 derniers mois
ICD sévère	<p>≥ 1 critère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre > 38,5°C • Leucocytose > 15G/L • Insuffisance rénale aiguë (>50 % d'augmentation de la créatinine) • Signes de gravité à l'imagerie (si disponible) : distension colique, infiltration de la graisse péri-colique, épaissement de la paroi colique
ICD sévère compliquée	<ul style="list-style-type: none"> • Signe de sepsis voire choc septique : hypotension, élévation des lactates • Iléus : vomissements, absence de selles, signes radiologiques de distension intestinale • Mégacôlon toxique, perforation intestinale • Évolution fulminante : dégradation clinique rapide du patient
Récurrence	Récurrence de l'ICD dans les 8 semaines suivant un épisode précédent, à condition que les symptômes de l'épisode précédent aient disparu après l'achèvement du traitement initial
Réfractaire	Absence de réponse à 3 ou 5 jours après le début des traitements

D^r Benech, quelle est aujourd'hui l'évolution de l'épidémiologie de l'infection à C. difficile ?

D^r Benech.- L'incidence globale est plutôt stable en France actuellement.

L'épidémiologie actuelle est marquée par l'émergence de cas d'ICD

communautaire sans facteur de risque identifié. En effet, 50 % des ICD sont diagnostiqués en ville et 30 % d'entre elles n'ont pas de facteur de risque identifié. **En un**

mot, il faut y penser tout le temps devant un épisode de diarrhée aiguë présumée infectieuse non résolutive en 48h (5,6,7).

Quels sont les principaux facteurs de risque à connaître en 2025 ?

D^r Benech.- L'ICD est une maladie de l'écosystème intestinal lié à une modification du microbiote (8).

Les grands facteurs de dysbiose restent valables comme l'âge (plus de 65 ans), une antibiothérapie récente (notamment les céphalosporines, la clindamycine, les

quinolones, les carbapénèmes), une hospitalisation prolongée (9).

Des facteurs liés à l'hôte sont parfois retrouvés comme une immunodépression, des antécédents de chirurgie abdominale, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).

À noter que la prise d'IPP doit toujours être questionnée puisqu'il s'agit d'un facteur de risque associé à la survenue et à la récurrence d'ICD.

Quelle stratégie diagnostique recommandez-vous en 2025 ?

D^r Benech.- Le diagnostic d'ICD doit reposer sur la présence de signes cliniques évocateurs et sur la réalisation de tests biologiques (4).

Le consensus actuel est de privilégier une approche en deux étapes :

1. On commence par un test de dépistage très sensible avec recherche de la toxine, soit par test PCR ciblant le gène codant la toxine de CD soit par test immuno-enzymatique (GDH EIA). Ces tests permettent de confirmer la présence de C. Difficile dans les selles. Ils présentent une très grande sensibilité permettant l'identification des patients porteurs de CD toxino-gène.

2. Ensuite, on réalise une recherche de toxines libres A/B par technique immuno-enzymatique, confirmant la présence de toxines libres produites au sein du tractus digestif et donc d'une ICD en présence de signes cliniques. À noter que la sensibilité de ce test est plus faible et dépendante des conditions de recueils des selles. Sa négativité n'exclut donc pas forcément le diagnostic d'ICD, surtout en cas d'initiation récente d'une antibiothérapie anti *Clostridioides* (10). Dans ces cas là, si la PCR est positive mais que la toxine est négative, on doit interpréter le résultat

avec précaution : il peut s'agir d'une simple colonisation ou d'un portage asymptomatique, notamment en cas d'ICD récente (<6 mois).

La corrélation clinico-biologique est donc essentielle :

- Présence de diarrhée aqueuse vraie (≥3 selles liquides depuis au moins 48h).
- Absence d'autre cause évidente de diarrhée.
- Test microbiologique positif.

La réponse au traitement anti-CDI peut finir de confirmer le diagnostic d'ICD en cas d'incertitude et d'un retentissement important de la diarrhée.

Plusieurs possibilités lors des tests diagnostiques

PCR Clostridioides	PCR positive	PCR négative
Recherche de toxines A/B par test immunologique		
Positive	Diagnostic d'ICD retenu	Diagnostic d'ICD exclu
Négative	Portage asymptomatique ou ICD À confronter aux données cliniques Option 2° intention : PCR ou culture toxigénique	Diagnostic d'ICD exclu

Quelles sont les recommandations actuelles en première ligne thérapeutique ?

D^r Benech.- En 2025, la fidaxomicine est le traitement de première intention pour les formes non sévères (11,12).

Il s'agit d'un antibiotique topique bactéricide temps dépendant qui présente un spectre d'activité très étroit permettant une forte épargne du microbiote. Son taux de succès à J10 avoisine les 90 %. De plus, elle permet une réduction significative des récurrences (47 %) dans les 4 semaines. Les taux de récurrence en cas de prise d'ATB concomitante sont également moins importants. Enfin, ce bénéfice était particulièrement

identifiable dans la population de patients avec un cancer.

La vancomycine orale reste une alternative valable, notamment en cas de limitation d'accès à la fidaxomicine (13).

En pratique, ces deux molécules nécessitent une ordonnance hospitalière et ne sont délivrées qu'en rétrocession par une pharmacie hospitalière.

À noter que le bezlotoxumab, anticorps monoclonal ciblant la toxine B, n'est plus commercialisé depuis juillet 2025, suite à une décision commerciale du laboratoire. Enfin, le métronidazole n'a, en théo-

rie, plus sa place dans la stratégie thérapeutique d'une ICD en France en 2025 au vu de son plus faible taux d'efficacité et de prévention de la récurrence. Si débiter un traitement par métronidazole en ambulatoire chez un patient avec une ICD qui n'aura pas accès à une pharmacie hospitalière dans les 24h peut rester licite, il faut considérer systématiquement un relai par vancomycine ou fidaxomicine dès que possible.

Vous retrouverez un tableau récapitulatif des recommandations européennes et américaines en fin d'article.

Qu'en est-il des récurrences ? Quand envisager une transplantation de microbiote fécal (TMF) ?

D^r Benech.- Une récurrence d'ICD est définie par un nouvel épisode clinique survenu après résolution du précédent, dans les 2 mois après l'arrêt du traitement anti-*Clostridioides*. Il traduit la persistance d'un écosystème intestinal propice à la germination et la production de toxine par le *C. difficile*. Les taux de récurrence d'une ICD varient de 20 % après un 1^{er} épisode à plus de 60 % après 3 épisodes (2 récurrences) ou plus (9).

Les traitements validés pour une 1^o récurrence dépendent du risque de récurrence ultérieure.

On peut proposer un changement de traitement entre FIDAXOMICINE et VANCOMYCINE en fonction du traitement utilisé lors du premier épisode. Ces molécules peuvent être administrées avec des schémas alternatifs (NDR : voir page suivante).

On optera pour cette option en cas d'absence de risque de récurrence, notamment chez un patient jeune sans comorbidité.

Une autre alternative possible est la transplantation de microbiote fécal (TMF). En effet, dans certaine population à haut risque de récurrence, la TMF a montré son efficacité pour diminuer le risque de récurrence dès le 2^o épisode avec une diminution de la mortalité chez les sujets de plus de 70 ans (14).

La TMF a été validée est aujourd'hui par ailleurs le traitement de référence dès la 2^o récurrence d'ICD. Les taux de succès retrouvés en pratique clinique sont supérieurs à 80 % (15) avec une excellente tolérance (<1 % d'effets indésirables graves). Son efficacité est majorée en cas de répétition d'administration de TMF (jusqu'à

90 % après la deuxième TMF). Ces résultats sont bien meilleurs que les résultats obtenus après utilisation de la VANCOMYCINE ou de la FIDAXOMICINE.

Il s'agit donc du traitement de référence après la 2^o récurrence d'ICD, après traitement conventionnel par VANCOMYCINE ou FIDAXOMICINE (16,17). **On peut considérer que ne pas proposer la TMF dans cette indication équivaut à une perte de chance pour le patient en France.** Il existe différents sites de production de transplants fécaux permettant de couvrir l'ensemble du territoire français. La liste des centres producteurs est disponible sur le site du Groupe Français de Transplantation Fécale (<https://www.gftf.fr/76+centres-ry-fy-rents.html>).

Que pensez-vous des modes d'administration alternatifs de la FIDAXOMYCINE et de la VANCOMYCINE ?

D^r Benech.- Deux modes d'administration prolongées ont été étudiés :

- Le schéma EXTEND concernant la FIDAXOMICINE : il a été évalué versus VANCOMYCINE à dose standard. Les résultats étaient très encourageant avec un taux de récurrence de 6 % au sein d'une population à haut risque de récurrence, sans surcoût économique mais il n'y avait de comparaison direct avec le schéma d'administration classique de la fidaxomicine (18).

- La VANCOMYCINE en « tapering » ou schéma pulsé s'étendant sur une durée plus longue de 6 semaines (4).

(Les caractéristiques d'administration sont expliquées dans le tableau final).

Le rationnel de ces schémas est de prolonger l'exposition à un antibiotique anti-C. difficile surtout en présence de facteur de risque temporaire de récurrence comme l'utilisation d'une antibiothérapie concomitante ou en cas d'enjeu

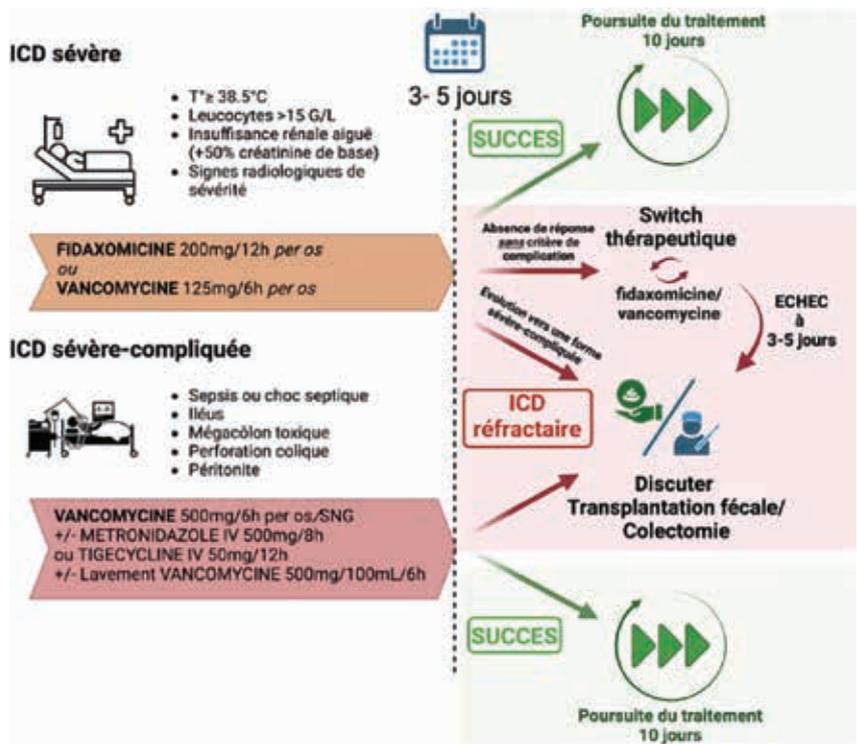
thérapeutique important comme une chirurgie prochaine ou une cure de chimiothérapie.

Ces modes d'administration sont donc utiles et il ne faut pas hésiter à les utiliser, surtout en présence de ces facteurs de risque pour assurer le contrôle du risque de récurrence et de la symptomatologie digestive sur un temps prolongé.

Comment traitez-vous les formes sévères et les formes réfractaire ?

D^r Benech.- Les ICD sévères et sévères-complicées sont une urgence médicale. Il faut hospitaliser rapidement, souvent en soins intensifs. Dans les formes compliquées en réanimation, la VANCOMYCINE PO à forte dose (500mg/6h) associée à du METRONIDAZOLE IV est le traitement pour lequel on a le plus de recul (4). En cas d'iléus, la vancomycine peut être administrée par sonde rectale de manière additionnelle. Le caractère réfractaire est définie par l'absence de réponse après 5 jours de traitement antibiotique. En l'absence de réponse clinique satisfaisante, un traitement de sauvetage doit être discutée soit par TMF qui a montré une efficacité intéressante en alternative à la colectomie qui elle est associée à un fort taux de mortalité. Ces cas restent rares mais leur mortalité est élevée, de 30 % à 80 % en cas de forme sévère-complicée (19).

Une approche multidisciplinaire médico-chirurgicale et réanimatoire doit être systématiquement mise en place (20-22). Dans les formes sévères en dehors du contexte réanimatoire, un change-



Prise en charge des ICD sévères, extrait de « Colites aiguës graves bactériennes en l'absence d'immunodépression, N. Benech, 2025, Post-U

ment d'antibiotique (vancomycine si fidaxomicine initialement ou inversement) doit être envisagée dans un premier temps.

En dehors des formes sévère ou sévères-complicées si la symptomatologie intestinale ne s'amé-

liore pas malgré un traitement anti Clostridioides, la première chose à faire est d'éliminer les diagnostics différentiels, notamment une poussée inaugurale de MICI.

En pratique clinique, quelles sont les modalités d'administration et d'utilisation de la transplantation de microbiote fécal ?

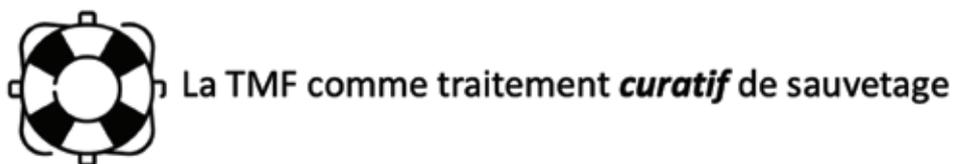
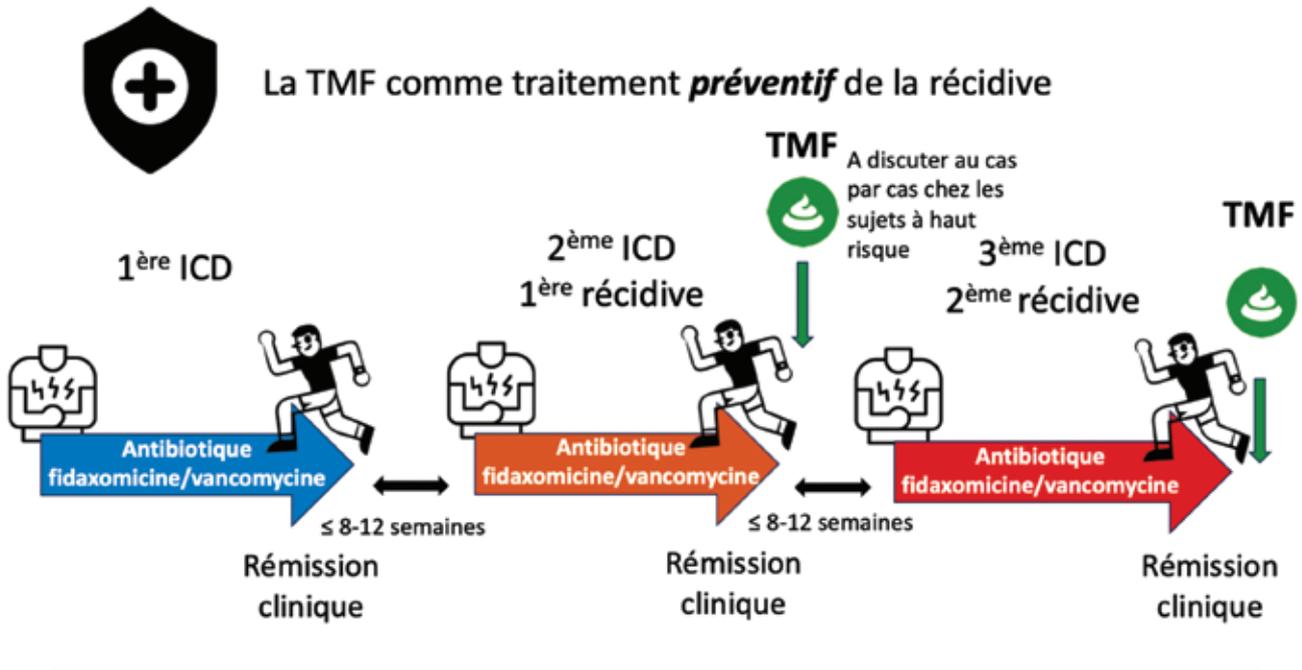
D^r Benech. Pour résumer, il faut considérer la transplantation de microbiote fécal dans deux grandes indications :

- Comme traitement préventif de la récurrence chez les patients à haut risque de récurrence. Dès la 1^o récurrence d'ICD, à discuter au cas

par cas ou systématiquement dès la 2^o récurrence d'ICD (4).

