

## HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

	Gastro-Enterologie Tours	Bourges	Dreux	Chartres	Orléans
Service	Trousseau, T01, 10ème étage  HDJ: premier étage dans l'extension	Hospi complète : 2e étage → 02 48 48 52 14  HdJ : HdJ chirurgical rdc → 02 48 48 57 31	5e étage aile sud  Téléphone : 02 37 51 53 00		Point jaune 3 <sup>ème</sup> étage
Chef de service	Pr MOUSSATA	Dr ABDOU	Dr LANDAU	Dr HERBERT-MAYNE	Dr LAGASSE
Internes	9 internes	pas d'interne (rarement)	1 interne parfois	3 internes (dépend des semestres et c'est des FFI généralement)	3 internes
Externes	D2 : 7-10 D4 : 2-4	D2 : 2	D2 : 2	1 externe	1 D4
D1	OUI	NON	NON	NON	NON
Logement	NON	OUI	OUI	OUI	OUI à l'indien
Horaires	D1 : 14h-17h30  Externes : 9h (début des visites) - 18h30 (environ).  Mercredi 14h : ECOS animés par les PUPH, MCU et CCA	8h30-18h	9h-18h  Les médecins arrivent en général entre 9h30 et 10h mais c'est bien d'arriver vers 9h pour prendre de l'avance et aller voir l'état des patients	9h - 17h30 en moyenne (heure de fin variable, heure de début constante)	
1 <sup>e</sup> jour	D1 : 13h30 en endoscopie de l'extension  Externes : Accueil par un des médecins du service au 10e étage (Dr Elkrief ou CCA), dans la salle de réunion du service, en général 8h30 ou 9h, un mail est envoyé par la secrétaire universitaire avec les détails (horaire, nom du médecin, salle si changement)  -Répartition dans les 4 sous services : - Hépatologie - UHMU 1 (6 lits) ; UHMU 2 - Oncologie (4 lits de soins pal) - HDJ	Il faut aller se présenter au secrétariat de Gastro, au 2ème étage, dans la matinée du premier jour	10h, salle des externes/interne dans le service	Se présenter à la cadre de service dans le bureau des infirmières (à peu près au milieu du couloir), sinon se présenter aux infirmières ou AS que tu croises en arrivant, elles savent où tu dois aller	
Staff	-RCP CHC mardi 14-15H - RCP cancéro mardi 15-17H - Staff du service mercredi 17H30 - staff TH 15-17H - Staff médico-chir 17H - Staff soins palliatifs jeudi 14-15H		14h le jeudi		
Visites	Variable selon les sous services :  - Onco visite tous les jours avec l'interne à 8h30, visite séniorisée les lundis (Dr B Anon), jeudis (CCA) et vendredis (Pr Moussata). CV à partir de 17h  Hépatologie (2 sous unités de 10 lits UHMU 1 avec 6 lits d'USC et hépatologie): visite tous les jours avec l'interne à 8h30, visite séniorisée les lundis, jeudis et vendredis.	Pas de vraies visites professorales, c'est un peu tous les jours en fonction du planning de chaque médecin	Début entre 9H30 et 10H tous les jours dès que le médecin du secteur arrive, cela dépend des médecins.  La durée dépend également des médecins mais cela ne finit souvent pas avant 13h 13H30	Tous les matins après les transmissions (donc vers 10h). L'après-midi il y a la contre-visite vers 16h30 en général.	Tous les jours avec l'interne et avec le chef 1 jour sur deux

Visites	CV à partir de 17H  (2 visites séniorsées par CCA et Dr L Elkrief (UMUH1) et Dr d'Alteroche ou Dr Nicolas en hépato). PS : rédaction des trans médicales par les externes selon l'interne du secteur				
Matériel		Tenue prêtée par le CHU, Haut + bas à aller récupérer à la blanchisserie du CH	tenue à aller récupérer à la lingerie du CH		
Evaluation	ECOS	Absence d'évaluation	Absence d'évaluation	Démarche diagnostique évaluée par le chef de service	
Gardes	NON	NON	NON cela est en cours de changement	NON	
Astreintes	2 externes chaque samedi de 8h30 à 12/13h		NON		Pas d'astreinte