- Comme traitement curatif de « sauvetage » chez les patients présentant une ICD sévère, en association avec les traitements antibiotiques de 1^o intention. Les taux de guérison oscillent entre

60 et 85 %. Il s'agit là d'une indication validée et recommandée par différentes sociétés savantes mais à discuter au sein d'équipe médico-chirurgicale et avec le centre de TMF régional de votre hôpital (23).



D'après Benech N, Sokol H. La transplantation de microbiote fécal en 2025 en pratique. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2025 ; 32 : 1-9. doi : 10.1684/hpg.2025.3031

En pratique, la séquence thérapeutique recommandée comporte trois étapes : (i) une antibiothérapie d'au minimum 10 jours par vancomycine per os à 125/6h, (ii) une préparation colique par polyéthylène glycol la veille de la TMF et (iii) l'administration de la suspension fécale elle-même. Un délai de 24 à 72 heures entre la fin de l'antibiothérapie et la TMF est nécessaire.

Par ailleurs, il existe plusieurs modalités d'administration de la transplantation de microbiote fécal. Ces différentes modalités ne

présentent pas de différence d'efficacité dans l'absolu et le choix d'une voie d'administration par rapport à une autre dépend avant tout du contexte clinique (24).

- Les gélules orales standardisées ne sont pas à choisir chez un patient présentant des troubles de déglutition étant donné leur taille importante (taille 00) et le nombre de gélules à avaler (une trentaine de gélules).
- Les lavements doivent être administrés chez des patients ne présentant pas de troubles de la continence anale.

- L'instillation par sonde naso-gastrique est possible seulement en l'absence d'occlusion digestive ou de hernie hiatale sévère compliquée.
- L'administration de la TMF lors d'une coloscopie est réservée aux situations où une exploration endoscopique est nécessaire par ailleurs.

Au total, la voie d'administration est à discuter au cas par cas en fonction des caractéristiques du patient.

Sur le plan de l'écologie hospitalière, quels sont les meilleurs moyens de prévenir la diffusion de l'infection ?

D^r Benech.- Le moyen le plus efficace de prévenir l'ICD est de limiter l'utilisation des antibiotiques.

Par ailleurs, des mesures d'isolement efficaces doivent être mises en place dès la suspicion diagnostique d'ICD, afin d'éviter les transmissions croisées. Il s'agit d'un isolement spécifique à ICD avec

chambre individuelle le lavage des mains systématique au savon doux liquide (pour éliminer les spores), suivi d'une friction avec une solution hydroalcoolique (SHA) pour éliminer les bactéries. De même, le bionettoyage des chambres doit être quotidien et réalisé avec un produit sporicide (par exemple, l'eau de Javel).

La levée des précautions complémentaires doit se faire au moins 48H après l'arrêt de la diarrhée (<3 selles liquides par jour), après nettoyage de la chambre (17).

À noter, qu'une déclaration ARS est obligatoire en cas de cas groupés (à partir de 2 cas) ou épidémie et/ou ICD sévères (25).

Y a-t-il des conseils pratiques à préconiser après une infection à C. difficile ?

D^r Benech.- La chose importante à savoir est de ne pas réaliser de contrôle microbiologique systématique après l'amélioration clinique de l'épisode. En effet, 50 % des patients guéris ont une PCR toxine B positive à 4 semaines de la fin des antibiotiques. Concernant le rôle

des probiotiques, seules certaines formulations ont montré une diminution de risque de récurrence d'ICD en cas de prise concomitantes aux antibiotiques mais uniquement en forte quantité et durant une durée prolongée, ce qui est rarement fait en pratique clinique (4). Le niveau

de preuve sur l'utilisation de ces préparations restent limitées et leur utilisation systématique n'a pas été retenue dans les dernières recommandations européennes ou américaines sur la prise en charge de l'ICD.

Y a-t-il de nouvelles approches préventives prometteuses ?

D^r Benech.- Des pistes de recherche sont en cours, notamment des médicaments dérivés du microbiote (26) et des thérapies basées sur une immunisation passive avec de nouveaux anticorps monoclonaux anti-toxines en prévention primaire ou secondaire.

Conclusion

L'infection à *Clostridioides* difficile est une pathologie fréquente, dont le spectre épidémiologique et clinique est très varié. Grâce aux avancées diagnostiques, à l'émergence de nouvelles thérapeutiques ciblées et à une meilleure compréhension du rôle du microbiote, la prise en charge s'oriente vers plus

de précision et de personnalisation. L'arrêt du bezlotoxumab en 2025 impose de revisiter nos stratégies de prévention des récurrences.

En France en 2025, la fidaxomicine doit être utilisée en 1° intention. La TMF, dont l'utilisation est en plein essor, a trouvé sa place en tant que traitement préventif de

la récurrence dès le 3° épisode mais aussi en tant que traitement curatif d'une ICD sévère, en alternative à la colectomie. Les praticiens doivent connaître les spécialistes de la région référents de la TMF pour faciliter sa mise en place et améliorer la morbi-mortalité de cette infection.

Nous remercions chaleureusement le Dr Nicolas Benech pour cet éclairage précieux, à destination des jeunes gastro-entérologues et de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de cette pathologie.

Tableau récapitulatif de la prise en charge des ICD

(adapté des recommandations européennes et américaines) (3,4)

Épisode d'ICD	Forme clinique	Traitement	Durée
1° épisode	Non compliquée	FIDAXOMICINE : 200mg matin et soir PO 1° intention +++ (surtout >65A +++, cancer actif)	10J
		VANCOMYCINE « faible dose » 125mg x4/J PO (surtout si FIDAXO non dispo et/ou sujet jeune sans FdR de récurrence)	10J
	Sévère	FIDAXOMICINE 200mg matin et soir ou VANCO 125mg 4X/J (pas de supériorité d'une des molécules, données limitées)	10J
	Sévère compliquée	VANCOMYCINE PO 500mg 4X/J (forte dose) + METRONIDAZOLE IV 500mg 3X/J + VANCOMYCINE lavement 4X/J + RCP = avis chirurgical, avis réanimateur, avis centre de TMF + TMF = TMF « de sauvetage » si ICD réfractaire après 3-5J d'ATB efficace Alternatives : → FIDAXO PO en alternative à la VANCO mais données limitées pour la FIDAXO → TTT IV = MDZ 1° intention, TIGECYCLINE IV 50mg 2X/J possible mais toxicité hématologique importante, risque de pancréatite, pas d'étude prouvant sa supériorité vs MDZ	10J
1° récurrence	Non compliquée	Switch FIDAXO/VANCO ♦ Si FIDAXO au 1° épisode : essai VANCOMYCINE faible dose ♦ Si VANCO au 1° épisode : essai FIDAXOMICINE	
	À haut risque de récurrence	Protocoles à dose prolongée-pulsée : surtout si poursuite d'ATB concomitante ou maintien d'un traitement par IPP : ♦ FIDAXOMICINE « EXTEND » : 200mg matin et soir 5J puis 200mg matin 1 jour /2 de J7 à J25 (au total, 20cp) ♦ VANCOMYCINE « TAPERING » : 125mg 4 fois par jour 14J puis 125mg 2 fois par jour 7J puis 125mg 1 fois par jour 7J, puis 125mg 1J/3 7J puis arrêt	
		TMF dès la 1° récurrence : discuter avec avis référent infectieux et centre de TMF si : ♦ ATCD ICD sévère ou décompensation majeure ou comorbidités liée à l'ICD ♦ Impact majeur de l'ICD sur la PEC des autres comorbidités du patient (retard chimiothérapie)	
Sévère compliquée	Idem 1° épisode		
2° récurrence	Non compliquée / Haut risque de récurrence...	TMF 1° intention +++ ♦ Contacteur centre de TMF ♦ Débuter VANCOMYCINE 125mg/6h ≥10J puis arrêt la veille de la TMF sans reprise au décours	
	Sévère compliquée	Idem 1° épisode + TMF (par voie endoscopique) avec arrêt ATB la veille de la TMF +/- reprise VANCOMYCINE faible dose à 24H de la TMF pendant 5 jours (si pseudomembrane à l'endoscopie)	

ATB = antibiotique, PO = per os, TMF = transplantation de microbiote fécal, TTT = traitement, IV = intra-veineux, ATCD = antécédent, ICD = infectio à *C. difficile*, FIDAXO = fidaxomicine, VANCO = vancomycine

*Si administration VANCOMYCINE PO impossible = VANCOMYCINE administration locale (lavement toutes les 6H : VANCOMYCINE 500mg à diluer dans 100cc de sérum physiologique, 4 fois par jour 10J)

Bibliographie

- Bauer MP, Kuijper EJ, Van Dissel JT. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection (CDI). *Clin Microbiol Infect.* déc 2009;15(12):1067-79.
- Gerding DN. Global Epidemiology of *Clostridium difficile* Infection in 2010. *Infect Control Hosp Epidemiol.* nov 2010;31(S1):S32-4.
- Johnson S, Lavergne V, Skinner AM, Gonzales-Luna AJ, Garey KW, Kelly CP, et al. Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 Focused Update Guidelines on Management of *Clostridioides difficile* Infection in Adults. *Clin Infect Dis.* 7 sept 2021;73(5):755-7.
- Van Prehn J, Reigadas E, Vogelzang EH, Bouza E, Hristea A, Guery B, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults. *Clin Microbiol Infect.* déc 2021;27:S1-21.
- Goorhuis A, Bakker D, Corver J, Debast SB, Harmanus C, Notermans DW, et al. Emergence of *Clostridium difficile* Infection Due to a New Hypervirulent Strain, Polymerase Chain Reaction Ribotype 078. *Clin Infect Dis.* nov 2008;47(9):1162-70.
- Eckert C, Coignard B, Hebert M, Tarnaud C, Tessier C, Lemire A, et al. Clinical and microbiological features of *Clostridium difficile* infections in France: The ICD-RAISIN 2009 national survey. *Médecine Mal Infect.* févr 2013;43(2):67-74.
- He M, Miyajima F, Roberts P, Ellison L, Pickard DJ, Martin MJ, et al. Emergence and global spread of epidemic healthcare-associated *Clostridium difficile*. *Nat Genet.* janv 2013;45(1):109-13.
- Schnitzlein MK, Young VB. Capturing the environment of the *Clostridioides difficile* infection cycle. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* août 2022;19(8):508-20.
- Leffler DA, Lamont JT. *Clostridium difficile* Infection. Longo DL, éditeur. *N Engl J Med.* 16 avr 2015;372(16):1539-48.
- Gateau C, Couturier J, Coia J, Barbut F. How to: diagnose infection caused by *Clostridium difficile*. *Clin Microbiol Infect.* mai 2018;24(5):463-8.
- Louie TJ, Miller MA, Mullane KM, Weiss K, Lentnek A, Golan Y, et al. Fidaxomicin versus Vancomycin for *Clostridium difficile* Infection. *N Engl J Med.* 3 févr 2011;364(5):422-31.
- Cornely OA, Crook DW, Esposito R, Poirier A, Somero MS, Weiss K, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for infection with *Clostridium difficile* in Europe, Canada, and the USA: a double-blind, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis.* avr 2012;12(4):281-9.
- Johnson S, Louie TJ, Gerding DN, Cornely OA, Chasan-Taber S, Fitts D, et al. Vancomycin, Metronidazole, or Tolevamer for *Clostridium difficile* Infection: Results From Two Multinational, Randomized, Controlled Trials. *Clin Infect Dis.* 1 août 2014;59(3):345-54.
- Peery AF, Kelly CR, Kao D, Vaughn BP, Lebwohl B, Singh S, et al. AGA Clinical Practice Guideline on Fecal Microbiota-Based Therapies for Select Gastrointestinal Diseases. *Gastroenterology.* mars 2024;166(3):409-34.
- Rubak T, Baunwall SMD, Gregersen M, Paaske SE, Asferg M, Barat I, et al. Early geriatric assessment and management in older patients with *Clostridioides difficile* infection in Denmark (CLODIfrail): a randomised trial. *Lancet Healthy Longev.* déc 2024;5(12):100648.
- Hvas CL, Dahl Jørgensen SM, Jørgensen SP, Storgaard M, Lemming L, Hansen MM, et al. Fecal Microbiota Transplantation Is Superior to Fidaxomicin for Treatment of Recurrent *Clostridium difficile* Infection. *Gastroenterology.* avr 2019;156(5):1324-1332.e3.
- Van Nood E, Vrieze A, Nieuwdorp M, Fuentes S, Zoetendal EG, De Vos WM, et al. Duodenal Infusion of Donor Feces for Recurrent *Clostridium difficile*. *N Engl J Med.* 31 janv 2013;368(5):407-15.
- Guery B, Menichetti F, Anttila VJ, Adomakoh N, Aguado JM, Bisnauthsing K, et al. Extended-pulsed fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection in patients 60 years and older (EXTEND): a randomised, controlled, open-label, phase 3b/4 trial. *Lancet Infect Dis.* mars 2018;18(3):296-307.
- Bishop EJ, Tiruvoipati R, Metcalfe J, Marshall C, Botha J, Kelley PG. The outcome of patients with severe and severe-complicated *Clostridium difficile* infection treated with tigecycline combination therapy: a retrospective observational study. *Intern Med J.* juin 2018;48(6):651-60.
- Fischer M, Sipe B, Cheng YW, Phelps E, Rogers N, Sagi S, et al. Fecal microbiota transplant in severe and severe-complicated *Clostridium difficile*: A promising treatment approach. *Gut Microbes.* 4 mai 2017;8(3):289-302.
- Baunwall SMD, Andreasen SE, Hansen MM, Kelsen J, Hoyer KL, Rågård N, et al. Faecal microbiota transplantation for first or second *Clostridioides difficile* infection (EarlyFMT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* déc 2022;7(12):1083-91.
- Cheng YW, Phelps E, Nemes S, Rogers N, Sagi S, Bohm M, et al. Fecal Microbiota Transplant Decreases Mortality in Patients with Refractory Severe or Fulminant *Clostridioides difficile* Infection. *Clin Gastroenterol Hepatol.* sept 2020;18(10):2234-2243.e1.
- Benech N, Cassir N, Alric L, Barbut F, Batista R, Bleibtreu A, et al. Impact of Clinical and Pharmacological Parameters on Faecal Microbiota Transplantation Outcome in *Clostridioides difficile* Infections: Results of a 5-Year French National Survey. *Aliment Pharmacol Ther.* janv 2025;61(1):159-67.
- Cammarota G, Ianiro G, Kelly CR, Mullish BH, Allegretti JR, Kassam Z, et al. International consensus conference on stool banking for faecal microbiota transplantation in clinical practice. *Gut.* déc 2019;68(12):2111-21.
- Ministère de la Santé et des Solidarités, HCSP. Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français, 20 juin 2008, 2008. 11 pages. Site NosoBase.
- Louie T, Golan Y, Khanna S, Bobilev D, Erpelding N, Fratazzi C, et al. VE303, a Defined Bacterial Consortium, for Prevention of Recurrent *Clostridioides difficile* Infection: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 25 avr 2023;329(16):1356.