**Patients** : variés, adultes de tout âge, ratio H/F égal, autonomes ou état grave en fonction de l'unité

## Lexique et Abréviations

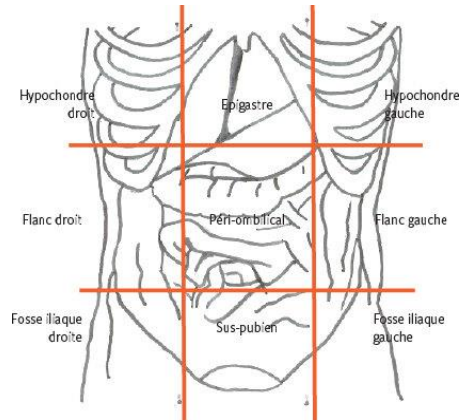


- AP : alimentation parentérale
- ADK : adénocarcinome
- ADP : adénopathie
- BHA: Bruits Hydro-aérique
- BU : Bandelettes Urinaires
- CHC : carcinome hépatocellulaire
- CPRE : cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique
- CST : coefficient de saturation de la transferrine
- DOA : décompensation oedémato-ascitique
- DT : delirium tremens
- EE : écho-endoscopie
- EH : encéphalopathie hépatique
- FID : Fosse iliaque droite
- FIG : fosse iliaque gauche
- HCD : hypochondre droit
- HP : Helicobacter pylori
- HSMG : hépatosplénomégalie
- LVO : ligature des varices œsophagiennes
- MC : maladie de Crohn
- OH : alcoolique
- PA : pancréatite aiguë
- PCC : pancréatite chronique calcifiante
- RCH : rectocolite hémorragique
- RSG : régime sans gluten
- SHR : Syndrome hépato rénal
- SSO : Sphincter supérieur de l'œsophage
- SIO : Sphincter inférieur de l'œsophage
- TMO : trouble moteur de l'œsophage
- VB : voies biliaires
- VBP : voies biliaires principales
- VO : varices œsophagiennes



Il est important de bien connaître son anatomie pour mieux comprendre la physiologie des maladies en HGE

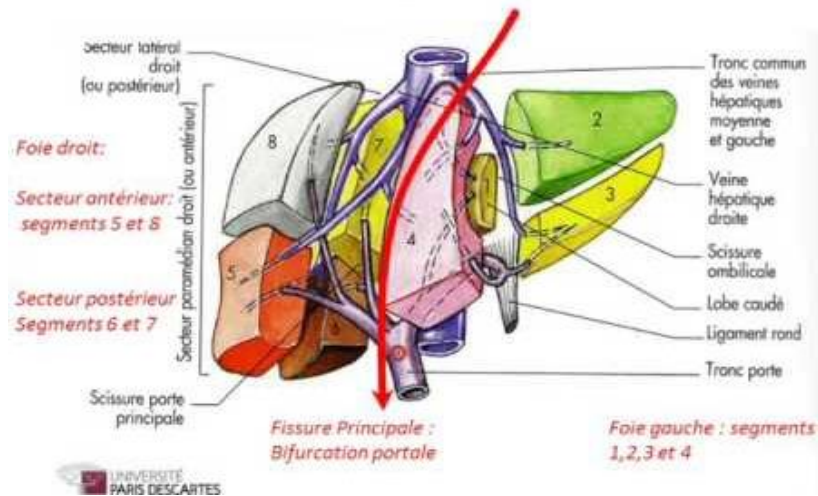
L'abdomen est divisé en 9 cadrans -> hypochondre D/G, épigastre, flanc D/G, région ombilicale, fosse iliaque D/G, hypogastre



**Tube digestif** : œsophage (cervical, thoracique, abdominal ; souvent envahi en cas de cancer) - cardia - estomac - pylore - intestin grêle = duodénum, jéjunum et iléon - valvule de Bauhin - côlon droit, transverse et gauche – rectum - anus

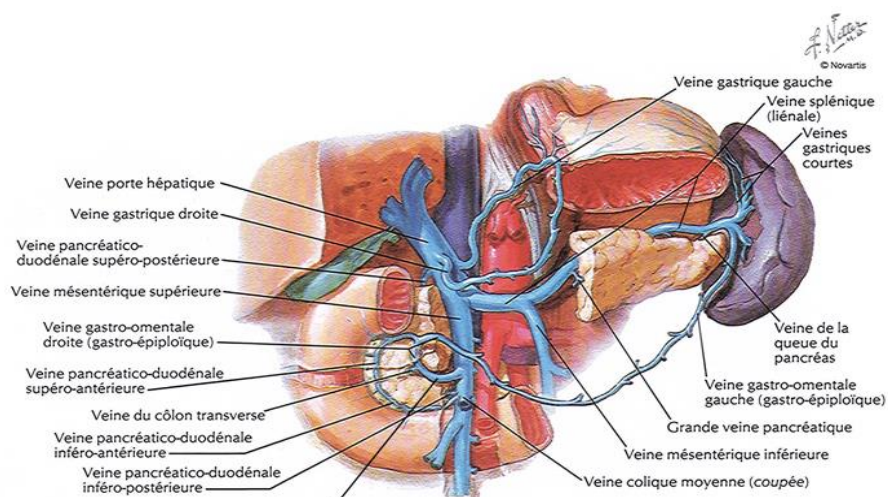
**Foie et voies biliaires** : très vascularisé, divisé en lobes ou en segments selon les repères (importants à l'écho). Rôle détoxification, synthèse facteurs coagulation, synthèse bile

## Les Huit Segments du foie



**Veine porte** -> veine mésentérique sup + tronc spléno-mésaraïque (= veine mésentérique inf + veine splénique) // Vésicule biliaire -> stocke la bile

**Pancréas** : tête/corps/queue. Rôle endocrine (insuline, glucagon) et exocrine (lipase pancréatique, amylase) dans le canal de Wirsung -> canal cholédoque -> ampoule de Vater -> duodénum (D2)





**Achalasie** : absence de relaxation du SIO, associé à l'absence de contractions péristaltiques normales dans le corps de l'œsophage. TMO primitif, idiopathique. Il est exprimé par une dysphagie paradoxale, des régurgitations et une douleur angineuse non liée à l'effort, ainsi qu'une absence de péristaltisme à la manométrie. PEC : dilatation pneumatique (risque de perforation de l'œsophage) ou section musculaire chirurgicale (risque d'œsophagite de reflux) ou POEM/myotomie per endoscopique de l'œsophage (même efficacité mais moins invasif et plus courte durée d'hospitalisation pour la procédure endoscopique)

**Endobrachyoesophage = œsophage de Barrett** : muqueuse œsophagienne de type glandulaire après métaplasie de la muqueuse normalement malpighienne suite à un RGO chronique. → surveillance Endoscopie + histologie

**Syndrome de Mallory-Weiss** : déchirure longitudinale du cardia dû à des efforts de vomissements répétés. Signes cliniques : hématurie (crachat de sang après effort de vomissement) post-vomissement

**MICI** : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, auto-immune, s'attaquant au rectum (RCH) ou à tout le tube digestif (MC). Alternance rémission et poussées inflammatoires (douleurs abdominales, asthénie, diarrhées +/- sanglantes et des atteintes anales comme fissures/abcès)

**Maladie de Crohn (MICI)** : Signes cliniques : douleur abdo + diarrhée chronique + ulcération, fissures anales + amaigrissement, retard de croissance. Signes extra-digestifs : aphtes buccaux, érythème noueux, arthrite. → CRP augmentée NFS (anémie ferriprive ou inflammatoire), hypoalbuminémie, signes de malabsorption, Endoscopie, IRM/TDM

**Rectocolite hémorragique (MICI)** : atteinte colique et rectale sans atteinte de l'iléon ni de l'anus. Signe clinique : diarrhée glairo-sanglante. → Endoscopie (ulcérations)