CAS CLINIQUE

Une Cause rare d'ictère obstructif : le sarcome d'Evans du pancréas



Marina GALLE
Interne en HGE à l'APHP

Avec la participation de F. Wuestenbergh (gastro-entérologie, Hôpital Avicenne),
D. Pivet (radiologie, Hôpital Avicenne),
N. Cucherousset (cytopathologie, Hôpital Avicenne)

Un grand merci aux Dr F. Wuestenbergh et au Dr H. Tazairt pour leur relecture

Résumé

Nous rapportons le cas d'une patiente de 64 ans, ayant présenté en quelques mois un tableau de douleurs abdominales diffuses associées à un ictère cutanéomuqueux. Le bilan biologique a révélé une cholestase ictérique sans syndrome inflammatoire, et l'imagerie a décrit une lésion de la tête du pancréas de 10 cm de grand axe responsable d'une dilatation des voies biliaires et d'un envahissement de plusieurs structures loco-régionales, sans lé-

sion secondaire, faisant évoquer en première intention un cancer du pancréas.

Un complément d'imagerie par IRM a permis de mieux apprécier les rapports de cette masse et de montrer le respect de l'ensemble des structures vasculaires, mais l'infiltration des voies biliaires et de la paroi du 2^e duodénum.

Une série de biopsies réalisée par écho-endoscopie a décrit après analyse histologique, un tissu fibreux

pauvrement cellulaire avec des zones myxoides et oedémateuses.

Des analyses approfondies en immunohistochimie ont été lancées et ont révélé un marquage positif de plusieurs marqueurs dont Bcl2, CD34, Ki67 faiblement positif, pouvant faire évoquer un sarcome. Un bloc a été envoyé dans un centre expert, qui après relecture, a permis de conclure en un sarcome fibromyxoïde de bas grade MUC4 positif, aussi appelé sarcome d'Evans.

Introduction

Le sarcome d'Evans est une tumeur des tissus mous, initialement décrite par Harry L. Evans en 1987 (1), touchant préférentiellement l'adulte jeune de sexe masculin, et dont les atteintes sont plus fréquentes aux membres dans leur partie proximale (64,2 %), et au niveau du tronc (6,7 %) (2).

Ses caractéristiques histologiques sont assez pauvres : on retrouve

généralement des plages de tissu fibreux et myxoïde, avec des rosettes géantes de collagène. Son diagnostic précis a notamment été permis par l'apport de l'immunohistochimie, avec la présence du marqueur MUC4 (sensibilité 100 %, spécificité 90 %) (3), et par la biologie moléculaire, avec la présence de gène de fusion FUS/CREB3L2 dans 64 % (par translocation t(7.16)(q33 ;p11)), ou

FUS/CREB3L1 (par translocation t(11 ;16)(p11 ;p11) (3)).

Le pronostic de cette pathologie repose sur son potentiel d'invasion loco-régionale et métastatique, et de récurrence locale après exérèse.

Le traitement consiste principalement, lorsque cela est possible, en une exérèse chirurgicale, dont la qualité est un facteur pronostique déterminant.

Observations / Résultats

Il s'agit d'une patiente de 64 ans, ayant comme principaux antécédents une hypertension artérielle contrôlée, une maladie de Basedow inactive, et une BPCO post tabagique.

Elle a développé de manière progressive des douleurs abdominales, assez diffuses, puis un ictère cutanéomuqueux, sans altération de l'état général associée.

Une biologie réalisée en première intention retrouve un ictère cholestatique (bilirubine 315 µmol/L [N<20] dont conjuguée 295 µmol/L [N<5], PAL et gamma-GT à 424 et 108 UI/L respectivement [N<32 et N<45]), sans syndrome inflammatoire biologique associé, et sans autre anomalie par ailleurs.

Un scanner abdomino-pelvien injecté décrit une lésion pancréatique céphalique de 10,6 cm de grand axe engainant le tronc coélique et causant une dilatation des voies biliaires en amont.

Les marqueurs tumoraux sont normaux avec un CA 19.9 à 13.9 kUI/L (<37) et ACE à 3.5 µg/L (N<2,5), sachant que la patiente est de groupe sanguin AB-.

Le tableau clinico-radio-biologique évoque en première intention un adénocarcinome pancréatique.

Elle est adressée à l'hôpital pour suite des explorations, en particulier pour une écho-endoscopie

avec ponction. Celle-ci retrouve une volumineuse masse de la tête du pancréas responsable d'une dilatation des voies biliaires d'amont. Une série de ponctions-biopsies de cette tumeur, ainsi qu'un broyage des voies biliaires ont été réalisés. Une CPRE est réalisée dans le même temps endoscopique avec pose d'une prothèse biliaire métallique. La bonne évolution clinique et biologique permet le retour au domicile de la patiente.

La patiente est réadmise aux urgences 5 jours plus tard, pour méléna et déglobulisation à 8,2 g/dL d'hémoglobine (contre 12,4 g/dL à la sortie), sans instabilité hémodynamique.

Une endoscopie digestive haute est réalisée, retrouvant un aspect d'envahissement de la paroi duodénale avec stigmates de saignement récent (volumineux caillot adhérent). Elle est traitée par IPP, sans récurrence de saignement au décours.

Le résultat anatomopathologique des biopsies initiales est peu contributif, décrivant simplement du tissu fibreux peu cellulaire avec alternance de zones myxoïdes et fibreuses.

La relecture de l'imagerie décrit une atrophie complète du pancréas, un aspect hétérogène et la présence de plusieurs calcifica-

tions au sein de la lésion. La masse céphalique engaine mais respecte les structures avoisinantes, notamment vasculaires. La relecture confirme l'absence de lésion secondaire, notamment au niveau hépatique.

Après discussion multidisciplinaire il est décidé de réaliser une nouvelle série de biopsies par écho-endoscopie, et de compléter le bilan d'imagerie par une IRM du pancréas afin de mieux établir les rapports de cette masse avec les structures avoisinantes.

L'IRM pancréatique montre que la lésion se rehausse de manière hétérogène dès le temps artériel, et comporte des portions nécrotiques. Concernant ses rapports, elle envahit les voies biliaires ainsi que la paroi du 2^e duodénum ; elle est en contact avec le tronc coélique, l'artère hépatique et le tronc porte sans les envahir et les laissant perméables. Le radiologue conclut en soulignant que l'aspect n'est pas univoque et pourrait faire évoquer une tumeur neuroendocrine.

La nouvelle écho endoscopie permet de récupérer du nouveau matériel, dont l'analyse révèle une nouvelle fois du tissu fibreux œdémateux et myxoïde. L'étude immunohistochimique détecte un marquage

positif pour le Bcl2, CD34, et avec un doute sur le MDM2, car négatif en FISH. L'ensemble évoque au cytopathologiste un sarcome à type de liposarcome, ou de fibromyxome. Le Ki67 étant à envi-

ron 10 %, il s'agit d'une tumeur de bas grade.

Des échantillons du tissu biopsié sont envoyés au centre de référence des sarcomes NETSARC, qui retrouve un marquage MUC4 et

conclut à un sarcome fibromyxoïde de bas grade.

Un traitement par radiothérapie exclusive est proposé.

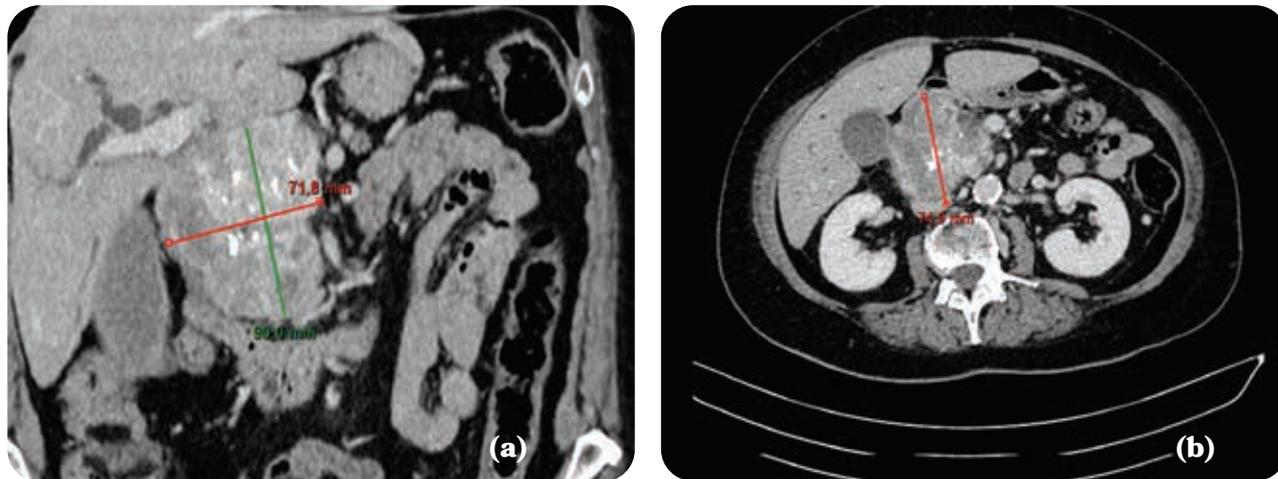


Figure 1 : (De gauche à droite) : (a) TDM coupe frontale et (b) TDM coupe axiale de la masse du pancréas au temps portal, calcifications visibles, rehaussement hétérogène. Dilatation des voies biliaires en amont.

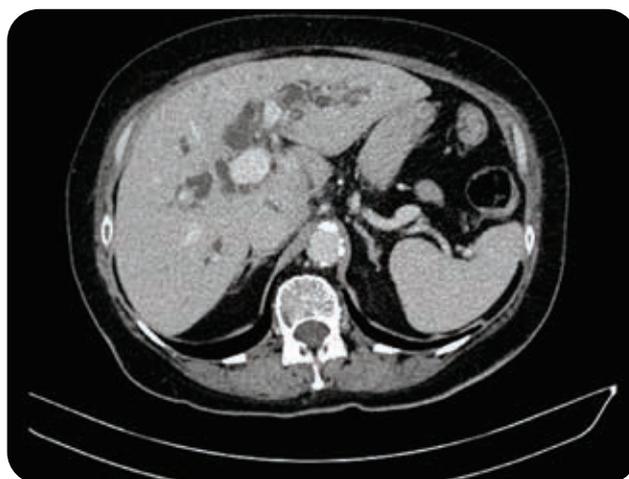


Figure 2 : TDM coupe axiale temps portal : dilatation des voies biliaires en amont

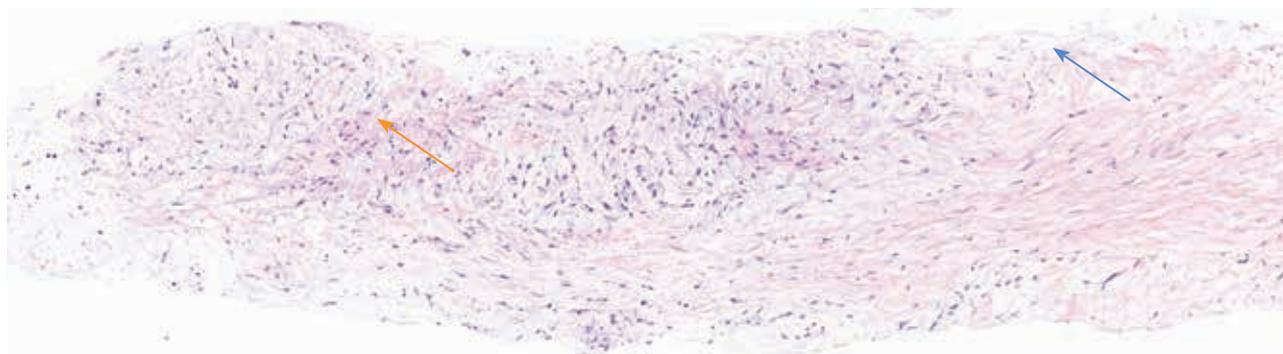


Figure 3 : Coupe de la tumeur, coloration HES
 Flèche orange : zone cédémateuse et myxoïde. Flèche bleue : zone fibreuse

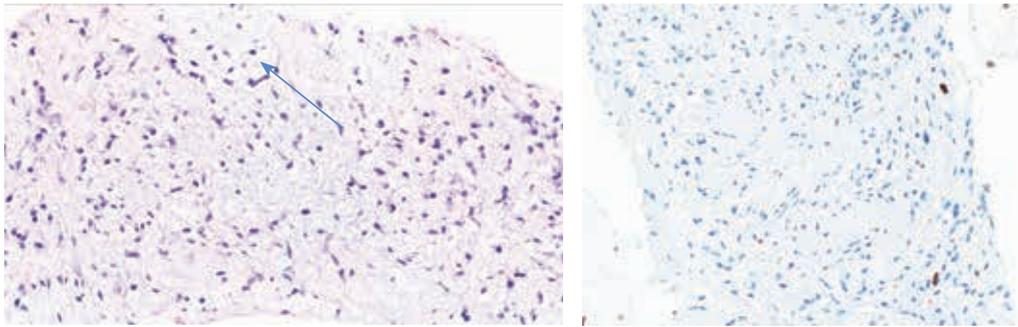


Figure 4 : (à gauche) : Coupe de la tumeur, coloration HES. Centrée sur une zone myxoïde (à droite) : marquage au Ki67 (en marron). Tumeur de bas grade.