**Maladie cœliaque** : MAI provoquant une intolérance aux protéines du gluten entraînant une atrophie villositaire. Signes cliniques : Syndrome de malabsorption (diarrhée + carence) + atrophie villositaire + efficacité du régime sans gluten RSG

**Cancers** : du pancréas -> mauvais pronostic, diagnostic souvent tardif du colon/rectum et CHC -> sont résecables, meilleur pronostic

- **Tumeur de l'œsophage** : dysphagie progressive + dysphonie d'envahissement du nerf récurrent (issu du X qui passe en avant et arrière de l'œsophage) + toux post-déglutition pour pneumopathie +/- douleur thoracique (souvent un carcinome épidermoïde ou un ADK) → rechercher ++ des ADP sus-claviculaire ou cervicale
- **ADK gastrique** : tumeur épithéliale maligne de l'estomac (90% des tumeurs de l'estomac). Signes fonctionnels : dyspepsie (douleur et inconfort épigastrique → impression de mal digérer), douleur épigastrique, anorexie, dysphagie (atteinte du cardia), vomissements (atteinte du pylore). Dx par endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies
- **ADK pancréatique** : mauvais pronostic, tumeur maligne des cellules des canaux excréteurs du pancréas. Signes cliniques : ictère + douleur pancréatique + AEG. FR exogènes : tabac ++, obésité et facteur alimentaire. Dx par IRM, TDM ou écho-endoscopie.
- **Carcinome hépatocellulaire** : terrain cirrhotique (80%) +/- hépatomégalie + douleurs + ictère + AEG → ponction biopsie ++
- **Cancer du côlon** : douleur abdo + trouble du transit + saignement (anémie ferriprive, méléna ou rectorragies) + AEG
- **Cancer du rectum** : rectorragies + syndrome rectal (faux besoins avec émission afécale glairo-sanglante, ténésmes, épreintes) + troubles du transit
- **Cancer colo-rectal -->v dépistage après 50 ans par coloscopie ou plus tôt si FR (antécédents familiaux au premier degré)**

**Pancréatite** : aiguë = inflammation soudaine et très douloureuse du pancréas (étiologies : abus d'alcool ou lithiase biliaire hypercalcémie + hypertriglycéridémie) Signes cliniques : douleur abdo + fièvre + vomissements +/- arrêt des matières et des gaz avec météorisme. → Diagnostic = clinique + lipasémie + TDM injecté (pas indispensable pour le diagnostic mais nécessaire à 72h pour la gravité)

Pancréatite chronique = inflammation continue du pancréas, souvent PCC (étiologies : alcool +++, auto-immun). Signes cliniques : douleur abdo + amaigrissement

**Hépatites** = inflammation du foie > 6 mois chronique, aigu ne rentre pas dans ce cadre (étiologies : alcool, stéatose, virale, auto-immune, iatrogène). Attention si forme fulminante +/- évolution cirrhotique ou CHC.

- Hépatite A : transmission orofécale, infection aiguë
- hépatite B : transmission parentérale, sexuelle, materno-foetale. possibilité de chronicité
- Hépatite C : transmission parentérale ++, sexuelle importante en Europe
- Hépatite D : transmission infection VHB associé indispensable et même transmission dans ce cas là
- Hépatite E : transmission orofécale +++, aigu, forme fulminante chez la femme enceinte et l'Immunodéprimé

Elles sont souvent asymptomatiques, avec des signes aspécifiques : syndrome pseudo-grippal (asthénie, céphalées, arthralgies, fièvre), nausées, douleurs abdo, éruption cutanée +/- ictère. → Dosage des transaminases

**Cirrroses** = dégénérescence irréversible du foie définie par une désorganisation diffuse de son organisation avec une fibrose annulaire délimitant des nodules de régénérations (= amas d'hépatocytes). Elle est gradée par un score « Child ».

On retrouve des signes d'insuffisance hépato-cellulaire IHC : angiomes stellaires à la partie sup du thorax, érythrose palmaire, ongles blancs, ictère conjonctival et ou cutané, encéphalopathie débutante (inversion du rythme nyctéméral, astérisis), hypogonadisme (atrophie des organes génitaux externes) + hépatomégalie

Signes d'hypertension portale HTP : ascite + circulation veineuse collatérale abdominale + splénomégalie + VO

Elle Peut se décompenser -> rupture de VO, ascite, encéphalopathie, SHR et ictère et/ou se compliquer -> CHC

**Angiocholites** : infection de la voie biliaire principale due à une lithiase de l'ampoule de Vater, une parasitose, une sténose de la voie biliaire principale par une tumeur, ADP ou iatrogène. Signes cliniques : Apparition successive en 48h avec douleur biliaire + fièvre + ictère. Signes paracliniques : hyperleucocytose à PNN et cholestase (élévation GGT et PAL avec élévation de bilirubine) + cytolyse → faire des hémocultures ++ echo ou TDM AP TTT par ATB et chirurgie endoscopie en urgence = sphinctérotomie

**Cholécystites aiguë** : infection de la vésicule biliaire due à l'obstruction du canal cystique par une lithiase biliaire le plus souvent. Signes cliniques : fièvre, frissons, douleur abdo prolongée (>24h) de l'HCD +/- défense ou contracture abdominale. → Echo + hémoc + bilan hépatique et lipasémie

Démarche diagnostique devant un ictère (= excès de bilirubine)

1) Bilirubine libre (hémolytique +++) ou conjuguée (pb digestif) ?

Si conjuguée -> échographie des voies biliaires.

2) Voies dilatées = pb extra-hépatique (mécanique : obstruction par calcul de la vésicule biliaire) voies non dilatées = pb hépatique (vascu, viral, iatrogène, alcool, auto-immun...)

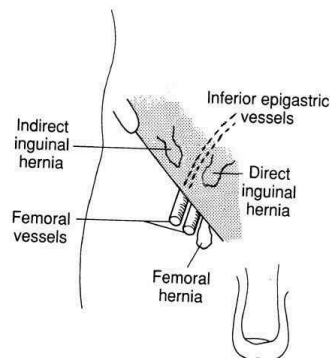
**Diverticulose colique** : hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse colique à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire. ++ au colon sigmoïde.

**Diverticulite colique** : complication infectieuse d'une diverticulose colique. Signes cliniques : fièvre + douleur en FIG ou hypogastre + douleur du transit, constipation + défense en FIG

**Hémochromatose** : surcharge en fer d'origine génétique si primaire ou secondaire à une maladie. Signes cliniques : Asthénie + Arthralgie + ALAT élevées. On observe une élévation de la ferritine et/ou CST +/- confirmation génétique si origine primitive

**Hernie** : passage du contenu abdo au travers du fascia transversalis au niveau de l'aine

- **Hernie crurale** : en dessous de la ligne de Malgaigne (projection linéaire au niveau de l'arcade crurale), en dedans des vaisseaux iliaques externes
- **Hernie inguinale** : au-dessus de la ligne de Malgaigne. Elle peut être oblique externe = en dehors des vaisseaux épigastriques ou hernie directe = en dedans des vaisseaux épigastriques. Pour les distinguer, on palpe la hernie en la réduisant, la perception des battements des vaisseaux permet de déterminer la localisation (en dedans de la hernie = oblique externe ; en dehors de la hernie = hernie directe)



**Infection à hélicobacter pylori** : BGN colonisateur de la muqueuse gastrique. Transmission oro-orale ou féco-orale dans l'enfance. Elle est souvent asymptomatique avec des notions de syndrome ulcéreux évoluant par poussées. → Biopsies + endoscopie + sérologie

**Syndrome occlusif** : arrêt du transit intestinal. Signes cliniques :

- Douleur abdo
- arrêt du transit : arrêt des gaz et des matières
- vomissements

Si Arrêt du transit précoce et vomissements tardifs + météorisme, NHA rares périphériques, plus hauts que larges : atteinte distale du TD (colon)

Si Vomissement précoces et arrêt du transit tardif + déshydratation, NHA multiples plus larges que hauts et centraux: atteinte proximale du TD (duodénale)

→ TR + TDM chez l'adulte + écho chez l'enfant

**Diarrhées** :

- **Diarrhée osmotique** : hydrique sans AEG ni malabsorption
- **Malabsorption** : carences, perte de poids (maladie cœliaque, MICI)
- **Diarrhée sécrétoire** : abondante (>500 mL/j), hydrique due à une fuite de potassium et de bicarbonates. Ne régresse pas complètement au cours du jeûne.
- **Diarrhée volumogénique et exsudative (rare)**: hypersécrétion gastrique majeure provoquant une insuffisance pancréatique. On a une fuite dans la lumière digestive des composants du sang → alpha-1-antitrypsine >20mL/j.