Discussion

La présentation initiale de cette patiente, sur les plans clinique, biologique et radiologique orientait en première intention vers un cancer de la tête du pancréas, d'autant plus dans un contexte d'augmentation rapide de l'incidence de cette pathologie au cours des dernières années (+2,1 % chez les femmes et +1,6 % chez les hommes depuis 2010) (5).

Cependant il existait quelques éléments discordants.

Premièrement, les marqueurs tumoraux (dont le CA 19.9) étaient normaux, sachant que la patiente est de groupe sanguin AB- et qu'il existe des faux négatifs chez 5 à 10 % des patients porteurs du marqueur sanguin Lewis négatif (6). Par ailleurs, la patiente était OMS 0, sans altération de l'état général, ni perte de poids récente. Elle conti-

nuait à exercer son activité professionnelle sans gêne particulière, ce qui n'est pas habituel en cas de cancer du pancréas.

Enfin, les premières biopsies, pourtant réalisées en pleine masse pancréatique, avec plusieurs passages, et par un opérateur entraîné, n'ont révélées que du tissu fibreux.

Une preuve histologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic d'une masse charnue du pancréas, notamment devant un taux de CA 19.9 normal (6). C'est grâce aux nouvelles biopsies et aux analyses complémentaires par immunohistochimie, que le diagnostic a pu être redressé dans notre cas, permettant de conclure à un sarcome fibromyxoïde de bas grade du pancréas.

La présentation de cette pathologie est atypique dans notre cas clinique.

Premièrement, par sa localisation, puisqu'elle touche préférentiellement la partie proximale des extrémités et le tronc, alors que la localisation profonde concerne 10 à 30 % des patients sur des séries de cas (7).

Deuxièmement par son terrain puisqu'elle touche habituellement l'adulte jeune de sexe masculin, avec une moyenne d'âge de 29 ans et 63 % d'hommes sur une série américaine (7), contrairement à notre cas où il s'agit d'une femme d'âge avancé.

On note par ailleurs le très faible nombre de cas rapportés de sarcome d'Evans pancréatique dans la littérature.

Conclusion

Ce cas clinique souligne l'importance d'obtenir une preuve histologique devant toute suspicion de cancer de la tête du pancréas, et met en lumière l'apport diagnostique majeur des techniques d'immunohistochimie et de biologie moléculaire. De plus, il rappelle l'importance de recourir aux centres d'experts pour les pathologies rares comme les sarcomes, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.

Références

1. Evans, H.L. (1987) *Low-Grade Fibromyxoid Sarcoma: A Report of Two Metastasizing Neoplasms Having a Deceptively Benign Appearance.*
2. *Sarcome fibromyxoïde de bas grade : une étude clinico-pathologique de 7 cas.*
3. *Sarcome fibromyxoïde de bas grade : intérêt de l'étude immunohistochimique dans le diagnostic 2023.*
4. *My pathology report .ca 2025.*
5. *Fondation pour la recherche médicale. Incidence du cancer du pancréas. 2025.*
6. *TNCD. Chap 9. Cancer du pancréas.*
7. *Superficial low grade fibromyxoid sarcoma (Evans tumor) : a clinicopathologic analysis of 19 cases with a unique observation in the pediatric population. 2005.*



RCP médico-chirurgicale MICI



Casimir JEANTAUD
Interne en HGE à Caen



Victoria MERDRIGNAC
Interne en Chirurgie digestive à Caen

Il s'agit d'une patiente de 36 ans suivie pour une RCH E3 (pancolite) diagnostiquée en 2016.

À noter comme principaux antécédents une endocardite infectieuse ayant nécessité un remplacement valvulaire mitral mécanique (INR cible 2,5-3,5) et une césarienne. Pas d'antécédent familial digestif. Pas de tabagisme actif. Pas d'allergie connue.

Son traitement habituel comporte de la MESALAZINE (Pentasa® 2g sachet), du BISOPROLOL, de l'ACENOCOUMAROL (AVK) ainsi qu'une supplémentation martiale et en potassium.

En décembre 2021, apparition de trouble du transit avec 8 émissions sanglantes par jour avec des multiples épisodes de rectorragie. La patiente est fébrile à 38,5°, normotendue mais tachycarde à 110 bpm. À la biologie, il y a une leucocytose à 15 G/l avec une CRP à 86 mg/l. Pas d'insuffisance rénale. L'hémoglobine est normale. Un scanner abdominopelvien révèle une pancolite sans signe de souffrance pariétale ni dilatation des anses digestives d'amont.

Quel est votre diagnostic ?

Il s'agit d'une colite aiguë grave.

Pour rappel, elle est définie selon le score de Truelove et Witts modifié par > 6 émissions sanglantes en association à au moins un autre critère :

Signes	Non sévère	Non sévère
Emissions sanglantes (A)	< 6	≥ 10,5 g/dL
Température	≤ 37,8°	> 37,8°
Pouls	≤ 90/'	> 90/'
CRP	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L
Hémoglobine	≥ 10,5 g/dL	< 10,5 g/dL

Le score de Lichtiger n'est pas actuellement validé pour le diagnostic mais utile pour le suivi hospitalier. Il est à risque de faux positifs (syndrome rectal, microcolie...) et ne comporte pas de paramètre biologique.

Laharie D. Colite aiguë grave : diagnostic et prise en charge. FMC HGE – POST'U 2024. Document pédagogique, 2024.

Vous diagnostiquez donc une colite aiguë grave, probablement secondaire à une poussée sévère de la RCH. Quels examens réalisez-vous ?

- A. Génotypage TPMT
- B. PCR CMV sanguine
- C. Coloscopie courte avec préparation
- D. Quantiferon®
- E. Coproculture avec recherche de C. difficile toxigène

- A. Génotypage TPMT → En prévision de l'instauration d'AZATHIOPRINE.
- B. PCR CMV sanguine.
- C. Coloscopie courte avec préparation → La préparation n'est pas nécessaire. L'examen permet une évaluation de la sévérité de l'atteinte muqueuse ainsi que la réalisation de biopsies afin d'éliminer une infection bactérienne/virale (CMV avec inclusions à l'anatomopathologie).
- D. Quantiferon® → Dans le cadre du bilan pré-biothérapie avec les sérologies VHB, VHC, VIH, CMV, EBV, VZV et une RX de thorax.
- E. Coproculture avec recherche de C. difficile toxigène → Recherche d'un diagnostic différentiel ou facteur déclenchant.

Intérêt également de rechercher une hypomagnésémie et une hypercholestérolémie qui seront à corriger avant mise en place de CICLOSPORINE.

- ♦ Laharie D. Colite aiguë grave : diagnostic et prise en charge. FMC HGE – POST'U 2024. Document pédagogique, 2024.
- ♦ GETAID. Checklist avant de débuter un traitement par biothérapie (anti-TNF, védolizumab, ustékinumab) ou par une petite molécule (tofacitinib) au cours d'une MICI. Version 1, juin 2021

La coproculture, la PCR CMV sanguine ainsi que les biopsies coliques bactériologiques et virologiques sont négatives. Vous confirmez donc une RCH en poussée sévère.

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- A. PREDNISONNE 40mg/j PO
- B. ENOXAPARINE 4000 UI SC
- C. Avis auprès de l'équipe de chirurgie digestive
- D. Régime sans résidus
- E. CEFTRIAXONE + METRONIDAZOLE

- A. PREDNISONNE 40mg/j PO → Indication à une corticothérapie intensive IV par METHYLPREDNISOLONE 0,8 mg/kg.
- B. ENOXAPARINE 4000 UI SC.
- C. Avis auprès de l'équipe de chirurgie digestive.
- D. Régime sans résidus → Pas de preuve solide de l'efficacité, centre-dépendant.
- E. CEFTRIAXONE + METRONIDAZOLE → Pas d'indication systématique, mis en place en cas d'infection associée ou de critère de gravité supplémentaire (sepsis, mégacôlon toxique, perforation).

- ♦ Laharie D. Colite aiguë grave : diagnostic et prise en charge. FMC HGE – POST'U 2024. Document pédagogique, 2024.

Comment évaluez-vous l'efficacité de la corticothérapie IV ?

Une réponse clinique est attendue à partir de J3. Le score de Travis calculé à J3 est prédictif du risque de mauvaise réponse au traitement et de colectomie : ≥ 8 émissions /24h OU entre 5 et 8 émissions /24h et une CRP > 45 mg/l.

- ♦ Laharie D. Colite aiguë grave : diagnostic et prise en charge. FMC HGE – POST'U 2024. Document pédagogique, 2024.

Vous suivez quotidiennement l'état clinique de la patiente avec le score de Lichtiger. À J3, le transit comporte **2 selles par jour** et la **CRP est à 24 mg/l**. Il s'agit donc d'une poussée corticosensible.

Vous instaurez une **combothérapie** par INFLIXIMAB et AZATHIOPRINE permettant une diminution des douleurs abdominales et de la CRP.

5 jours après, il y a une **réapparition de rectorragies** avec des signes de mauvaise tolérance hémodynamique. Votre patiente est tachycardie à 130bpm, hypotendue et présente marbrures des membres inférieurs. L'abdomen est souple, douloureux à la palpation dans son ensemble avec défense généralisée. À la biologie, il y a une anémie à 5 g/dl et un surdosage en AVK avec INR à 4.

Un scanner met en évidence une **extravasation du produit de contraste iodé au temps artériel au niveau de l'angle colique gauche**, évocatrice de saignement actif.

Après un support hémodynamique avec remplissage, antagonisation PPSB et VITAMINE K 10 mg, vous décidez d'une prise en charge au bloc opératoire en urgence.

Quelles interventions sont recommandées pour la CAG compliquée ou réfractaire au traitement médical ?

- A. Colectomie subtotala avec mise en iléo-sigmoïdostomie terminale
- B. Intervention de Hartman (Iléostomie terminale et abandon du moignon rectal)
- C. Sigmoïdostomie à distance de l'iléostomie
- D. Coloproctectomie avec anastomose iléo-anale en un temps
- E. Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale en un temps

- A. Colectomie subtotala avec iléo-sigmoïdostomie terminale → En 1^{ère} intention.
- B. Intervention de Hartman (Iléostomie terminale et abandon du moignon rectal).
- C. Sigmoïdostomie à distance de l'iléostomie.
- D. Coloproctectomie avec anastomose iléo-anale en un temps.
- E. Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale en un temps.

La voie coelioscopique est à privilégier si hémodynamique stable. Les axes vasculaires doivent être respectés (chirurgie non carcinologique) : Artère iléocolique (suppléance vasculaire éventuelle du réservoir d'une future anastomose iléo-anale) et A. mésentérique inférieure (vascularisation du moignon rectal +/- sigmoïdien).

Technique	Avantages	Inconvénients
Hartmann	<ul style="list-style-type: none"> • Seule technique possible si moignon court 	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis pelvien si perforation • Rétablissement de continuité complexe
Sigmoïdostomie en fosse iliaque gauche à distance de l'iléostomie / Moignon sous-cutané	<ul style="list-style-type: none"> • ↘ sepsis pelvien • Rétablissement de continuité facilité • Moins de risque de complications péristomiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un long moignon • 2 orifices • Abscès en cas de positionnement sous-cutané du moignon
Iléo-sigmoïdostomie en fosse iliaque droite ou gauche	<ul style="list-style-type: none"> • ↘ sepsis pelvien • Rétablissement de continuité facilité +++ • Un seul orifice facilitant les soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un long moignon • Abscès / désinsertion stomie • Eventration péristomiale +++

♦ Océane Lelièvre, Stéphane Benoist, Antoine Brouquet, Journal de chirurgie viscérale 2024

Dans ce cas compte tenu de l'instabilité hémodynamique, vous réalisez une laparotomie avec **colectomie gauche élargie au transverse droit, colostomie transverse droite terminale en flanc gauche et abandon du moignon sigmoïdien restant.**

L'évolution est favorable en réanimation avec apyrexie, réalimentation bien tolérée et reprise d'un transit normal y compris après reprise de l'anticoagulation curative. Relais de la METHYLPREDNISOLONE par HYDROCORTISONE. À la biologie, diminution de la CRP jusqu'à 13 mg/l avec albumine basse à 26 g/l et préalbumine 0,36 g/l. Pas de colite restante à la réévaluation scanographique précoce.

Après discussion multidisciplinaire et devant l'évolution favorable, vous ne complétez pas la colectomie totale et débutez du **TOFACITINIB à posologie 10 mg cp 1-0-1.**

Concernant le TOFACITINIB, quelles sont les bonnes réponses ?

- A. Contre-indiqué en cas de tabagisme actif
- B. Rapidité d'action
- C. Posologie similaire au long cours
- D. Demi-vie courte
- E. Faible immunogénicité

- A. Contre-indiqué en cas de tabagisme actif → CI relative du fait du risque thrombotique.
- B. Rapidité d'action.
- C. Posologie similaire au long cours → Induction de 8 semaines à 10 mg x2/j puis relais à 5 mg x2/j sauf en cas de réponse partielle où on peut poursuivre à 10 mg x2/j.
- D. Demi-vie courte.
- E. Faible immunogénicité → Oui, du fait de leur faible poids moléculaire.

♦ Mathieu N. Inhibiteurs de Janus Kinase dans les MICI. FMC HGE – POST'U 2025. Document pédagogique, 2025.

Vous réévaluez la patiente en **consultation à 1 mois** de l'introduction du traitement. Elle a repris 7kg. Le transit s'est normalisé avec 1-3 vidanges quotidiennes de la stomie sans glaire ni sang. La CRP est à 4,5 mg/l.

Le TOFACITINIB est poursuivi à posologie 10mg 1-0-1 pour une durée totale de 8 semaines puis **diminué à 5mg 1-0-1.**

Devant l'évolution clinique favorable, le chirurgien **envisage deux opérations** sous réserve d'une endoscopie de contrôle :

- Soit compléter la colectomie par une colectomie droite et conserver le rectum et le sigmoïde restant afin de faire une anastomose iléocolique (si maladie stable sur l'endoscopie sans atteinte du rectum).
- Soit réaliser une coloprotectomie totale avec anastomose iléo-anale sur réservoir en J avec iléostomie de protection (si persistance de l'atteinte rectale endoscopique).

Quels sont les avantages et les inconvénients de ces deux propositions ?

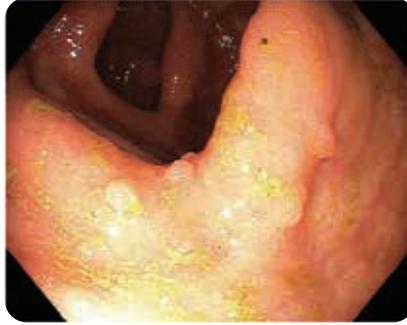
En cas de conservation du rectum, il y a une meilleure régulation du transit mais le risque de néoplasie sur le rectum résiduel impose un traitement et une surveillance endoscopique rapprochée.

En cas d'anastomose iléo-anale, on blanchit la RCH et s'affranchit du risque de récurrence ou de cancer mais les résultats fonctionnels sont moins bons.