## Interrogatoire et Examen clinique



### **Interrogatoire**

**Antécédents** personnels et familiaux de pathologies digestives (cancer colon ++) et traitements, voyages récents, statut vaccinal, allergies

**Mode de vie** : habitudes alimentaires, alcool (OH) -> à quantifier en nombre de verres par jour, tabac (en PA : nombre de paquets par jours \* nombre d'année de tabagisme)

TTT pris dans les 3 mois précédant la consultation notamment AINS, ATB et médicaments pouvant entraîner une diarrhée.

État général : fièvre, poids (perte récente ?)

Signes spécifiques : douleur abdominale -> siège de la douleur à faire montrer par le patient, recherche de facteurs aggravants ou calmants (alimentaires ou repos, position, médicaments...), caractérisation, évolution...

Signes fonctionnels extra-digestifs : crampes, arthralgies, céphalées

**Transit et gaz** -> si transit présent, aspect des selles (sang ?) et si transit absent -> depuis combien de temps ? Présence de gaz ?

Si diarrhée : mode de survenue (soudain? progressif ?), aspect des selles (volumineuses, bouseuses, visiblement grasseuse, complètement liquide, avec du sang, présence d'aliments non digérés, horaire, degré d'impériosité = possibilité ou non de se retenir, efficacité des ralentisseurs du transit ?)



**Examen clinique** : examiner cadran par cadran et noter les zones douloureuses

**Inspection + Peser le patient** : inspection des téguments et cavité buccale, glande thyroïde, vaisseaux périphériques et abdominaux, ganglions périphériques

**Aspect** : voussure, asymétrie, hernie, distension, cicatrices

**Auscultation** : BHA ? -> des BHA non entendus (négatifs) signent une pathologie aiguë comme une occlusion, ou une ischémie aiguë

**Palpation** : recherche douleur, masses, défense ou contracture -> URGENCE, circulation veineuse collatérale, signes d'insuffisance hépatocellulaire (angiome stellaire), ictère, masses. *Pensez à regarder le visage de votre patient quand vous palpez, il ne vous rapportera pas forcément une douleur mais pourra grimacer.*

**Défense** = contraction involontaire des muscles abdo à la palpation

**Contracture** = rigidité permanente, involontaire, non dépressible des muscles péritonéaux («ventre de bois») -> péritonite ou hémopéritoine

**Percussion** : son tympanique (présence d'air), matité (présence de liquide). Matité hypocondre D (foie) et alternance de zones mate/tympanique : normal. Palpation et percussion des orifices herniaires, et selon le contexte : toucher rectal et recherche d'EH (flapping = astérisis + confusion)

#### **A noter sur l'OMH :**

++ pour le suivi des patients qui sont en hospitalisation traditionnelle

Compte rendu de l'interrogatoire : transit, douleur abdo, fièvre...

Compte rendu de l'examen physique abdo en précisant surtout :

- présence ou absence de BHA
- abdomen souple et dépressible et indolore (ASDI)

## Examens Complémentaires



**Bio** : NFS, plaquettes, BES, CRP, bilan hépatique (TGO/TGP signe la cytolyse hépatique, PAL & GGT signes de cholestase, bilirubine lors d'un ictère ++), TP et facteur V (++ pour la cirrhose), albumine, a-FP (marqueur de cancer du foie).

Le bilan biologique sert notamment à calculer le score de Child (Moyen mnémotechnique TABAC : TP, Albumine, Bilirubine, Ascite, encéphalopathie)

Calcul du score de Child Pugh			
	1 point	2 points	3 points
<b>Encéphalopathie (grade)</b>	Absente	Grade I et II	Grade III et IV
<b>Ascite</b>	Absente	Minime	Modérée
<b>Bilirubine totale (µmol/l)</b>	< 35	35 à 50	> 50
<b>Albumine (g/l)</b>	> 35	28 à 35	< 28
<b>Taux de prothrombine (%)</b>	> 50	40 à 50	< 40

## Imagerie :

- Echographie (+++) -> pour foie + VB (suspicion de PA lithiasique : dilatation)
- TDM (+++)-> occlusion/traumatisme (urgence), cirrhose, calcul VB, ADK pancréas...
- IRM -> stéatose hépatique et surcharge en fer (= hémochromatose), VB et canaux pancréatiques (bili/cholangio IRM) ou intestin grêle (entéro IRM)
- Endoscopie = gastroscopie, coloscopie : visualisation directe +/- biopsie. Utilisé pour la diagnostic et le suivi des MICI, des ulcères et des cancers

Echo-endoscopie -> couplage écho : paroi TD et org voisinages (pancréas/VB)

CPRE -> couplage rayon X : voies biliaires et pancréatiques. Risque de PA

Ponction d'ascite : visée analytique (infection ? étiologie ?) et/ou évacuatrice

**Fécalogramme** : étudier les selles émises pendant 48h dans les conditions de vie normale pour apprécier : le poids des selles moyens en 24h, éventuelle maldigestion, teneur fécale en sodium et potassium, clairance de l'1-antitrypsine.

**Test au carmin** : recherche une diarrhée motrice par mesure du temps de transit oro-anal dès l'ingestion de rouge carmin jusqu'à son apparition dans les selles. Si <8h = accélération franche du transit intestinal.

**Test respiratoire au glucose** : recherche une pullulation bactérienne de l'intestin grêle par mesure de l'hydrogène expiré à intervalle régulier après ingestion de glucose. Si pullulation, le glucose est fermenté par les bactéries avant son absorption avec production d'hydrogène retrouvé dans l'air expiré.



## Thérapeutiques

**Antalgiques** : palier I, II, III en fonction des douleurs

**Mise au repos alimentaire** : si pancréatite aiguë ou syndrome occlusif

**Renutrition** : Voie orale, entérale (sonde naso-gastrique) ou parentérale

**Corticoïdes** : dans les poussées de MICI, d'hépatite alcoolique ou auto-immune

**Antibiotiques** : ceftriaxone et métronidazole (roséphine/flagyl) les + utilisés

**Diurétiques** : furosémide et spironolactone pour l'ascite

Autres :

- B-bloquants -> pour les varices
- lactulose -> pour l'encéphalopathie hépatique
- sorafénib -> principale chimiothérapie du CHC

## Principaux gestes techniques à faire et à voir



TOURS : En plus des tâches classiques de l'externe dans le service (visites, OMH, examen d'entrée des patients...), possibilité d'aller aux explorations fonctionnelles au 1e étage de l'extension (FOGD, coloscopie) et écho-endoscopie interventionnelle (CPRE, drainage biliaire par voie transgastrique etc.), d'assister aux consultations (d'hépatologie, de gastrologie, de proctologie...), d'observer des biopsies hépatiques écho-guidées dans le service etc.

Endoscopie telle que FOGD, recto-sigmoïdoscopie et coloscopie au bloc opératoire.

Gestes à réaliser : Ponction d'ascite, TR, exam clinique Gastro ++, entrée des patients



## Quelques infos supplémentaires

### DREUX

Équipe très disponible, nous impliquant dans le stage, cours dispensés par les médecins du service toutes les semaines environ. Internat matin/midi/soir gratuit. Logement très bien

Toute l'équipe est sympa, les infirmières et les secrétaires aussi. Il y a deux secteurs différents. Un externe commence le stage dans le secteur 1 et l'autre au secteur 2 et ensuite il y a un échange au milieu du stage. Les externes sont vraiment impliqués dans le stage et dans la prise en charge des patients. On peut apprendre plein de choses, les pathologies sont variées, possibilité d'assister aux gestes en endoscopie.