Vous réalisez une coloscopie de surveillance à 3 mois du changement thérapeutique :

- Par voie basse, la muqueuse rectale présente des saignements disparaissant au lavage et sur muqueuse saine.
- Par la stomie, la muqueuse est normale en dehors de quelques pseudopolypes inflammatoires.

Quel est le score UCEIS ?



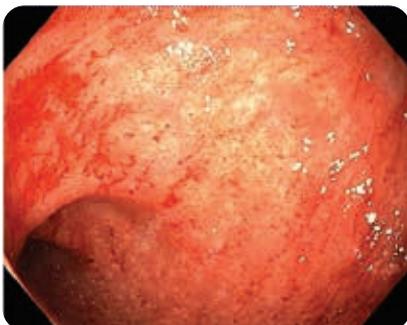
Le score UCEIS caractérisant la sévérité de l'atteinte muqueuse est de 1.

Item	Aspect	Score
Trame vasculaire	Normal	0
	Diminution	1
	Disparition	2
Saignement	Absent	0
	Points ou stries coagulées, lavables	1
	Sang frais luminal peu abondant	2
	Sang frais luminal abondant et/ou saignement spontané	3
Érosions et ulcérations	Absentes	0
	< 5 mm, superficielles	1
	> 5 mm, enduit fibrineux	2
	Creusantes	3
Total		0 - 8

Depuis la décroissance du TOFACITINIB, la patiente présente **de nouveau des pertes glairo-sanglantes par voie basse**, le transit étant normal dans la stomie.

Vous réalisez donc une nouvelle coloscopie courte :

- Par voie basse, la muqueuse est inflammatoire dans son ensemble sans intervalle de muqueuse saine. On note une disparition totale de la trame vasculaire. Il n'y a pas d'ulcère ni d'ulcération. La muqueuse pleure spontanément du sang, en faible abondance. À noter, au niveau de la suture de l'anse borgne, quelques pseudopolypes inflammatoires.
- On ne passe pas par la stomie. La stomie comporte des selles solides, de couleur normale, pas de sang.



Quel est le score UCEIS ?

Le score UCEIS est de 4.

Vous reprenez la posologie antérieure de **TOFACITINIB** et y ajoutez des lavements de **MESALAZINE (Pentasa®)** et des **suppositoires** puis réalisez une nouvelle coloscopie courte : persistance de lésions de RCH, UCEIS 7.

Après discussion pluridisciplinaire, devant l'atteinte rectale active, **décision d'une prise en charge chirurgicale pour totalisation de sa colectomie avec proctectomie, anastomose iléo-anale sur réservoir en J et iléostomie latérale de protection par laparotomie.**

De quel risque post-opératoire non négligeable devez-vous prévenir cette patiente ?

Il a été montré un risque de diminution de la fertilité chez la femme, qui serait moindre par coelioscopie que par laparotomie.

- ♦ *Does an Ileoanal Anastomosis Decrease the Rate of Successful Pregnancy Compared with an Ileorectal Anastomosis? A National Study of 1491 Patients, Challine, Alexandre MD et Al*

Vous opérez donc la patiente, sans complication au décours. Et la revoyez en **consultation à 2 mois**. Elle est en bon état général, a une alimentation normale et un transit régulier dans sa stomie avec un traitement par IMODIUM. Elle vous interroge alors sur un rétablissement de continuité digestive.

Vous faites donc réaliser une **radiographie avec opacification par l'orifice** d'aval qui ne montre pas de sténose ni de fistule anastomotique. Vous pouvez donc réaliser l'anastomose iléo-anale.



La rectocolite : comment choisir le bon traitement pour son patient ?



Jeanne DEVISSAGUET
Interne an HGE à Rouen

Relu par le Dr N. Richard, Chef de clinique au CHU de Rouen

Quelques notions de base sur la RCH

La RCH est une maladie multifactorielle dont les causes demeurent incertaines. L'environnement, la génétique, le système immunitaire et le microbiote intestinal semblent être impliqués.

Parmi les facteurs protecteurs identifiés se trouvent le tabac et l'appendicectomie avant l'âge de 20 ans, sans qu'il ne soit justifié de proposer une appendicectomie systématique à ce jour.

Cette maladie inflammatoire chronique de l'intestin évolue le plus

souvent par poussées accompagnées de diarrhée sanglante et de façon plus inconstante de ténésmes, d'asthénie, de douleurs abdominales voire d'incontinence fécale.

Elle survient plutôt chez l'adulte jeune entre 20 et 30 ans, sans prédominance nette de sexe. Un deuxième pic d'incidence plus faible est retrouvé après 50 ans.

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, endoscopiques et histologiques.

Les principaux diagnostics différentiels à éliminer sont : la maladie de Crohn, les rectites associées aux IST, les colites infectieuses, ischémique ou médicamenteuse. **Toute poussée clinique de RCH doit faire rechercher une colite à C. Difficile.**

Le choix du traitement se fait selon la localisation (codifiée par la classification de Montréal) et le retentissement clinique.

Évaluer la RCH

L'évaluation d'un patient atteint d'une RCH en poussée doit dans un premier temps s'attacher à éliminer le cas particulier de la colite aiguë grave. Les critères diagnos-

tiques de la colite aiguë grave ont été définis par des auteurs anglais (Truelove & Witt). Cette forme particulière de RCH nécessite l'hospitalisation en urgence car elle met

en jeu le pronostic vital du malade. Son traitement ne sera pas développé ici.

En dehors de la colite aiguë grave, l'évaluation des patients s'appuie sur :

- Des scores cliniques (peu utilisés en pratique) comme le score de Mayo clinique.
- Des scores endoscopiques, dont l'utilisation devrait être systématique, tel que le score UCEIS ou le sous-score de Mayo.

- Des marqueurs biologiques (CRP et calprotectine fécale).
- Des scores histologiques gradant l'inflammation présente sur les biopsies, comme l'indice de Nancy.

Il est notable qu'une inflammation persistante en endoscopie y compris sans activité clinique est asso-

ciée à un risque accru de poussée et, à long terme, à un risque augmenté de cancer colorectal. De ce fait, l'obtention d'une rémission endoscopique est actuellement considérée comme un objectif thérapeutique au cours de la RCH.

Approches médicamenteuses de la RCH

Les traitements de 1^e intentions sont les aminosalicylés (5-ASA) qui ont une action anti-inflammatoire directe sur la muqueuse colique.

Les biothérapies sont souvent prescrites en cas d'échec des 5-ASA (Tableau 1). Leur action module l'action du système immunitaire et leur utilisation nécessite un bilan préthérapeutique systématique principalement à la recherche d'une infection chronique latente :

- NFS, ionogramme sanguin urée, créatinine, bilan hépatique, CRP.
- IGRA (Quantiferon ou T-spot) et radiographie thoracique à la recherche d'une tuberculose.
- Sérologies VIH, VHB, VHC.
- Sérologie EBV et phénotypage TPMT conseillés avant la prescription d'azathioprine.

- Mise à jour du calendrier vaccinal. Les vaccins vivants, en particulier la fièvre jaune pour les voyageurs, devront impérativement être effectués avant le début d'une biothérapie.

La corticothérapie au cours de la RCH s'appuie sur la prednisone. Il s'agit d'un traitement d'induction de la rémission, c'est-à-dire un traitement prescrit avec comme objectif de court terme l'obtention de la rémission clinique. Une fois la rémission acquise, le relais par un traitement d'entretien, avec un objectif de long terme de maintien de la rémission.

Contrairement à la corticothérapie, tous les traitements du tableau 1 sont à la fois des traitements d'induction et d'entretien (sauf l'azathioprine qui est un traitement d'entretien pur).

Du fait des nombreux effets secondaires de la corticothérapie, un traitement du tableau 1 lui est souvent préféré. La corticothérapie est donc utilisée en cure courte lors des poussées cliniques, le plus souvent en association avec un traitement du tableau 1, pour son action anti-inflammatoire puissante et très rapide. La prescription de prednisone fait intervenir une pleine dose d'emblée puis une décroissance progressive.

Le budésônide a une action dirigée sur l'iléon ce qui en fait un traitement de l'iléite légère à modérée au cours de la maladie de Crohn. La forme MMX à diffusion colique du budésônide n'est pas disponible en France. Le budésônide n'a donc pas sa place dans le traitement de la RCH.

	Poussée		
	1 ^e ligne	2 ^e ligne	3 ^e ligne
Rectite isolée légère à modérée	5-ASA suppositoire	5ASA topique + oraux	Azathioprine ou Anti TNF ou Vedolizumab
		8 semaines minimum	
Colite gauche Ou Pancolite	5-ASA lavement + per os	Azathioprine ou Anti TNF ou Vedolizumab	Toute autre molécule non encore utilisée
	Au moins 2 semaines	Si réponse insuffisante après 8 semaines	

Les corticoïdes sont utilisés lors des poussées, en cure courte, en association avec un traitement afin de potentialiser son effet anti-inflammatoire et d'obtenir une réponse plus rapide. Leur arrêt doit être fait par décroissance progressive. Si leur utilisation est nécessaire chez un patient utilisant un traitement d'entretien depuis plus de 2 mois, il faut alors discuter un changement de ligne.

En cas d'échec de multiples lignes de traitement et d'impasse thérapeutique, la coloproctectomie est le traitement chirurgical à discuter.

Tableau 1 : Approche thérapeutique et lignes de traitement de la rectocolite hémorragique selon la localisation, hors colite aiguë grave

Posologies

5-ASA topique : 1g / jour.

5-ASA per os : 4 à 4,8 g/jour.

Azathioprine : 2 à 2,5 mg/kg/jour.

Corticothérapie systémique per os (prednisone) : 40-60 mg/jour pendant 1 à 2 semaines puis décroissance progressive (5 à 10mg toutes les semaines). La durée doit être la plus courte possible compte tenu des effets secondaires.

Quelques définitions

- **Anti TNF** : Constituée d'anticorps monoclonaux d'origine chimérique ou humaine. Ils bloquent le facteur de nécrose tumorale alpha, cytokine pro-inflammatoire, ce qui permet de contrôler l'inflammation.
Infliximab, Adalimumab, Golimumab
- **Inhibiteur de la janus Kinase** : Bloquent une voie de signalisation intracellulaire de l'inflammation. Les molécules se fixent sur une enzyme intracellulaire et inhibent la transduction du signal.
Tofacitinib, Filgotinib, Upadacitinib
- **Anti-intégrine $\alpha 4\beta 7$** : Anticorps monoclonal qui bloc l'action des intégrines, molécules d'adhésion permettant aux cellules immunitaires de migrer du vaisseau sanguin au tissu inflammatoire. Les anti-intégrines empêchent donc le passage vers la muqueuse digestive.
Vedolizumab
- **Inhibiteur de l'interleukine 13 et 23** : Anticorps monoclonaux venant bloquer l'activation des cellules T17 (cytokines pro-inflammatoires).
Ustekinumab
- **Modulateur des récepteurs de la S1P** : Empêche les lymphocytes de sortir des ganglions lymphatiques, résidant leur nombre dans le tissu digestif.
Etrasimod
- **Combithérapies** : Association d'un immunosuppresseur avec une biothérapie.
- **Combiothérapies** : Association de deux biothérapies.



Le bon traitement pour le bon patient

N'oubliez pas de penser aux comorbidités !

On retrouve fréquemment des maladies dysimmunitaires associées à la RCH (spondylarthrites ankylosante, psoriasis). De plus, les patients peuvent être âgés, avec des antécédents de cancer ou des pathologies

cardiovasculaires. Ces éléments sont essentiels à prendre en compte car ils vous feront choisir en priorité un médicament avec une efficacité sur les pathologies associées ou, au contraire, éviter un traitement contre-indiqué (Tableau 2) par une ou plusieurs comorbidités.

Enfin, certains choix thérapeutiques peuvent paraître complexes, c'est alors le rôle des RCP d'éclairer la prescription. Ainsi, un antécédent, surtout s'il est récent, de cancer représente une contre-indication, au moins relative, à la plupart des biothérapies.

Classe		Modalité	Bilan pré-thérapeutique spécifique	Principales contre-indications et effets indésirables potentiels	Surveillance/ Mesures complémentaires
Aminosalicylé (anti-inflammatoire)	5-ASA	prise quotidienne	Non	CI : Allergie EI : Néphropathie tubulo-interstitielle, pancréatite, myocardite	Surveillance semestrielle de la protéinurie et de la fonction rénale
Corticostéroïdes (anti-inflammatoires)	Prednisone Prednisolone	Prise quotidienne, durée la plus courte possible	Non	CI : Allergie au produit, Psychose non contrôlée, Glaucome à angle fermé EI : Syndrome de Cushing, Cataracte, Retard de croissance chez l'enfant, Ostéoporose, Acné, Virage maniaque, Diabète, Infection, prise de poids, Insuffisance surrénale à l'arrêt, HTA, dyslipidémie, hypokaliémie	Règles hygiéno-diététiques Co-prescription d'une supplémentation en vitamine D et potassique conseillée Surveillance glycémique