Journée type: le matin se déroule la visite (qui peut durer jusqu'à tard dans la matinée). Ensuite l'après-midi, les externes réalisent les entrées : on commence notre observation et on fait l'interrogatoire et l'examen clinique seul ensuite on retourne voir le patient avec le médecin et on peut discuter du cas et voir si on a fait un bon travail. Il ne pas hésiter à montrer son travail pour être corrigé et progresser +++. Vous aurez la possibilité également de faire des ponctions d'ascite. C'est un stage assez prenant, on finit souvent tard mais cela dépend du nombre d'entrées. Il y a également beaucoup de personnes en fin de vie, avec des pathologies très lourdes. L'équipe de soins palliatifs passe régulièrement dans le service, c'est intéressant de pouvoir discuter avec eux des patients car ils ont vraiment une approche différente des autres médecins. C'est un autre côté du stage trouvé très intéressant par les étudiants, même si cela n'est pas tous les jours faciles, après cela dépend de la capacité de chacun à savoir se détacher psychologiquement de ces situations difficiles.

Aucune tâche de secrétariat n'est à réaliser. Les repas à l'internat sont gratuits. Les logements sont en bon état et équipés (machine à laver, 2 chambres séparées) et ils sont à côté de l'hôpital. Cependant, certains n'ont pas de bureau et il faut donc travailler avec son coloc sur la table du salon.

### TOURS

Description du service : « stage médico-technique où l'activité se partage entre l'hospitalisation complète (2 unités d'hépatologies et 2 unités de gastro), l'hôpital de jour (MICI, endoscopie, ponctions d'ascite) et l'unité d'endoscopie digestive avec les explorations fonctionnelle et la proctologie. Les principales pathologies rencontrées vont de la cirrhose, les pancréatites, les MICI à la cancérologie. Les pathologies sont encore plus variées en consultation. Les gestes endoscopiques sont variés allant de la simple gastroscopie, coloscopie au cathétérisme des voies biliaires, l'écho-endoscopie ou la dissection sous muqueuse qui permet la résection endoscopique des cancers superficiels. Les explorations fonctionnelles permettent de faire le diagnostic de pathologies fonctionnelles telles que l'achalasia, la dyskinésie... » (Pr Moussata)

On peut observer des choses très variées, notamment grâce à la partie interventionnelle de l'HGE, c'est un stage plutôt formateur du point de vue des pathologies rencontrées, l'équipe d'internes et de médecins est accueillante et pédagogue, avec des cours quasiment tous les matins ! Nous avons la possibilité de faire des gestes (ponction d'ascite) mais c'est un stage assez prenant, encore plus dans les unités d'onco gastro et d'hépto où il n'y a que 2 externes pour 12 lits. Quelques fois, s'occuper de patients en fin de vie peut être compliqué lorsque l'on n'y est pas préparé, n'hésitez pas à en parler si besoin. Stage transversal où l'externe est autonome pour apprendre plein de choses et revoir toutes les notions du référentiel d'HGE.

### CHARTRES

Pas de tâches administratives de l'externe, l'équipe en générale (IDE, AS, ASH) est vraiment sympathique. Les médecins sont très pédagogues et nous laissent l'opportunité de poser nos questions. Mais, on peut éprouver quelques difficultés pour trouver sa place au début, car ce n'est pas comme les stages à Tours où on a des "missions" à remplir, ici ils peuvent se passer de nous, donc il faut vraiment arriver à trouver sa place soi-même mais c'est un super stage si on s'investit bien

### BOURGES

Médecins accueillants, qui sont prêts à nous apprendre beaucoup de choses ! Très peu de stress, on fait quelques entrées l'après-midi, on voit aussi des consultations, des endoscopies en salle simple et au bloc. L'externe n'a pas de rôle administratif mais il est vraiment présent pour découvrir ce qu'est l'HGE en périphérie. Cependant, les logements ne sont vraiment pas top... et loin de l'hôpital donc il faut une voiture.