Classe		Modalité	Bilan pré-thérapeutique spécifique	Principales contre-indications et effets indésirables potentiels	Surveillance/ Mesures complémentaires
Immuno-suppresseur	Azathioprine : <i>Imurel®</i> Mercaptopurine	Prise quotidienne	Dosage TPMT Sérologie EBV Bilan prébiothérapie	CI : Déficit en TPMT (myélotoxicité), allergie EI : Cytolyse/Cholestase/ Hépatotoxicité Infection opportuniste Lymphome / Cancer cutané Leucopénie Pancréatite aiguë	Surv. Biologique (NFS, bilan hépatique, CRP) hebdomadaire lors du premier mois puis mensuel lors du premier trimestre Photoprotection Dépistage des cancers cutanés
Anti TNF (biothérapie) Anticorps monoclonaux	INFLIXIMAB <i>Remicade®</i> <i>Remsima®</i>	5mg/kg IV S0 et S2 puis 5-10mg/kg/ 4 à 8 semaines IV Ou 120mg / 2 semaines SC à partir de S6	Bilan prébiothérapie	CI : IC sévère, allergie, SEP EI : insuffisance cardiaque congestive, infection opportuniste grave, sclérose en plaque, vascularite à IgA	Risque d'immunisation, risque d'apparition d'anticorps immunisant Photoprotection Dépistage des cancers cutanés Surveillance biologique trimestrielle
	ADALIMUMAB <i>Humira®</i> Nombreux Biosimilaires	160mg S0 SC puis 80mg S2 SC puis 40mg/2semaines SC			
	GOLIMUMAB <i>Simponi®</i>	200mg S0 SC puis 100mg S2 SC puis, à partir de S650 ou 100mg/2 semaines SC			
En cas d'absence de réponse ou de perte de réponse à un anti-TNFα, il est possible d'augmenter les doses ou la fréquence d'administration de l'anti-TNFα en s'aidant d'un dose du taux résiduel avant d'envisager un changement de traitement					
Anti-intégrine α4β7	VÉDOLIZUMAB <i>Entyvio®</i>	300 mg S0 et S2 puis, à partir de S6 300mg/4 à 8 semaines IV ou 108mg /2 semaines SC	Bilan prébiothérapie	CI : Vaccin vivant atténué, allergie EI : Infections opportuniste, LEMP à JC virus	Surveillance biologique trimestrielle
Inhibiteur de la Janus Kinase	TOFACITINIB (inhibiteur non sélectif) <i>Xeljanz®</i>	10mg per os matin et soir 8 semaines puis 5mg per os matin et soir	Bilan lipidique Sérologie VZVBilan prébiothérapie	CI : allergie, grossesse Embolie pulmonaire ou thrombophlébite récente. EI : Acné, zone, cancer pulmonaire Embolie pulmonaire, thrombophlébite, infections opportunistes, zona, insuffisance rénale terminale ; insuffisance hépatique sévère	Surveillance biologique et du bilan lipidique Dépistage des cancers cutanés Contraception
	FILGOTINIB (inhibiteur sélectif de JAK1) <i>Jyseleca®</i>	200mg/j per os en prise quotidienne(100mg si FRCV ou risque MTEV)			
	UPADACITINIB (inhibiteur sélectif de JAK1) <i>Rinvoq®</i>	45mg/j per os pendant 8 semaines Puis 15 à 30mg/j			
Inhibiteur d'interleukine IL12 et IL23	USTÉKINUMAB <i>Stelara®</i>	260 à 520mg IV S0 Puis 90mg/8 à 12 semaines SC	Bilan prébiothérapie	CI : allergie EI : Infections opportunistes	Surveillance biologique trimestrielle
Modulateur sélectif des récepteurs de la S1P	ETRASIMOD <i>Velsipity®</i>	2 mg/j per os	ECG, NFS, FO	CI : évènement cardiaque récent, IC sévère, bloc auriculo-ventriculaire Mobitz II ou III, AVC récent, insuffisance hépatique sévère, œdème maculaire, grossesse, LEMP EI : bradycardie, trouble de conduction, œdème maculaire, infection opportuniste, Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible, LEMP	Surveillance de 4h après 1 ^{ère} prise, surveillance si : BAV Mobitz I, Fc <50 bpm. Suivi : NFS, bilan hépatique Contraception FO après 4 mois d'utilisation

Tableau 2 : Différentes thérapeutiques disponibles en 2025, classe, mécanisme d'action, contre-indication, bilan spécifique et surveillance

Le suivi du traitement

Le calendrier vaccinal doit être tenu à jour. Les vaccins vivants sont contre-indiqués sous biothérapie. La surveillance spécifique de chaque traitement est détaillée dans le Tableau 2. L'anémie et la carence martiale doivent être dépistées. La surveillance endoscopique à intervalles réguliers de dépistage du cancer colorectal ne doit pas être oubliée.

Enfin, comme dans toute maladie chronique, le bien-être psychologique du patient peut être affecté. Dans ce cas, un accompagnement psychologique voire psychiatrique peuvent être proposé par le gastro-entérologue traitant.

Quand parle-t-on de rémission ?

Selon la définition basée sur le score de la Mayo Clinic, la rémission clinique est obtenue lors que le nombre quotidien de selle est revenu à son niveau basal, sans rectorragies. La réponse thérapeutique s'évalue après 2 à 3 mois de traitement si l'observance a été bonne.



Abréviations

FO : Fond d'œil

Inj. : Injection

IC : Insuffisance cardiaque

IV : Intraveineuse

LEMP : Leuco-encéphalopathie multifocale progressive

MTEV : Maladie thromboembolique veineuse

RCH : Rectocolite hémorragique

SEP : Sclérose en plaque

Surv. : Surveillance

VVA : Vaccin vivant atténué

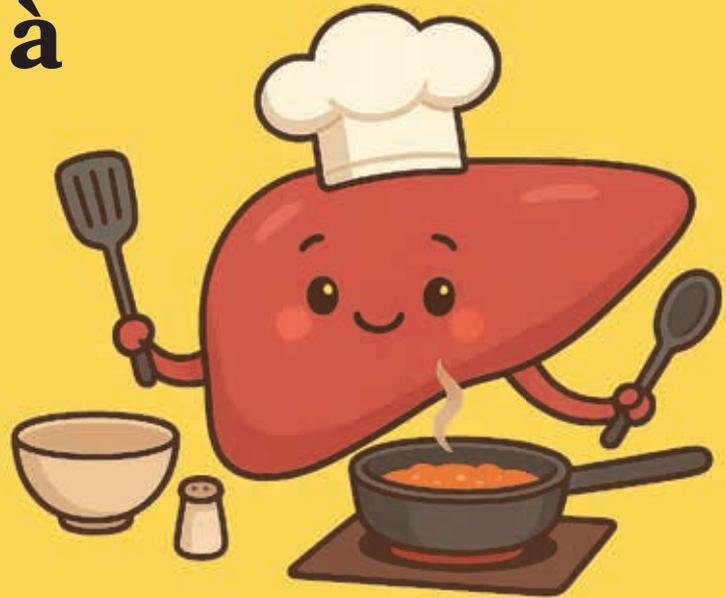


Sources

- *GETAID Recommandations de pratique pour le diagnostic et la prise en charge de la rectocolite hémorragique* Amiot A, et al. *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2022 ; 29 : 297-333.
- *ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment*, Tim Raine et al, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2022.
- *GETAID : fiche médicament.*
- *AntiTNFa, site du collège national de pharmacologie médicale.*
- *VIDAL.*
- *Janus Kinase, the australian prescriber.*
- *HAS, liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux.*
- *HAS, avis sur les médicaments.*
- *HAS, Commission de la transparence synthèse d'avis, 16 septembre 2020.*
- *HAS, Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique, Avis version définitive.*
- *HAS, Réévaluation des antiJAK dans la rectocolite hémorragique, commission de la transparence, 29 novembre 2023.*
- *Base de donnée publique des médicaments*
- *VELSIPITY (étrasimod) liste de contrôle destinée aux prescripteurs, juin 2025.*

TIPS et CHC : une recette à déterminer

Camille IMPARATO
Interne en HGE à Rouen



*Ma grand-mère, malgré ses talents culinaires, n'a pas réussi à m'aider...
Je compte donc sur vous !*

Je réalise dans le cadre de ma thèse un état des connaissances portant sur le **rôle du TIPS** dans l'accès à un traitement anti-tumoral chez les patients atteints de **carcinome hépatocellulaire** (CHC).

J'aurais donc besoin de vous pour répondre à ce court questionnaire (< 5 mins).

Merci pour votre aide !



Questionnaire 



Ton événement international incontournable de l'internat d'HGE :

UEG Summer School - Prague



Léo TRAN
Interne en HGE à l'APHP

Chaque année, l'United European Gastroenterology (UEG) organise à Prague la Summer School, un événement unique réservé aux internes en gastro-entérologie de toute l'Europe.



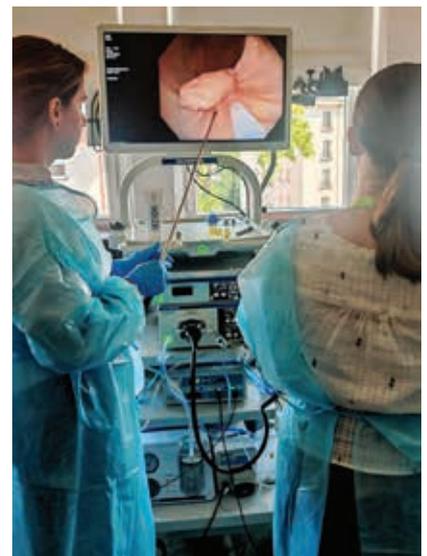
Au programme

apprentissage de l'échographie, de l'endoscopie diagnostique et interventionnelle, mais aussi mise à jour sur les dernières recommandations en gastro-entérologie. Les ateliers se déroulent sur simulateurs, maquettes, boyaux de porc... mais aussi sur de vraies personnes recrutées pour prêter leur abdomen le temps d'une échographie.

Le tout, sous la supervision de professeurs européens de renom.

C'est l'occasion idéale pour découvrir d'autres pratiques, élargir ses connaissances, et rencontrer des internes venus de toute l'Europe !

Et si tu n'es toujours pas convaincu, sache que la **SNFGE** octroie **une bourse de 500€** pour tes vols et le prix du congrès (250€) !



Laisse-moi te faire rêver avec ce petit récap de l'édition 2025 !

La Summer School a eu lieu du **jeudi 12 juin au samedi 14 juin** au **Grand Hotel International de Prague en République Tchèque**.

Nous étions **167 internes** issus de **42 pays** différents.

La première journée est volontairement légère : arrivée en fin d'après-midi, ce qui laisse du temps pour découvrir Prague (horloge

astronomique, pont Charles...). Le soir, un accueil officiel réunit tous les participants. Si tu es un peu timide pour sociabiliser, sache que l'UEG a tout prévu avec des petits jeux pour t'inciter à parler avec tout le monde !

Le congrès est ensuite structuré **en six sessions de deux heures**, à choisir parmi une liste de modules.

Chaque interne doit sélectionner ses préférés, avec deux règles : **maximum trois simulations d'endoscopie et au moins une session théorique**.

La répartition se fait un mois en amont, via un shotgun sur le site de l'UEG

Les modules proposés sont les suivants

1. Endoscopy I – Lower GI.
2. Endoscopy II – Upper GI – beginner.
3. Endoscopy II – Upper GI – improve.
4. Endoscopy III – Endoscopy with a colonoscopy simulator.
5. Endoscopy IV – Advanced endoscopy (Endoscopic ultrasound and ERCP).
6. Capsule Endoscopy.
7. Complications of portal hypertension: Practical approaches.
8. New therapies in IBD: Practical approaches.
9. Reflux and motility studies: Practical approaches.
10. Bowel abdominal ultrasound in gastroenterology.
11. General abdominal ultrasound in gastroenterology.
12. How to perform liver biopsy and elastography.
13. Indications for and hands-on training in percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG).

Tous les ateliers sont très interactifs et permettent d'échanger sur les pratiques spécifiques à chaque pays.

Pour ma part, j'ai sélectionné

- ♦ Trois ateliers d'endoscopie : polypectomie, gestion des hémorragies digestives, coloscopie sur simulateur (avec cours sur la gestion des boucles).
- ♦ Un module sur les MICI.
- ♦ Un atelier sur la PBH et l'élastométrie.
- ♦ Un atelier sur la pose de gastrostomie.

Le plus marquant a été la gestion des hémorragies digestives et perforations, réalisée sur un estomac de porc très réaliste : un excellent moyen d'apprendre à injecter et clipper des saignements actifs et de poser ses premiers Ovescos sans stress.

Les simulateurs avec boyaux de porc se révèlent aussi très efficaces pour s'entraîner à la mucosectomie.

Enfin, les ateliers d'échographie se font sur volontaires sains recrutés pour l'occasion, ce qui rend l'apprentissage bien plus concret.



Mais la Summer School, ce n'est pas que du boulot !

Le vendredi soir, tout le monde se retrouve pour un **dîner gastronomique** (menu digne d'une table étoilée avec boissons à volonté, options végété/végan/sans porc).

La contrepartie ? Devoir faire un **show avec les membres de ta**

délégation en chantant en play-back sur la musique de ton choix... Notre reprise d'Alors on danse de Stromae n'aura pas touché tous les cœurs mais notre beaufitude de faire tourner les serviettes et de faire la chenille aura été copiée maintes fois (notamment par les

italiens et leur reprise de Mamma Mia qui aura été sacrée...).

Et l'after ? Un **club branché de Prague** réservé rien que pour nous ! Entre espace VIP et ambiance de folie, la fête s'est poursuivie jusqu'au bout de la nuit !



Bref, tu l'auras compris, l'UEG fait fort chaque année avec **cet événement incontournable de l'internat de gastro-entérologie !**

Si tu hésites parce que tu te sens trop novice en endoscopie, n'aies pas peur ! J'étais moi-même en 1^{ère} année d'internat et j'ai tout autant appris que les plus vieux internes !

À vrai dire, en France, on a cette chance incroyable de toucher à l'endoscope tôt dans notre formation ! De nombreux internes d'autres pays n'avaient jamais touché à un endoscope avant leur troisième année d'internat !

Alors n'hésite plus ! **Fonce t'inscrire pour la session 2026 !**

Tu trouveras toutes les infos sur

<https://ueg.eu/education/face-to-face-education/summer-school>



Un grand merci à la SNFGE pour son soutien aux jeunes internes français à travers ce type d'événement international.





Comment un interne se forme en 2025 ?



Sami EL HACHEM
Interne en HGE à Toulouse



Clémence DESCOUVRIÈRS
Chef de clinique à l'APHP



Adapté par
Clément ROUSSEAU
Interne en HGE
aux Hospices Civils de Lyon

Cet article est issu d'un sondage réalisé en début d'année 2025 par l'AFIHGE (Association Française des Internes d'HGE), dont l'objectif était de faire un état des lieux des différents moyens utilisés par les internes pour se former en France. Nous considérons qu'il est important de connaître les différentes modalités de formation possible pour se les approprier et trouver les meilleurs qui nous conviennent.

Pour rappel, la maquette du DES d'HGE peut se retrouver sur le site Légifrance. L'arrêté du 21 avril 2017 a été modifié le 03/02/2022.

En résumé, le DES d'HGE est structuré en 3 phases actuellement.

Phase socle = 1 an = 2 semestres

- ◆ 2 stages hospitaliers dans la spécialité, dont un avec encadrement universitaire

Phase d'approfondissement = 3 ans = 6 semestres

- ◆ 4 stages dans la spécialité avec un accès de 6 mois à l'endoscopie
- ◆ 1 stage hors filière
- ◆ 1 stage libre

Phase de consolidation = 1 an = année de Docteur Junior

Formation pratique clinique

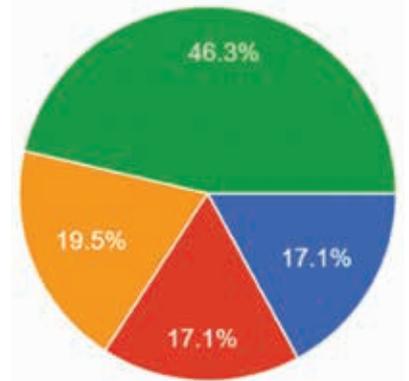
Les internes d'HGE se forment d'abord et surtout en stage, à l'hôpital (CHU ou CHG), éventuellement en libéral. Les stages se déroulent dans la spécialité ou hors spécialité, comme c'est le cas lors des années de FST. 4 FST – Formations Spécialisées Transversales – sont disponibles au sein du DES d'HGE : Addictologie, Cancérologie, Médecine palliative et Nutrition appliquée.

En parallèle, de nombreux DU/DIU sont ouverts à tous, sous couverts du nombre de places disponibles chaque année. Pour n'en

citer que quelques-uns, on peut retrouver : MICI, pancréatologie, réanimation hépatique, pathologies fonctionnelles digestives, proctologie, échographie, endoscopie interventionnelle... N'hésitez pas à vous renseigner sur les différents sites des sociétés savantes ou auprès de vos référents.

Concernant la formation en endoscopie digestive, la pratique en stage est de loin la plus prisée par les internes. À noter, que 56 % des internes interrogés ont eu accès à des cours de simulation à l'endoscopie digestive.

Sur les 6 mois de stage dédié à l'endoscopie digestive, combien de semaines en moyenne as-tu accès au plateau d'endoscopie ?



- < 6 semaines
- 6-12 semaines
- 12-18 semaines
- > 18 semaines

Formation théorique & enseignement

Légalement, notre formation théorique est régie par des enseignements hors stages.

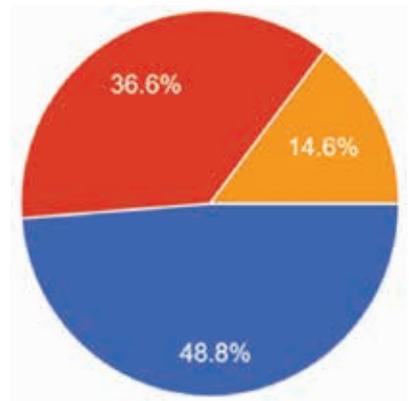
Elle doit être de 2 demi-journées, dont une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie. Le législateur laisse le choix quant à la nature des enseignements prodigués : e-learning, séminaires en présentiels, simulations...

Malheureusement, il existe un énorme fossé entre ce qui devrait être appliqué et ce qui est fait en pratique. Par exemple, une large partie des internes (70 %) n'ont pas accès aux demi-journées de formation. La principale explication rapportée par les internes est une difficulté à se rendre disponible à cause des obligations de stage.

Le besoin d'une formation théorique régulière et adaptée est un souhait rapporté par les internes à de nombreuses reprises lors des différents sondages réalisés.

En plus de ce que peuvent vous proposer l'enseignement théorique dans vos stages respectives et l'e-learning à disposition de tous les internes d'HGE en France, nous vous rappelons que le **CDU HGE (Collège des universitaires d'HGE)** propose une série de cours interactifs en distanciel à destination des internes, environ 1 fois tous les 2 mois, le plus souvent le soir, d'une durée d'1h 1h30. Ces cours sont adaptés aux internes, et sont animés par des intervenants experts dans leur domaine.

Devant une nouvelle situation pratique/problème médical en stage, quelle attitude adoptes-tu ?



- Sollicitation de l'avis du senior et/ou d'un collègue
- Chercher soi-même l'information mais facteur temps limitant
- Chercher soi-même l'information dans un temps raisonnable et compatible avec le rythme de travail est possible

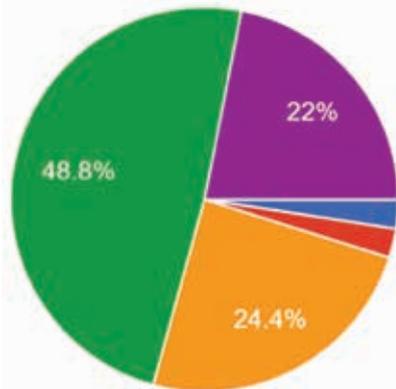
Formation théorique continue

L'HGE est une spécialité vaste. Nous allons dresser une liste de sites internet, revues et autres événements qui sont une source importante de formation pour les internes.



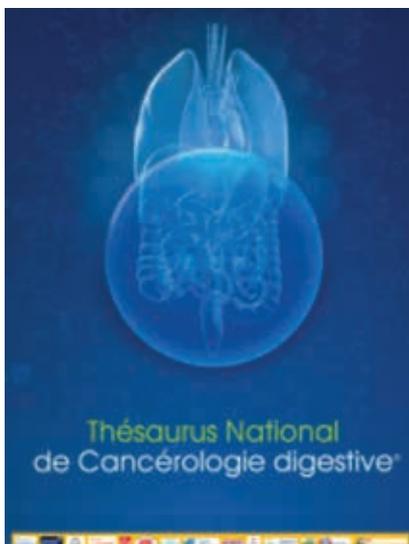
Tout d'abord, la FMC-HGE. La **Formation Médicale Continue en HGE** est une ressource accessible en ligne, totalement gratuite. Nous la connaissons tous et elle est une source d'information précieuse des internes d'HGE. Les formats sont variés. On peut y trouver des textes explicatifs sur les dernières recommandations, des diaporamas utilisés lors des séances plénières au JFHOD...

À quelle fréquence consultes-tu la FMC ?



- Jamais
- Occasionnellement (<1x/mois)
- Fréquemment ? (>1x/mois)
- Toutes les semaines
- Tous les jours

Concernant l'oncologie digestive, la bible qui fait référence et qui est en accès libre et gratuit est le **TNCD – Thésaurus National de Cancérologie Digestive**. Il s'agit de recommandations complètes



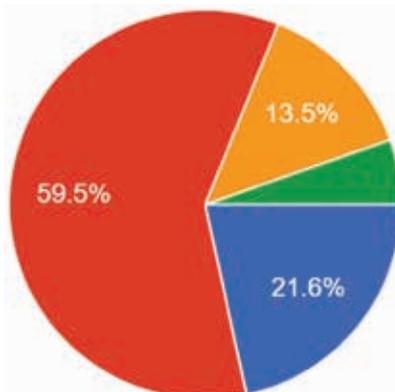
réalisées par les spécialistes français de chaque discipline, très régulièrement mise à jour. Classés en 26 chapitres (dont certains sont encore en cours de rédaction), le TNCD répondra à (quasiment) toutes les questions que vous vous posez sur l'oncologie digestive, tant sur le plan diagnostique, thérapeutique que sur les derniers essais en cours sur le sujet.

Passons aux revues médicales disponibles et adaptées aux internes d'HGE pour leur formation.

La **revue HGOD – Hépatogastro & Oncologie Digestive** – est une revue scientifique qui publie 10 numéros par an et jusqu'à 6 suppléments. Son abonnement est inclus avec l'adhésion à la SNFGE. Vous pouvez décider de la recevoir chez vous ou de l'avoir à disposition via le site internet jle.com. Les articles sont d'une grande qualité scientifique et permettent d'aborder une thématique de façon plus approfondie.

Lors de notre sondage, 40 % des internes interrogés ne sont pas abonnés à cette revue.

Sur les 12 derniers mois, quelle est la proportion d'articles que tu as consultés ? (sur une édition)

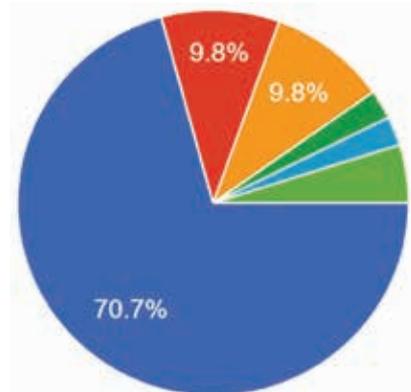


- Aucun article
- Moins de la moitié
- >50%
- Tous

Le **Journal des Jeunes Gastros** (oui, celui que tu tiens entre les mains, ou que tu regardes sur ton ordinateur) est une source possible de formations.

Elle n'a pas du tout vocation à remplacer tous les autres moyens de formation décrits ci-dessus. C'est un journal écrit par les internes pour les internes. Publié 2 fois par ans depuis 3 ans maintenant, elle est rédigée par les internes d'HGE de toute la France, avec le soutien de l'AFIHGE, l'Association Française des Internes d'HGE. Son contenu est varié et a pour objectif de mettre en lumière des sujets qui nous paraissent importants en tant qu'interne en HGE.

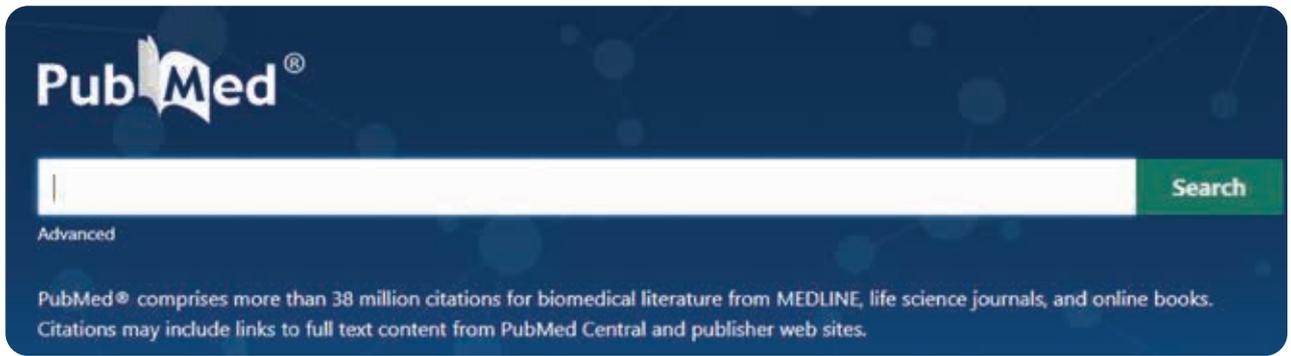
Quel type de contenu apprécies-tu le plus dans le JJG ?



- Le contenu médical (Présentation d'article, Focus, Topo, iconographie, cas clinique, etc.)
- Les QCM
- Les présentations de DU/formations
- Présentation d'association
- Article/aide administrative
- Histoire de la médecine
- Retour sur nos événements
- Articles sur les perspectives d'avenir

Son accès est libre et gratuit en version numérique sur afihge.org. La version papier est délivrée lors d'événements comme VideoDigest Cours intensif ou les JFHOD.

Petit rappel concernant PubMed. Acronyme qui peut vous être totalement inconnu ou au contraire, source de batailles longues et (parfois) fructueuses pour trouver



l'article parfait pour sa bibliographie de thèse, il s'agit d'un moteur de recherche de littérature scientifique qui compile des millions d'articles scientifiques.

D'après notre sondage, 51 % des internes interrogés n'ont pas reçu de formation à la navigation sur PubMed. N'hésitez pas à en discuter avec vos chefs de cliniques préférés qui se feront un plaisir de vous présenter cet outil de recherche pour que vous le preniez en main plus facilement.

Enfin, de nombreux événements sont proposés toute l'année, par de nombreuses structures et associations. Pour n'en citer que quelques uns :

- ♦ **GastroSOCLE** : événement annuel organisé par la SNFGE, Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, à destination des internes d'HGE de première année. Il s'agit d'une journée de formation intensive permettant de se familiariser
- avec le BA-BA de la spécialité et ainsi ne pas se sentir dépassé par les premières gardes à venir. Et surtout de rencontrer tous les internes d'HGE de la France entière +++.
- ♦ **JFHOD** : Congrès annuel francophone de la spécialité, il se déroule sur 4 jours à Paris. Il s'agit du plus gros événement de la spécialité et est une source inépuisable d'informations, des nouvelles recommandations des sociétés savantes en passant par les études en cours dans tous les domaines de notre spécialité. Il faudra faire des choix car vous ne pourrez pas assister à toutes les présentations. Toutes les présentations sont accessibles sur le site internet pendant une période donnée. A posteriori, les fameux POST'U, sont disponibles sur le site de manière illimitée, au sein de la FMC-HGE. Ils compilent l'ensemble des articles présentés lors de ces événements et plus encore.
- ♦ De nombreux événements et congrès sont organisés par les différentes sociétés savantes d'HGE :
 - Videodigest – Cours intensifs : organisés par la SFED, la société française d'Endoscopie Digestive
 - Congrès de l'AFEF, la SNFCP, la CFP, le congrès de l'ANGH...
- ♦ Enfin, **les journées de l'AFIHGE** : organisées par l'AFIHGE, à destination des internes de la France entière, elles sont rythmées par des présentations variées réalisées par des praticiens experts dans leur domaine de spécialités. Ces journées sont aussi l'occasion de rencontrer des internes de toute la France. À noter que les frais de transport et d'hébergement sont pris en charge par l'association+++.

N'hésitez pas à vous renseigner pour y participer. Les prochaines dates à ne pas manquer sont celles du 30 et 31 mai 2026, à Toulouse +++.

Pour conclure

Il existe de multiples modalités pour se former en HGE, en pratique et en théorie. La modalité favorite des internes en HGE est la FMC-HGE. À noter que les demi-journées de formation théorique ne sont encore que trop peu respectées au sein de notre spécialité.

Cet article avait surtout pour vocation de vous présenter les multiples sources à disposition des internes d'HGE en France pour continuer à progresser et à se former, en sachant que la meilleure source d'apprentissage reste la pratique médicale en stage, et supervisée.

PUBLIREPORTAGE

Gastro-entérologues et hépatologues : risque médico-légal de la spécialité

En tant que premier assureur des professions de santé, la MACSF a développé une expertise dans le domaine du risque médical. Forte de cette longue expérience, et animée par une volonté de transparence, d'information et de prévention, elle publie chaque année, depuis presque 30 ans, son rapport annuel sur le risque des professionnels de santé.

Pour l'année 2024, une soixantaine de déclarations de sinistres ont été ouvertes pour la spécialité, tous statuts confondus (hospitaliers et libéraux). Cependant, les sociétaires libéraux représentent plus de 85 % des professionnels ciblés par la réclamation d'un patient, ou de sa famille en cas de décès.

Chaque dossier est étudié par un médecin-conseil de la spécialité concernée. Le Dr Dominique NEVEU, gastro-entérologue et consultant MACSF indique :

« En 2024, nous avons constaté une grande stabilité des réclamations. Les complications de la coloscopie restent toujours au premier plan, représentant un tiers

de celles-ci dont quasiment la moitié pour des perforations survenant lors de la progression de l'endoscope. On relève une augmentation des réclamations pour les complications de la polypectomie et/ou de la mucosectomie, mais toujours pas pour les nouvelles techniques d'endoscopie thérapeutiques en particulier l'endoscopie bariatrique. Encore des dossiers de colectomies inappropriées pour polype colique adressé au chirurgien pour la résection. Les réclamations pour les complications de la CPRE restent stables mais avec des conséquences souvent graves. Prudence nécessaire avant la résection d'un polype duodénal qui peut correspondre à la papille, et à l'origine d'une pancréatite aiguë sévère ! ».

Les demandes peuvent être de trois types : soit une demande d'indemnisation financière (c'est la plus

courante, que ce soit à l'amiable, devant une CCI ou lors d'une procédure judiciaire), soit une volonté de sanction pénale pour le praticien (amende ou peine d'emprisonnement, en règle générale avec sursis fort heureusement) soit une demande de sanction disciplinaire avec plainte devant le Conseil de l'Ordre compétent. Ces trois procédures peuvent malheureusement se cumuler.

Pour que la responsabilité d'un professionnel de santé soit reconnue, c'est au patient de prouver que le praticien a commis une faute à l'origine – de façon directe et certaine – d'un préjudice (incapacité fonctionnelle, souffrances endurées, ...).

Si après expertise la faute du professionnel est démontrée et reconnue, il appartient à l'assurance de ce dernier d'indemniser le patient après un chiffrage financier de ses préjudices.



Quelques exemples de réclamations

- ♦ **Erreur de diagnostic** : nodules intra-hépatiques interprétés comme une hyperplasie nodulaire focale au lieu d'adénomes hépatiques – avec autorisation d'une grossesse. Césarienne et laparotomie en urgence à 7 mois de grossesse pour rupture hémorragique d'un adénome et décès de l'enfant.
- ♦ **Retard diagnostique** d'une endocardite mitro-aortique devant un tableau clinique de fièvre, altération de l'état général, syndrome inflammatoire depuis plusieurs semaines attribué à une tumeur colique. Découverte d'une valvulopathie en pré-opératoire de la colectomie. Évolution en septicémie à streptocoque viridans. Décès.
- ♦ **Prise en charge** : Décès consécutif à l'aggravation hépato-cellulaire avec syndrome hépato-rénal d'une hépatite alcoolique aiguë grave – absence de traitement corticoïde – malgré une prise en charge en réanimation chez un patient de 27 ans éthylique chronique.



- ♦ **Fibroscopie gastrique** : Survenue d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe droit dans les suites de plusieurs gastroscopies pour drainage d'une fistule post sleeve gastrectomie pour obésité morbide. Complication positionnelle.
- ♦ **Cholangio-pancréatographie rétrograde (CPRE)** : Décès après CPRE avec sphinctérotomie réalisée chez un patient de 66 ans hospitalisé pour angiocholite lithiasique. Probable embolie pulmonaire massive évoquée (D-dimères très élevés).
- ♦ **Endoprothèse digestive** : Choc infectieux avec pneumopathie hypoxémiante entraînant le décès d'un patient de 74 ans qui a bénéficié de la pose d'une prothèse biliaire pour ampullome malin de la papille duodénale.
- ♦ **Coloscopie** : perforation.
- ♦ **Complication hémorragique.**
- ♦ **Infections.**
- ♦ **Traumatisme splénique.**

Par définition, l'activité médicale s'accompagne d'un risque de complications et parfois d'erreurs. MACSF, assureur des professionnels de santé – via différentes actions de prévention des risques – accompagne les hépato-gastro-entérologues afin de sécuriser leur activité.

L'intégralité des informations médico-légales sont disponibles sur macsf.fr



ANNONCES DE RECRUTEMENT

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

SERVICE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE
PÔLE CHIRURGIE



Troyes, Centre Hospitalier de Troyes (CHT), site Hôpital Simone Veil

Candidature à adresser par mail :

À la Directrice des affaires médicales, Mathilde Royer : mathilde.royer@hcs-sante.fr

Au Président de la CME, Docteur Vincent Lauby : vincent.lauby@hcs-sante.fr

Et au chef de service, Professeur Tullio PIARDI : tullio.piardi@hcs-sante.fr

Le service

- Le service d'hépatogastro-entérologie est composé de 2 lits d'hôpital de semaine.
- Les chiffres clés de l'année 2024 :
 - Endoscopies digestives : 935 en hospitalisation et 332 en externe.
 - Fibroscan : 659 en hospitalisation et 245 en externe.
 - Vidéocapsules : 129 en hospitalisation et 20 en externe.
 - Nombre d'intervention : 252 en hospitalisation et 4162 en externe.
 - Nombre de 372 RUM et 368 séjours en hospitalisation.

Les atouts

- Le plateau technique est le suivant :
 - Endoscopie digestive haute plus basse avec et sans anesthésie générale.
 - Fibroscan.
 - Vidéocapsules grêle - colon.
 - Des projets en perspectives : mise en place des explorations fonctionnelles (manométrie de haute résolution oesophagienne et anorectale, PH-métrie), écho endoscopie digestive, CRPE.
 - Avantages : accompagnement à l'installation, environnement soutenant, possibilité d'activité mixte.

L'équipe

- L'équipe est composée de :
 - 1 praticien titulaire temps plein.
 - 2 internes / stagiaire associé.
 - 5 infirmières endoscopie.

Les missions principales

- Consultations spécialisées quotidiennes et d'urgence.
- Préparation au planning quotidien des endoscopies digestives avec/sans anesthésie générale et des endoscopies en urgence.
- Interprétation des résultats des vidéocapsules et des fibroscan.
- Participation à la prise en charge en hospitalisation conventionnelle et n HDJ.
- Participation aux avis interservices et aux astreintes opérationnelles les jours de semaine et des week-ends.
- Encadrement des juniors

Le poste

Praticien hospitalier ou contractuel à temps plein.

Qui sommes-nous ?

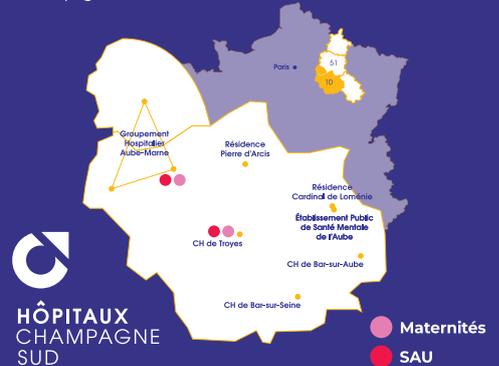
En vidéo



Bienvenue dans l'Aube !

À 1h30 de Paris en train ou en voiture, dans le sud-ouest de la Champagne. L'immobilier y est très abordable et la campagne environnante verdoyante. Troyes est une ville agréable pour vivre en solo ou en famille. Outre le centre-ville historique et ses fameuses maisons à pans de bois, ses commerces, ses nombreux restaurants et autres lieux festifs, la ville regorge de bons plans : vélos à assistance électrique en libre-service, magasins d'usine, musées historiques et d'art moderne, médiathèque, cinéma, théâtres... Et dans un rayon d'une dizaine de km : voies vertes menant aux lacs du parc régional de la forêt d'Orient et producteurs de Champagne de l'Aube - les meilleurs !

Travailler au CH de Troyes, c'est rejoindre un GHT coordonné, solidaire et résolument tourné vers le futur : les Hôpitaux Champagne Sud.



GRAND EST

Polyclinique de l'Europe
Saint-Nazaire

La Polyclinique de l'Europe dispose d'un plateau technique moderne et performant

- ✓ 2 salles d'endoscopie dédiées aux coloscopies.
- ✓ 2 salles externes, une équipe et un service spécifique dédiés aux fibroscopies et rectoscopies.

Les conditions de l'installation proposée sont les suivantes

- ✓ Mise à disposition à proximité immédiate de l'établissement d'un cabinet à aménager.
- ✓ Nécessité d'un diplôme français/européen en gastroentérologie.
- ✓ Inscription au tableau de l'Ordre des médecins français.
- ✓ Possibilité de remplacement pour connaître l'équipe et l'environnement de travail.
- ✓ Soutien logistique, aide à l'installation et parcours d'accompagnement au sein de la structure.

SITUÉE EN BORD DE MER, LA POLYCLINIQUE DE L'EUROPE RECHERCHE DEUX GASTROENTÉROLOGUES

pour renforcer son équipe médicale de 4 médecins libéraux, avec 2 chirurgiens digestifs installés sur site assurant une prise en charge globale des pathologies digestives.



CONTACT

Polyclinique de l'Europe 33 bld de l'université - 44600 SAINT-NAZAIRE
esn.direction@vivalto-sante.com
02 51 16 16 26

PAYS DE LA LOIRE



Le service territorial d'hépatogastroentérologie du Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)

RECRUTE UN POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER

Le service est territorial et dispose d'une activité sur chacun des trois sites principaux du GHEF, ce qui offre la possibilité de réaliser une activité multisite accompagnée d'une prime. La totalité du parc d'endoscopes a fait l'objet d'un renouvellement à neuf fin 2022. Enfin, il est également possible pour les PH de réaliser une activité libérale.

Le GHEF offre un environnement dynamique marqué en 2025 par un hôpital neuf sur le site de Meaux. L'organisation des services médicaux en pôles permet une gestion plus proche du terrain et un meilleur suivi des projets.

LE SITE DE MEAUX est accessible directement de Paris par la Gare de l'Est (25 minutes en direct). 18 HC/HDS/HDJ. Plateau technique d'endoscopie digestive (coloscopie, endoscopie digestive haute, écho endoscopie, CPRE, dilatations, prothèses) et des consultations. Site d'activité interventionnelle.

LE SITE DE MARNE-LA-VALLÉE est accessible directement de Paris par le RER A (30 minutes de Nation, 40 minutes de Chatelet les Halles). 12HC/HDJ. Plateau technique d'endoscopie digestive (coloscopie, endoscopie digestive haute et écho endoscopie) et des consultations. Site d'explorations fonctionnelles en 2025.

LE SITE DE COULOMMIERS

est accessible directement de Paris par la Gare de l'Est (50 minutes). Pas d'HC. Plateau technique d'endoscopie digestive (coloscopie, endoscopie digestive haute) et des consultations.

Staffs de service, RCP oncologie digestive hebdomadaire, RCP MICI, Staff anatomoclinique. (présentiel/visio).
Pas d'astreinte de nuit.



CONTACT

Dr Locher (Chef service)
clocher@ghef.fr



LES HÔPITAUX DRÔME NORD recrutent Un MEDECIN GASTRO-ENTEROLOGUE (H / F)



Les Hôpitaux Drôme Nord (HDN) sont composés de deux sites d'hospitalisation : le site de Romans-sur-Isère et le site de Saint-Vallier. Les HDN ont ouvert en 2019 un nouvel EHPAD ainsi qu'un nouveau bâtiment regroupant le Pôle Femme et Enfant et le bloc opératoire. Ils poursuivent leur dynamique de développement, avec entre autres, le projet de modernisation et d'humanisation du bâtiment principal du site de Romans-sur-Isère sur 2024-2026 et la construction d'un nouveau bâtiment sur le site de St Vallier à horizon 2025.



Descriptif des activités exercées

- Endoscopies diagnostiques et thérapeutiques.
- CPRE et endoscopie interventionnelle.
- Activités ambulatoires et consultations.
- HDJ pour biothérapie et chimiothérapie.
- Fibroscan.
- Avis internes, externes et urgences endoscopiques à heures ouvrables.

Profil recherché

Titulaire d'un Doctorat en Médecine inscrit(e) à l'Ordre des Médecins spécialisé(e) en Gastro-Entérologie / DESC d'Oncologie si possible.

Le poste à pourvoir

Temps plein - Disponible début 2026.
Statut : Praticien Hospitalier / Praticien Contractuel / Assistant spécialiste.

Modalités particulières d'exercice

- Accès simple et facile au bloc opératoire, à l'anesthésie et aux examens radiologiques.
- Collaboration avec les services de médecine polyvalente pour la prise en charge des patients.
- Collaboration avec le service d'oncologie pour les chimiothérapies.
- Activité du lundi au vendredi.
- Activité libérale possible pour les praticiens hospitaliers.
- Possibilité de développement d'une surspécialité en fonction du profil.

CONTACT

Dr Fabien DARFEUIL, **Chef de service**
f.darfeuil@hopitaux-drome-nord.fr
Direction des Affaires Médicales
affaires.medicales@ch-hdn.fr



Groupe de 5 Hépatogastroentérologues exerçant en clinique privée

RECHERCHONS

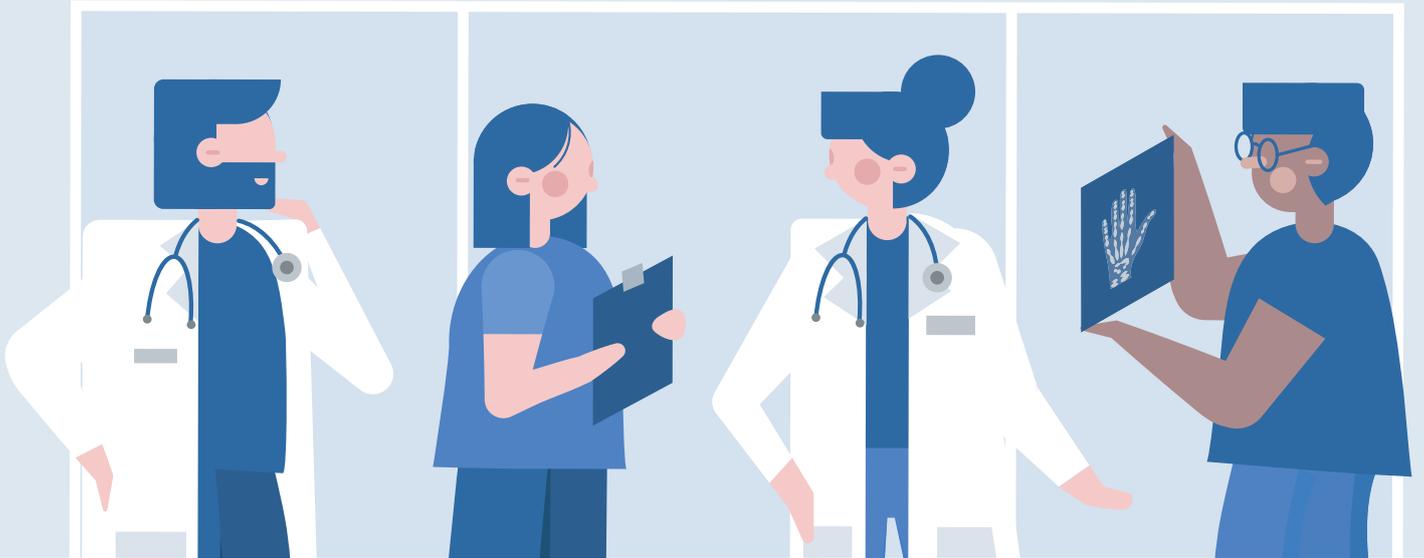
ASSOCIÉ TOUT PROFIL
Temps plein ou temps partiel
Disponibilité immédiate

- **Lieu d'exercice** : Montauban (Région Occitanie), ville en plein développement avec une belle qualité de vie et à 35 mn de Toulouse.
- **Clinique du Pont de Chaume** : Établissement de 366 lits et places, 110 praticiens disposant d'équipements lourds (IRM, scanners, Dialyse, Médecine nucléaire, Réanimation polyvalente, USIC, Radiothérapie, Urgences, deuxième centre privé de coronarographie de Midi-Pyrénées ...).
- Exercice privilégié de la discipline sur le site : cabinet au sein de l'établissement avec échographie.
- **Capacité d'hospitalisation** : 8 à 10 lits.
- Plateau technique d'Endoscopie dédié, distinct du bloc opératoire. Endoscopie générale et thérapeutique (Prothèses, Gastrostomie, Dilatations, Plasma Argon), Echoendoscopie, Vidéocapsule endoscopique.
- Explorations fonctionnelles (pH-métrie et manométrie Anorectale).
- Participation à la Permanence des Soins (PDS).
- Activité soutenue mais préservant la qualité de vie grâce à une organisation interne optimisée (4 jours de travail par semaine avec une astreinte hebdomadaire toutes les 5 semaines).

CONTACT

Dr Johann DUBUC
05 63 68 34 90
dubucjohann@gmail.com

ELSAN
CLINIQUE
DU PONT DE CHAUME



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr